

Il cammino storico dell'Infermiere Militare

Camillo Borzacchiello



PREFAZIONE

GENERALE ISPETTORE CAPO ENRICO TOMAO

Ispettore Generale della Sanità Militare

Ho accolto con molto piacere l'invito del Maresciallo *Camillo BORZACCHIELLO* di presentare "**Il cammino storico dell'Infermiere Militare**" poiché il lavoro svolto non è un semplice racconto di "cronaca" relativo a fatti, avvenimenti e documenti che il Mar. *BORZACCHIELLO* ha inteso riportare nella sua opera, ma pone all'attenzione del lettore immagini di elevata valenza etica, morale e, sotto alcuni aspetti, culturale, utili a formare spunti di profonda e attuale riflessione.

Nell'adempire ai suoi compiti, l'infermiere militare, esprime non solo la sua ampia competenza tecnica, ma fa trasparire anche il grado di civiltà raggiunto dalla Nazione la cui componente militare non è semplicemente espressione di forza armata organizzata, ma anche manifestazione di piena e sentita umanità nel solco della nota "*pietas*" di romana memoria.

Il messaggio che il lavoro vuole comunicare, infatti, non si limita a riprodurre l'evoluzione tecnica dell'infermiere, ma vuole far risaltare quelle virtù umane caratterizzanti e componenti il patrimonio culturale e di umanità facente parte integrante sia dei singoli sia dei Reparti della Sanità Militare, sempre esternato in tutte le situazioni d'impiego e, soprattutto ai giorni nostri, nelle missioni internazionali.

In sintesi, nella cronaca evolutiva e nelle variegate e multiformi situazioni d'impiego riportate nel prezioso lavoro del Maresciallo *BORZACCHIELLO*, l'attento lettore può rilevare la "ricchezza" morale posseduta da quella parte dei cittadini che, benché operatori armati, operano per il Bene comune mettendo a rischio anche la propria incolumità per la difesa di quei Valori fondamentali connessi con la salvaguardia della vita umana nelle sue variegate sfaccettature, su cui si basa la nostra moderna società e a cui anche gli Infermieri fanno riferimento.

PREFAZIONE

BARBARA DOTT.SSA MANGIACAVALLI

Presidente Federazione Nazionale Collegi Infermieri

La “vocazione” dell’Infermiere nasce con l’uomo, nel momento in cui l’essere umano ha compreso la necessità di resistere accanto e assistere i suoi simili nel dolore e nel bisogno fisico legato alla salute. L’attività di cura nasce forse proprio sui campi di battaglia, quando era indispensabile soccorrere e assistere i feriti altrimenti destinati a morte certa e sicura e l’unica risorsa possibile erano le “mani” di chi a loro si dedicava.

Percorrere il cammino storico dell’infermiere militare, quindi, è un pò come guardare la nostra professione nella sua evoluzione parallela e altrettanto importante e indispensabile a quella classica a cui solitamente facciamo riferimento.

Nel nostro Paese gli infermieri si sono per la prima volta “strutturati” alla fine del Medioevo (nel 1301), quando un gruppo di donne nobili hanno dato vita a Firenze alle Oblate di Santa Maria Nuova, una delle prime Comunità dedite al servizio degli infermi, ma la storia italiana colloca gli albori della professione a fine ‘800 - primi ‘90, quando donne aristocratiche e donne stranieri, le “nurses”, aprirono le prime scuole per infermiere e quando nell’Inghilterra vittoriana, *Florence Nightingale* stabilì un nesso diretto tra il decadimento morale e quello fisico e su questa nozione di “filth”, di contaminazione, fondò la sua riforma della figura infermieristica e dell’igiene ospedaliera.

E proprio parallelamente nel 1800 - come ci spiega questo volume - *Napoleone* decretò l’istituzione di 10 compagnie di infermieri militari, ciascuna agli ordini di un infermiere Maggiore. Erano curiosamente armati di picca ed erano in 2 classi, allenati allo sgombero veloce dei feriti, prima come Brancardiers e poi con le Ambulanze di *Dominique Larrey* e solo nel 1848, nel quadro dei decreti riordinativi della Sanità Militare, *Carlo Alberto* istituì una compagnia di 360 Infermieri Militari, essenzialmente impiegati nei diversi Ospedali Militari.

Una storia parallela. Importante perché come lo è tutta la storia, studiando le azioni degli uomini del passato, si riesce meglio a comprendere quelle degli uomini del presente, la società in cui viviamo, l’uomo, i suoi bisogni, i suoi rapporti.

Comprendere e conoscere il passato è l’unico modo per riuscire a sviluppare, idee, istituti, per soluzioni fattibili, concrete e durevoli nel tempo.

Gli Infermieri, tutti, hanno nel loro DNA la volontà di “difendere” la salute dei cittadini ed è importante conoscere come questa capacità si è evoluta, è cresciuta e si è affermata. E lo è in particolare, come avviene con questo volume, per quegli infermieri che svolgono anche un altro compito di “difesa” in quanto militari.

Le situazioni e le condizioni illustrate aprono lo sguardo su un mondo che non tutti conoscono e di cui pochi hanno coscienza, mentre è proprio la consapevolezza della capacità e dell’impegno dei nostri professionisti che fa da guida alla crescita della professione e serve da incentivo per comprendere come la volontà, l’abnegazione e la dedizione alla missione che ci siamo dati, possano superare qualunque tipo di ostacolo, anche quelli dei conflitti, delle emergenze e delle catastrofi che sconvolgono e mettono in pericolo la salute dei militari come di tutti i cittadini che essi difendono.

E’ importante conoscere il passato perché grazie a esso si può affrontare il futuro.

INTRODUZIONE

1° M.LLO SUPPORTO "SANITÀ" CAMILLO BORZACCHIELLO

Questo lavoro, allegato al Giornale di Medicina Militare, ripercorre il cammino storico dell'infermiere militare nella Sanità Militare preludio ad una prossima pubblicazione. Un elaborato che sarà un testo vario e interessante da cui attingere notizie e riferimenti e che rappresenterà il culmine di una trilogia iniziata il 25 ottobre del 2000 e che sicuramente non avrà fine.

Lo scopo di questo scritto, preludio al futuro libro, serve ad aiutare a soffermarsi e a meditare su quello che è stata una parte della nostra Storia attraverso gli occhi di un viaggiatore mai sazio delle mete visitate, ma sempre curioso di quello che lo circonda non solo come viaggiatore non pervenuto, ma come viaggiatore che avendo pagato il biglietto ha il dovere di vedere, recepire e far proprio il mondo che lo circonda, perché la vita è troppo breve e bella per non lasciare il proprio contributo.

L'infermiere militare, questo sconosciuto! Purtroppo è così, solo coloro che vivono dall'interno la realtà della Sanità Militare sanno effettivamente chi è e cosa fa un infermiere militare. Tutti più o meno sanno cosa fa e quali incarichi svolge un pilota, un incursore o un controllore di volo, ma quando si inizia a parlare di Sanità Militare e, in particolare, di infermieri, la frase più ricorrente sembra essere «al massimo somministrano vaccini e fanno qualche iniezione».

Fortunatamente la realtà è ben diversa. L'infermiere militare ha un glorioso passato, un interessante presente ed un futuro di sempre maggiore soddisfazione professionale, soprattutto nell'attuale contesto storico, caratterizzato da eventi che richiedono una presenza sempre più attiva e costante della Sanità Militare sugli scenari mondiali. L'infermiere militare si è ritagliato, non senza difficoltà, una precisa identità professionale all'interno del proprio mondo poco conosciuto, ricco di valori, impegno e spinta motivazionale, in quanto in lui coesistono due anime: quella del militare e quella del professionista della salute. Questo doppio ruolo implica il rispetto sia dei regolamenti militari sia del codice deontologico dell'infermiere.

Il lavoro si concentra prettamente sull'infermiere militare: non è da sorprendersi quindi se si troveranno solo dei piccoli e sporadici riferimenti al medico militare. Figura naturalmente essenziale e centrale per la Sanità Militare, ma alla quale è sempre stato dedicato molto spazio e visibilità negli scritti di guerra e non solo, al contrario dell'infermiere, quasi sempre relegato sullo sfondo e poco o per nulla citato dalle fonti, nonché comunque presente.

Un'anteprima che nella sua brevità, spero possa riuscire a far emergere dalla nebbia questa figura, celebrando la memoria di quegli eroi che spesso vengono dimenticati: gli Infermieri Militari.

CAPITOLO 1

L'INFERMIERE MILITARE NEL MONDO ANTICO

1.1 La carenza delle fonti antiche

Da che si ha memoria storica e anche da prima, l'uomo ha sempre combattuto contro i suoi simili a mani nude, con la clava, la spada, il fucile, gli aerei. La storia dell'uomo coincide quasi sempre con la storia delle battaglie. Le più grandi invenzioni e scoperte dall'antichità ad oggi sono nate o hanno trovato impiego per motivi bellici.

A questa regola non sfugge la medicina: rimedi per ridurre fratture, fermare emorragie, suturare ferite hanno trovato impiego in primo luogo sui campi di battaglia. Come personale sanitario, medici e infermieri hanno fatto pratica, acquisito conoscenze, affinato tecniche, salvato vite e rischiato la propria durante le battaglie.

Per molti secoli, in tutti i popoli antichi la differenza tra medico, infermiere e soccorritore in ambito militare praticamente non è esistita: sui campi di battaglia così come nella vita di tutti i giorni, molti si improvvisavano medici, cerusici e chirurghi, con conoscenze scientifiche scarse o nulle, facendo uso di formule magiche e invocando gli dei.

Per quanto riguarda gli infermieri militari, come sono chiamati oggi, e in generale coloro che si prodigavano nell'assistere le truppe, le fonti antiche sono molto scarse e frammentarie, quel poco che è giunto fino a noi parla più che altro di "medici" che consigliavano terapie o si cimentavano in interventi chirurgici, estrazione di dardi, riduzione di fratture.

Sui loro "aiutanti" non vi è quasi nessuna parola. Si è cercato qui di ricostruire il percorso di coloro che sui campi di battaglia dell'antichità soccorrevano e traevano in salvo i propri compagni feriti, spesso con la battaglia ancora in corso e a rischio stesso della propria vita.

1.2 L'antenato mitologico

Uno dei personaggi più importanti della mitologia occidentale è Achille, le cui imprese durante la guerra di Troia (1200 a. C. circa) sono narrate nell'Iliade attribuita ad Omero. Tale personaggio è di grande interesse non solo per le sue gesta eroiche da combattente, ma anche per le sue qualità da "infermiere" verso i compagni d'arme. Il mitico guerriero semidivino, re dei Mirmidoni, figlio di Peleo e di Teti, aveva imparato in gioventù dal saggio centauro Chirone il trattamento delle piaghe e i segreti delle piante medicinali. Tuttavia Achille non era un medico, ma un guerriero, un semidio dalle qualità sovrumane e, come tale, oltre che combattere facendo strage di nemici, usa le proprie conoscenze superiori in ambito di medicina per prendersi cura dei compagni feriti e non solo. Omero pone ben due medici militari tra le file degli Achei: Polidario e Macaone, figli di Asclepio, dio della medicina, ma essi si occupavano delle ferite più gravi e delle operazioni chirurgiche, lasciando ai soldati stessi il compito di aiutarsi vicendevolmente per le ferite meno importanti.¹ Il Pelide Achille può senza forzature considerarsi il primo mitico infermiere militare.

Tra gli episodi che attestano l'abilità di Achille come infermiere il più famoso è quello dell'eroe che cura la ferita alla coscia di Telefo, figlio di Eracle: la ferita era stata inferta anni prima in combattimento da Achille stesso, il quale vi applicò sopra un po' di ruggine proveniente dalla sua lancia. (**Fig. 1.1**) La piaga si cicatrizzò e per riconoscenza Telefo guidò la flotta achea sino alle rive di Troia.²



Fig. 1.1

1 Mirko Dražen Grmek - Danielle Gourevitch, *Le malattie nell'arte antica*. Firenze, Giunti, 2000. pag 55-59.

2 Aniello Langella, *Medicina a Ercolano. Ercole, Achille e Telefo, ospiti a casa di un medico di 2000 anni fa*, 2012. pag 4-5.

Una famosa coppa attica, (500 a. C. circa) trovata a Vulci e firmata dal vasaio Sosia, mostra Achille che cura il suo amico Patroclo, ferito al braccio sinistro da una freccia (**Fig. 1.2**). Achille ha estratto la freccia e con grande attenzione sta medicando la ferita. Né Omero né alcuna altra fonte letteraria fanno riferimento ad una ferita di Patroclo curata da Achille, ma un'iscrizione sulla coppa stessa permette di identificare i due personaggi.³

Omero narra che anche Patroclo divenne infermiere per necessità, soccorrendo Euripilo che si ritirava dalla battaglia con una freccia conficcata nella coscia, sanguinante e dolorante. Ne ebbe pietà, lo cinse al petto e lo ricondusse al campo dove non erano disponibili né Polidario, in quanto ferito, né Macaone, in quanto in battaglia: quindi lo curò egli stesso (**Fig. 1.3**) estraendo la freccia e detergendo la ferita con una radice medicamentosa, alla maniera in cui gli aveva insegnato Achille.⁴

Al di là della mitologia, ciò che narra Omero è quello avvenuto per millenni sui campi di battaglia in tutte le guerre, e cioè compagni d'arme che in assenza di un servizio sanitario militare si prendevano cura l'uno dell'altro, per pietà, per cameratismo, per umanità o per qualunque altro motivo. I primi infermieri militari sono stati i soldati stessi che, anche se con metodi empirici e di discutibile successo, provavano a salvare la vita o semplicemente alleviare le sofferenze dei propri commilitoni.



Fig. 1.2



Fig. 1.3

1.3 Gli antichi romani

Comportamento comune agli eserciti del mondo antico fu quello di ricoverare gli inabili presso le città alleate affidandoli alla sollecita pietà dei cittadini, anche quando la presenza di medici militari non veniva a mancare.

I Romani, secondo Tito Livio, nei primi secoli della loro storia, ricorsero a tale misura ogni qual volta era possibile, diversamente si provvedeva a ricondurre al campo i feriti, o anche solo a metterli al sicuro nelle retrovie, oppure quando possibile si decideva per il rimpatrio. Tutto ciò testimonia senso umanitario, ma anche la necessità di perdere il minor numero possibile di vite umane per non sguarnire l'esercito, e in ogni caso dimostra la presenza di personale che si occupava anche temporaneamente delle necessità dei feriti. È facile intuire come ogni soldato, all'atto dell'arruolamento, portasse con sé un bagaglio di esperienze personali, ricette medicamentose e formule magiche tramandate all'interno della famiglia, ed alcune rudimentali conoscenze medico-infermieristiche note a molti e utili per le comuni cure a sé stessi e agli altri. Rimedi molto semplici, costituiti da ingredienti facilmente reperibili e quindi anche a disposizione dei combattenti, potevano venire applicati nel tentativo di arrestare l'emorragia (lana d'ariete non sgrassata) o per cicatrizzare una ferita (albume) o per sanare le scorticature derivanti dalle lunghe marce (sugna).⁵

³ Mirko Dražen Grmek - Danielle Gourevitch, op. cit. pag 58-59.

⁴ Giuseppe Magistrali, La comunicazione che cura (Cap 1 a cura di Catia Ghinelli) Maggioli Editori, 2009, pag 11.

⁵ Chiara De Filippis Cappai, Medici e medicina in Roma antica, Tirrenia stampatori, 1993 pag 153-154.

Le cronache del tempo, in particolare Silio Italico, ricordano Maro (Marus), veterano della prima guerra punica, che dopo la luttuosa battaglia del Trasimeno (217 a.C.) si prende cura di un giovane soldato ferito che aveva bussato alla sua porta dopo essere scampato non si sa come alla morte. Si trattava di Serrano, figlio di Attilio Regolo, sotto il quale Maro aveva militato.⁶ Alcune fonti vedono in Maro un medico militare⁷ (Cosmacini, 2011), ma sembra più corretto considerare Maro non un medico, ma l'esempio del soldato che sul campo di battaglia ha fatto le sue esperienze di pronto soccorso rivelando, forse, inaspettate predisposizioni nell'arte medica⁸ (De Filippis Cappai, 1993).

Il mutuo soccorso tra miliziani romani non fu prerogativa solo dei primi secoli dell'impero, ma continuò anche successivamente. Lo stesso Galeno nel II secolo d. C., quando esisteva un servizio medico militare già organizzato, affermava che era importante per i soldati conoscere i metodi per arrestare un'emorragia, in quanto era proprio l'emorragia la principale causa delle morti in battaglia.⁹ Il poeta Lucano ci narra che Cesare stesso, durante la battaglia, comprimeva a molti con mano esperta le emorragie più gravi.¹⁰ Un cambiamento radicale avvenne con l'ascesa al potere di Ottaviano Augusto e la trasformazione di Roma da repubblica in principato. Augusto attuò una radicale riforma dell'esercito (a partire dal 30 a. C.) trasformandolo in permanente e rendendolo molto più efficiente sotto tutti i punti di vista. I soldati dopo le varie campagne militari non venivano più congedati, come era prassi nel periodo precedente, e vivevano quindi acquarterati in caserme per periodi più lunghi.¹¹

L'assistenza sanitaria diviene quindi un cardine della complessa macchina bellica e la sua validità si manifesta sia nel soccorso sul campo sia nella cura e riabilitazione attraverso i valetudinaria. Anche in battaglia veniva assicurato un servizio di pronto intervento, grazie ai medici che seguivano la legione nonché a del personale sanitario non medico: i capsarii.¹²

I capsarii, così chiamati in quanto portavano con loro durante la battaglia la cosiddetta capsula, un piccolo baule contenente delle bende ed altre attrezzature da pronto soccorso¹³ (**Fig. 1.4**), erano degli infermieri soccorritori di prima linea, in quanto prestavano la loro opera proprio in quelle aree della battaglia. Essi sono l'esempio più antico di personale sanitario militare non medico, organizzato in maniera efficiente.

L'opera del personale sanitario nel pieno dei combattimenti è scolpita in modo esemplare in uno dei più famosi bassorilievi della colonna Traiana (**Fig. 1.5**), innalzata per celebrare la conquista della Dacia nel 106 d. C. Qui si ha un interessante esempio di assistenza medica sul campo.



Fig. 1.4



Fig. 1.5

6 Chiara De Filippis Cappai, *Medici e medicina in Roma antica*, Tirrenia stampatori, 1993 pag 153-154.

7 Giorgio Cosmacini, *Guerra e medicina dall'antichità ad oggi*, Laterza, 2011 pag 24.

8 Chiara De Filippis Cappai, *Medici e medicina in Roma antica*, Tirrenia stampatori, 1993 pag 153-154.

9 Chiara De Filippis Cappai, *op. cit.* pag 155.

10 Giorgio Cosmacini, *op. cit.* pag 23.

11,12 Antje Krug, *Medicina nel mondo classico*, Giunti 1990 pag 219-220.

13 Antje Krug, *op. cit.* pag 219.

La scena raffigura infatti un vero e proprio posto di medicazione avanzato¹⁴ dove una figura al centro soccorre un legionario visibilmente stremato mentre un'altra figura è intenta a bendare la coscia di un ferito seduto sulla destra. Le due figure, che indossano un'armatura leggera¹⁵ e sono armati come gli altri soldati¹⁶, sono con tutta evidenza degli specialisti, identificabili quasi certamente come capsarii incaricati del primo soccorso, mentre i medici, cui erano riservati gli interventi chirurgici e la scelta delle terapie, attendevano probabilmente nella retrovia.¹⁷

In un'altra sezione della colonna Traiana, troviamo un particolare curioso e certamente molto meno noto del precedente, che mostra come anche tra i Daci, pur sempre visti come nemici barbari sconfitti, non viene meno il soccorso ai compagni feriti in battaglia.¹⁸

Durante l'età imperiale, da Augusto in poi, in tempo di pace le truppe stazionavano entro accampamenti stabili e l'ospedale era parte integrante dell'architettura del forte romano. I soldati ammalati, infortunati o feriti venivano ricoverati nel valetudinarium, cioè l'ospedale militare dell'accampamento o della fortezza, invece quando l'esercito era in marcia a tale scopo venivano utilizzate delle tende raggruppate¹⁹. La fondazione e la primitiva organizzazione di tali luoghi sono attribuite ad Antonio Musa, su ordine di Ottaviano Augusto²⁰.

I valetudinaria delle legioni sono luoghi per curare i soldati feriti e per facilitare il reinserimento dei soldati guariti. Questi vengono riabilitati a combattere nelle file dei soldati validi; l'essere validus, saldo e forte, era lo scopo cui tendeva la valetudo²¹.

Un valetudinarium si caratterizza spesso per una particolare disposizione all'interno del campo o della fortezza: nel campo si trovava nell'area detta praetentura, ossia nella zona compresa tra la via principalis che attraversava il campo in tutta la sua larghezza, e la via che si diparte dalla porta praetoria, che si apriva al centro dal lato minore anteriore.

Nei forti edificati nelle provincie, quando erano provvisti di valetudinarium, esso si trovava nella zona centrale. I più grandi consentivano l'ospedalizzazione di alcune centinaia di soldati²².

Esemplare è il valetudinarium di Vindonissa: un campo legionario romano nei pressi della moderna Windisch, in Svizzera. Di forma pressoché quadrata e posto lungo la via principale dell'accampamento. Le sue stanze erano allineate lungo il muro perimetrale e si affacciavano su una grande corte interna, a queste stanze si accedeva tramite un corridoio che percorreva l'intero edificio, mentre dalla parte in cui si apriva l'entrata principale vi erano due doppie serie di camere collegate da corridoi posti ai lati dell'atrio d'ingresso.

Si tendeva a costruire il maggior numero di stanze possibili lungo i muri esterni così da poter sfruttare sempre le migliori condizioni di illuminazione ed areazione. Vi è la possibilità che alcuni degli ambienti più grandi venissero usati come sale operatorie e sale di terapia, stanze di isolamento, dispensari, refettori e camere mortuarie, ma non vi sono riscontri certi su questo punto²³.

A capo dell'ospedale vi era un optio valetudinaria, probabilmente un amministratore più che un medico, che si occupava infatti di manutenzione e amministrazione, disposizione delle forniture mediche e richieste dietetiche speciali per malati e convalescenti²⁴.

Altre figure presenti erano naturalmente il medicus; l'optio convalescentium, che si occupava dei soldati in via di guarigione; i capsarii che in tempo di pace probabilmente svolgevano a pieno titolo la funzione di infermieri; i frictores (massaggiatori); gli unguentari; i curatores operis (addetti al servizio farmaceutico) e i qui agreis praesto sunt, probabilmente soldati che venivano addestrati ad assistere gli infermi, paragonabili agli operatori socio-sanitari moderni.

Vi è il dubbio se tutte queste figure prendessero ordini dal medicus castrorum, perché non è chiaro se questo titolo si riferiva all'ufficiale dirigente del servizio medico del forte oppure era semplicemente un titolo riferito ai medici che prestavano servizio in un campo o in un forte²⁵.

14 Enrico Calzolari - Maria Palumbo, Feriti, soccorsi e croce rossa nell'arte, nell'iconografia popolare e nella propaganda. *Giornale di Medicina Militare* 2012; 162(1): pag 20.

15-17 Chiara De Filippis Cappai, op. cit pag 164.

13-16 Antje Krug, op. cit. pag 219.

18 Enrico Calzolari - Maria Palumbo, Feriti, soccorsi e croce rossa nell'arte, nell'iconografia popolare e nella propaganda. *Giornale di Medicina Militare* 2012; 162(1): pag 18.

19 Chiara De Filippis Cappai, op. cit pag 163.

20 Giorgio Cosmacini, op. cit. pag 30.

21 Giorgio Cosmacini, op. cit. pag 30.

22-24-25 Chiara De Filippis Cappai, op. cit pag 163-164.

23 Antje Krug, op. cit. pag 220.

1.4 L'impero bizantino nel VI secolo

Come già descritto in precedenza, in epoca alto imperiale i soldati che seguono lo schieramento, incaricati di soccorrere e curare i feriti in battaglia, erano denominati capsarii. In periodo giustiniano (527-565) è attestata la presenza di medici, uno per ogni unità, ma non si ha alcuna notizia di un servizio sanitario durante la battaglia.

Con l'ascesa al trono dell'imperatore Maurizio (582-602), già comandante in capo dell'esercito, si ha una nitida fotografia di come fosse organizzato l'esercito sotto il suo regno e quindi un'idea chiara anche del servizio sanitario: ciò grazie allo Strategikon, trattato di arte militare attribuito all'imperatore stesso con l'intento di essere un manuale ufficiale di strategia e tattica ad uso delle alte gerarchie militari.

Dallo Strategikon si apprende che presso ogni battaglione (chiamato tagma o bandon), specialmente quelli della prima linea, erano assegnati come addetti sanitari i depotatoi, otto o dieci soldati selezionati tra i meno validi nel combattimento, e veniva specificato inoltre che tali soldati di sanità dovevano essere: svegli, agili, vestiti con abiti leggeri e senza armi.

Essi dovevano procedere dietro i rispettivi tagma ad una distanza di circa trenta metri (cento piedi romani), per assistere e portare soccorso a coloro che venivano seriamente feriti in battaglia, disarcionati da cavallo o si trovavano per ogni altro motivo fuori combattimento, in modo tale che i feriti non corressero il rischio di venire calpestati dalla seconda linea o non rischiassero la vita per aver trascurato le ferite.

Normalmente portavano con sé delle fiasche di acqua, per aiutare gli uomini che potevano svenire a causa delle ferite. Per ogni soldato soccorso e salvato l'addetto sanitario riceveva dalla cassa militare (sakellion) un supplemento sulla paga.

La cosa che più sorprende è che, quando era possibile, il ferito non veniva evacuato dal campo di battaglia "a braccia", ma tramite un cavallo di soccorso con le staffe modificate per tale compito; entrambe le staffe erano sistemate sul lato sinistro della sella, in modo da facilitare al massimo sia all'addetto che al ferito, la salita sul cavallo così da potersi allontanare velocemente dalla battaglia su questa sorta di ambulanza a quattro zampe.

Un altro compito affidato a questi infermieri di guerra bizantini era, una volta respinto il nemico, raccogliere le spoglie dei nemici trovati morti sul luogo del primo scontro e consegnarle ai propri comandanti, ricevendone da loro una parte come premio²⁶.



²⁶ Maurizio Imperatore, Strategikon manuale di arte militare dell'Impero Romano d'Oriente. a cura di G. Cascarino. Il Cerchio, 2007. pag 9, 49.

CAPITOLO 2

DALLE CROCIATE ALL'AMBULANZA NAPOLEONICA

2.1 XI Secolo: i Cavalieri ospitalieri

Nel corso del Medio Evo l'idea di caritas cristiana aveva portato alla costituzione di una serie di "luoghi pii", Pia loca, dove, tra le altre attività, si prestavano cure spirituali e corporali ai poveri e agli indigenti. Il Servo di Dio si convertiva gradatamente nel Servus infirmorum. I Servi degli infermi erano pertanto coloro che, religiosi o laici, esercitavano un'attività caritatevole e assistenziale nei confronti dei poveri e degli ammalati¹.

Le regulae medioevali prescrivevano le operazioni e i servizi da compiere per un'assistenza il più possibile completa. Ad esempio la regola di S. Benedetto affermava la necessità di accudire i malati: «Prima di tutto e sopra tutto bisogna curare l'assistenza agli infermi, dimodoché si serva a loro proprio come a Cristo in persona»². Oltre ai Luoghi Pii, altri luoghi deputati all'accoglienza erano gli ospizi dei monasteri, gli Hôtel Dieu e una vasta rete d'istituzioni ospitaliere dove, pur essendo prestate delle cure, non si riscontrava ancora la presenza permanente del medico³. Questo fu il terreno fertile su cui si svilupparono, a partire dalla metà dell'XI secolo, gli ordini monastico-cavallereschi, ovvero associazioni a carattere militare i cui membri prendevano voti religiosi e si dedicavano alla conquista del Santo Sepolcro e alla difesa della cristianità in Terra Santa. In particolare, quelli che interessano qui maggiormente sono gli ordini Ospitalieri.

Il più importante è rappresentato dai Cavalieri dell'Ordine dell'Ospedale di San Giovanni di Gerusalemme, poi conosciuti come Cavalieri di Rodi e in seguito come Cavalieri di Malta⁴.

Le origini dell'Ordine di San Giovanni di Gerusalemme si fanno risalire all'anno 1048, mezzo secolo prima dell'inizio delle Crociate, quando un gruppo di mercanti e marinai della Repubblica di Amalfi, capeggiati dal nobile Mauro di Pantaleone, giunti a Gerusalemme per i loro commerci e impietositi dalle tristi condizioni in cui vi arrivavano i pellegrini, chiesero ed ottennero, dal califfo fatimita d'Egitto, un terreno su cui edificare una chiesa, un convento ed un ospedale ove accogliere i pellegrini di ogni fede religiosa, paese ed etnia che si recavano in Terra Santa. Il tutto venne gestito da una congregazione di monaci benedettini.

A partire dalla prima crociata (1099) i "Giovanniti" si distinguono nell'assistenza ai crociati che, stremati dalla faticosa marcia verso Gerusalemme e dal lungo assedio, trovano cure e conforto nell'ospedale.

Un primo passo verso la trasformazione dell'ordine si ha nel 1110 quando il rettore dell'Ospedale di Gerusalemme intitolato a S. Giovanni il Battista, il futuro Beato Gerardo, si staccò dal Monastero e trasformò la Pia Congregazione in Ordine Ospedaliero; questo ottenne l'approvazione del Re di Gerusalemme Baldovino I e il riconoscimento ufficiale nel 15 febbraio 1113 da Papa Pasquale II. Gli Ospitalieri divengono un ordine religioso laicale. Tutti i cavalieri erano religiosi, legati dai tre voti monastici di povertà, castità e obbedienza.

I numerosi e sanguinosi dissidi sorti tra gli Stati latini d'Oriente ed il ritorno degli eserciti islamici resero le vie del pellegrinaggio a Gerusalemme quanto mai rischiose per tutti quanti si recassero in visita al Santo Sepolcro. Nel tentativo di porre rimedio a tutto ciò Raymond de Puy, successore di Gerardo, nel 1120 trasformava l'Ordine Ospedaliero nell'Ordine Militare di San Giovanni di Gerusalemme, ottenendone il Magistero da Baldovino II e la definitiva conferma da Papa Callisto II.

A questo punto sono tre le attività principali dell'ordine: l'assistenza dei pellegrini, dei malati e degli indigenti; la difesa militare della religione cattolica, dei propri centri medici e delle strade principali e la propagazione della fede. In questo modo l'Ordine assume anche la difesa militare dei malati e dei pellegrini e alla missione ospedaliera aggiunge la difesa della fede con le armi.

Sua peculiarità è essere l'unico Ordine Cavalleresco formato da monaci-cavalieri, cioè da una Congregazione di religiosi che impugnarono la spada e non da cavalieri-monaci come Teutonici, Templari, Santo Sepolcro, cioè da uomini dediti alla guerra che vollero dare un senso religioso alle loro azioni. Questi infermieri-monaci diventano quindi militari a tutti gli effetti. Successivamente, l'Ordine adotta la bianca croce ottagonata, che ancora oggi è il suo simbolo. Nella doppia veste di infermieri e militari, i cavalieri dell'Ordine di San Giovanni di Gerusalemme condivisero con gli altri crociati tutte le travagliate vicende che si svolsero in Terra Santa dal 1120 al 1291, fino alla perdita definitiva di quei territori con la riconquista turca di San Giovanni d'Acri nel 1291.

1 Giorgio Cosmacini, Infermiere, in Dizionario di storia della salute, pag 292.

2 Giuliana. Albini, Tra anima e corpo: modi e luoghi di cura nel Medioevo, in Il Bene e il Bello. I luoghi della cura - cinquemila anni di storia, Electa, 2000, pag 70.

3 Edoardo Bressan, Ospedale, in Dizionario di storia della salute, Einaudi, 1996 pag. 430.

4 Kristjan Toomaspoeg, Ospitalieri di S. Giovanni di Gerusalemme in Enc. Federiciana. Treccani, 2005. pag 434.

Quando l'ultima resistenza cadde, i pochi superstiti portarono in salvo sulle navi i malati e lo stesso Gran Maestro gravemente ferito. A questo punto però l'Ordine Ospitaliero era già nettamente diviso tra membri militari e coloro che prestavano assistenza ai malati. Quindi, pur mantenendo la duplice natura di ordine assistenziale e militare, coloro che si occupavano dei malati non imbracciavano più la spada, ma erano altri a farlo anche se pur sempre confratelli dell'ordine.

Ad onor del vero, è giusto sottolineare che ancora per secoli, almeno fino al XVIII secolo, l'assistenza ai malati era in buona parte di competenza degli stessi Cavalieri ai quali, soprattutto durante il noviziato, veniva affidato a turno quel compito. Quindi i novizi, monaci e cavalieri, effettuavano anche un tirocinio da infermieri.

Dopo la perdita della Terra Santa, l'Ordine Ospedaliero di San Giovanni trasferisce la sua sede e l'ospedale sull'isola di Cipro e poi a Rodi. In questi luoghi, fedele alla sua missione ospedaliera, continua a costruire nuovi ospedali e, beneficiando della posizione strategica dell'isola, dà vita ad una flotta navale con cui protegge i pellegrini sulle rotte per la Terra Santa (**Fig. 2.1**).

Nel 1523 i Cavalieri sono costretti ad arrendersi alle truppe del Sultano Solimano il Magnifico e ad abbandonare l'isola di Rodi, quindi salpano verso Creta e successivamente giungono a Nizza.

Nel 1530 il Gran Maestro Frà Philippe de Villiers de l'Isle Adam prende possesso dell'isola di Malta, ceduta all'Ordine dall'Imperatore Carlo V con l'approvazione di Papa Clemente VII. Viene stabilito che l'Ordine sarebbe rimasto neutrale nelle guerre tra nazioni cristiane (**Fig. 2.2**).

I Cavalieri trasformano Malta con importanti progetti di edilizia urbana: vengono costruiti palazzi e chiese, bastioni di difesa e giardini.

Nell'isola viene edificato un nuovo grande ospedale, considerato uno dei più organizzati ed efficienti del mondo. Viene istituita una scuola di anatomia e una facoltà di medicina. Oltre a queste attività, per secoli la flotta dell'Ordine di Malta prende parte alle manovre più importanti del Mediterraneo contro la flotta ottomana e contro i pirati del Nord Africa.

Nel 1798 Napoleone Bonaparte occupa Malta per il suo valore strategico. I Cavalieri sono costretti ad abbandonare l'isola. Dopo varie sedi temporanee, nel 1834 l'Ordine si stabilisce definitivamente a Roma dove possiede, garantiti da extraterritorialità, il Palazzo e la Villa Magistrale sull'Aventino.

A questo punto, la missione originaria dell'assistenza ospedaliera ritorna ad essere l'attività principale dell'Ordine, grazie al contributo delle attività delle Associazioni Nazionali presenti in numerosi paesi del mondo.

L'associazione dei Cavalieri del Sovrano Militare Ordine di Malta (1877) è emanazione dell'Ordine di Malta, erede e successore dell'Ordine dei Cavalieri Ospitalieri.



Fig. 2.1



Fig. 2.2

Fedele alla vocazione ospedaliera, ma non dimenticando i gloriosi trascorsi, volle dar vita ad un Corpo Militare (1876) con la convenzione per la "cooperazione" con il Servizio Sanitario dell'Esercito, allo scopo di provvedere all'assistenza sanitaria dei malati e feriti in guerra. Di tale corpo si parlerà più avanti ⁵⁻⁶⁻⁷⁻⁸.

2.2 Dal XIII AL XVI Secolo

Gli Ospitalieri non erano il solo personale sanitario militare al tempo delle crociate. Queste introducono un'importante novità ovvero una mutata presenza femminile al seguito dei vari eserciti. Non si tratta più di serve e vivandiere con funzioni generiche, ma di donne "curanti", così come attestato a partire dalla terza crociata (1189-1192), dove le troviamo numerose al seguito delle truppe, travestite da guerrieri, per essere premurose infermiere nell'assistere i crociati feriti⁹.

Nel medesimo periodo, in Italia vengono introdotte delle novità anche nei mezzi di soccorso per i feriti. Durante una battaglia tra l'esercito imperiale e quello pontificio (1255) è segnalata la presenza di un carro dotato di acchiappamosche e ventagli, utili da un lato per scacciare le mosche dalle ferite dei trasportati e dall'altro per dare frescura e refrigerio ai calori febbrili. Tale carro è definibile come una sorta di "proto ambulanza" dotata di comfort, segno inequivocabile che, con i dovuti distinguo, la sanità militare nel XIII secolo, non si trovava in condizioni tanto misere come si poteva sospettare¹⁰.

A partire dalla metà del XIV secolo inizia la diffusione sui campi di battaglia europei delle armi da fuoco, strumenti infernali che provocano ferite terribili alle truppe. Agli eserciti regolari si affiancano una miriade di compagnie di ventura, gruppi di soldati mercenari che vendono la propria capacità di guerreggiare e di usare le armi dal fuoco ai vari principi e signorotti in giro per l'Europa. Nonostante pian piano prendesse piede l'abitudine dei condottieri di portare al seguito un barbiere chirurgo, le cure infermieristiche che un soldato dell'epoca riceveva per le sue ferite e i suoi malanni erano ancora molto improvvisate, sempre legate alla solidarietà reciproca e al buon cuore delle donne che seguivano le armate¹¹.

Inoltre, finalmente, qualcuno si pose il problema di come prendersi cura, oltre che di coloro che venivano feriti in battaglia, di tutti quei soldati che, sopravvissuti alla guerra, non potevano provvedere al proprio sostentamento in quanto invalidi o mutilati¹².

Il problema viene affrontato in maniera abbastanza efficiente proprio da ex reduci, che hanno visto con i loro occhi, e talvolta subito in prima persona, la sorte meschina toccata ai feriti di guerra. Una volta ritornati alla vita civile, toccati dal fervore religioso, si adoperarono con numerose iniziative a favore dei reduci e di tutti i malati ed infermi¹³.

I maggiori esponenti di queste iniziative furono: Giovanni Di Dio e Camillo De Lellis che fondarono ognuno il proprio ordine ospitaliero laico.

2.3 San Giovanni di Dio – San Camillo De Lellis - San Riccardo Pampuri

Juan Ciudad (1495-1550), portoghese di nascita e soldato dell'armata spagnola, terminata la vita militare dopo travagliate vicende personali, consacrò la sua vita all'assistenza dei malati e dei poveri. Presto fu circondato da molti che seguirono il suo esempio, dedicandosi completamente all'assistenza ai malati¹⁴.

Il suo modo di chiedere la carità era particolare e lo distingueva dagli altri questuanti, in quanto era solito dire: "Fate del bene a voi stessi! Fate bene, fratelli!". Fondò il suo primo ospedale e organizzò l'assistenza secondo le esigenze degli infermi. L'Arcivescovo di Granada gli cambiò il nome in Giovanni di Dio.

Dopo la sua morte, il suo lavoro fu continuato e i "fratelli" estesero l'opera anche all'assistenza ai militari in terra e in mare e alle spedizioni navali, distinguendosi come ottimi infermieri militari al seguito delle armate spagnole¹⁵.

5 Marcello Maria Marrocco Trischita, Cavalieri di Malta. Una leggenda verso il futuro. A cura dell'associazione dei cavalieri italiani del sovrano Militare ordine di Malta, Maresi, 2000 pag 5-35.

6 Franco Cardini, Crociate: tra il mito e la storia, atrocità e nefandezze nel nome della croce, Giunti, 1971 pag 80-256.

7 AA.VV., 960 anni di storia in <www.orderofmalta.int>.

8 Kristjan Toomaspoeg, Ospitalieri di S. Giovanni di Gerusalemme in Enc. Federiciana. Treccani, 2005. pag 434.

9 Giorgio Cosmacini, Guerra e medicina dall'antichità ad oggi, Laterza, 2011 pag 65-66.

10 *ivi*, pag 66.

11 *ivi*, pag 70, 83.

12-13 Giorgio Cosmacini, *op. cit.* pag 98.

14 Giorgio Cosmacini, *op. cit.* pag 98.

15 AA.VV, La dimensione missionaria dell'ordine ospedaliero, profeti nel mondo della salute 1997. da www.oh-fbf.it.

Essi parteciparono come infermieri alla rivolta dei moriscos (1568-1571) e alla battaglia di Lepanto (1571) dove, guidati da Pedro Soriano, organizzarono l'assistenza infermieristica sulle galee.

Oltre a ciò, la colonizzazione di nuove terre e la difesa di altre necessitavano l'invio costante un po' dappertutto nei possedimenti della corona spagnola di flotte dell'armata, sulle cui navi subito s'imbarcarono i Fratelli Ospedalieri, per prestare servizio ai feriti in guerra e alle popolazioni locali. Nel 1586 furono elevati ad ordine religioso assumendo il nome di Ordine Ospedaliero di S: Giovanni di Dio, conosciuti dal popolo come Fatebenefratelli¹⁶.

L'abruzzese **Camillo de Lellis** (1550-1614), si arruola nell'esercito della Serenissima e poi in quello del Regno di Napoli definendosi egli stesso «un soldataccio». A circa 20 anni viene mandato all'ospedale "San Giacomo degli Incurabili" di Roma, costretto a curare un'ulcera corrosiva cronicizzata in piaga al piede destro, vivendo quindi l'esperienza da infermo. Viene poi assunto nello stesso ospedale come inserviente, frate humile, che cura gli altri avendo imparato su sé stesso, ed infine nominato maestro di casa, cioè economo e responsabile del personale, potendo così organizzare in maniera adeguata l'assistenza di ex militari, storpi, ciechi e tutti gli altri infermi che mendicavano per strada¹⁷.

Nel 1582 diede vita alla Compagnia dei Servi degli Infermi che, nel 1586, fu riconosciuta come Congregazione e autorizzata a portare una croce rossa sulla veste. Nel 1590 fu elevata a Ordine dei Ministri degli Infermi. Nel 1595 Camillo stesso inviò a Trento un gruppo di suoi religiosi, destinati ad assistere i feriti nella campagna d'Ungheria contro i Turchi (parte delle guerre ottomano-asburgiche). Essi dovettero organizzare ospedali, ospedaletti da campo e il trasporto dei feriti¹⁸.

I Camilliani agivano da infermieri di guerra in veste nera con una croce rossa sopra, più di 250 anni prima di Solferino. Camillo de Lellis è il patrono del Corpo della Sanità Militare (**Fig. 2.3**) e si festeggia il 14 luglio.

In entrambi i casi citati, uomini laici, non militari, si prendono cura dell'assistenza infermieristica per gli eserciti e le flotte del tempo. Ciò risultò molto conveniente a generali e regnanti in quanto la qualità delle cure che Fatebenefratelli e Camilliani profusero sui campi di battaglia era nettamente superiore a quella che si sarebbe avuta in loro assenza.

"Condivisione" e "Speranza" sono queste le parole con cui trovare un legame con S. Camillo De Lellis (Bucchianico 25 maggio 1550 – Roma 14 luglio 1614) e del quale il 14 luglio del 2013 si celebrò l'anno celebrativo del IV centenario della nascita al cielo del Santo, apostolo degli infermi, iniziatore di una riforma nel campo sanitario le cui indicazioni e intuizioni conservano ancora oggi tutta la loro validità.

Due parole su cui soffermarci e meditare cercando di trovare soluzioni e rimedi ad una Vita che a volte scorre troppo velocemente e senza Pace.

E nella stessa Vita di S. Camillo si trovano tanti spunti di riflessione e di riferimento, e nel mio caso essendo operatore della Sanità Militare, di cui S. Camillo De Lellis ne è il Patrono così

come voluto da Papa Paolo VI il 27 marzo del 1974, è giusto dedicare alcune pagine del mio libro a più di 40 anni dalla proclamazione a protettore della Sanità Militare., e nell'anno giubilare credo che sia giusto testimoniare carità e amore di Cristo attraverso azioni di vita quotidiana.



Fig. 2.3

16 AA.VV, La dimensione missionaria dell'ordine ospedaliero, profeti nel mondo della salute 1997. da www.oh-fbf.it.

17 Giorgio Cosmacini, op. cit. pag 98-99.

18 AA.VV, La vita di un gigante della carità www.camillodelellis.org/storia

Dal momento in cui mi arruolai (18 settembre 1990), l'opera di San Camillo "arruolatosi nell'esercito veneziano per combattere i turchi" è stata la mia guida, l'esempio da imitare, la mia ispirazione e fin dall'inizio come "aiutante di sanità" ho prestato soccorso e assistenza a tanti malati. E nelle missioni effettuate con il Centro Trasfusionale ho avvicinato tanti popoli e ne ho condiviso sofferenza e povertà, l'invio di sacche ematiche" vedi l'ultimo invio verso la Repubblica Democratica del Congo", ha fatto di me un uomo più vicino alla sofferenza e dunque più vicino a nostro Signore.

E tanti sono gli spunti di riflessione e di domanda a cui dare risposta, ad iniziare dalle seguenti domande poste al Vescovo Kontiebo:

- Vorrei conoscere il rapporto che esiste tra i Camilliani e la Sanità Militare e in che modo si sviluppa?
- Come fa un Infermiere Militare a prestare soccorso sui campi di battaglia essendo per prima un soldato, come affrontare questa dicotomia?
- Come portare pace e assistenza indossando una divisa?
- Quali sono i contatti dei Camilliani con la città di Firenze?
- Quali sono i contatti con la Sanità Militare?

1. *Pour la question de savoir le lien qui existe entre les Religieux camilliens et la "Sanita Militare", Padre Humberto de la communauté camillienne de Firenze peut mieux que quiconque expliquer ce lien. Et comment se sont développées les relations entre les deux entités : du point de vue historique, le fait que Saint Camille ait fait l'expérience de l'armée avant de s'orienter dans le service des malades devrait constituer comme un nœud entre les camilliens et le service sanitaire militaire.*
2. *L'armée est un corps, et dans le corps nous avons plusieurs fonctions: il y a des mécaniciens, des cuisiniers, des médecins, des infirmiers... Si la fonction est d'être militaire, on l'est par des charismes variés. Celui qui est appelé à être dans ce corps en tant que infirmier joue un rôle propre qui est de sauver, soigner, protéger la vie. Il doit donc veiller à la santé des militaires et de toute personne. En plus, je crois que l'idéal serait que l'armée atteigne son objectif sans perte de vie humaine. Ce qui est difficile sans agents de santé. Et alors il faut trouver un palliatif dans cette situation; le militaire médecin ou infirmier assume cette fonction.*
3. *La tenue indique le type de corps dont on appartient. Par exemple, les militaires, les magistrats, les médecins... Mais il y a des signes universellement reconnus. La croix (qu'elle soit rouge ou sans rouge, ou bleue) est reconnue comme signe de salut. Celui qui la porte est vu comme un homme de paix, un homme qui vient au secours des autres. C'est dire que celui qui porte une tenue militaire avec ce signe est vite reconnu comme quelqu'un qui vient pour soigner, sauver et secourir.*

+ Prosper KONTIEBO
Evêque de Tenkodogo

Fine 1500 quanto due camilliani sono a Firenze

"Seguiamo Gesù" noi accompagniamo, seguiamo Gesù, ma soprattutto sappiamo che Lui ci accompagna e ci carica sulle sue spalle. Qui sta la nostra gioia, la speranza che dobbiamo portare in questo mondo. E, per favore, non lasciatevi rubare la speranza!. Quella che ci dà Gesù".

(Papa Francesco – Omelia Domenica delle Palme 2013)

2.4 L'ambulanza volante napoleonica

Nella Francia borbonica della metà del XVII secolo la sanità e la medicina militare fanno un buon passo avanti. Maggior rilevanza è assunta dagli ospedali militari e lo sgombero nelle retrovie dei soldati feriti, opportunamente barellati, è organizzato in maniera più efficiente¹⁹. Un editto del 1708 è finalizzato alla costituzione di un corpo di sanità militare ben strutturato. Nel 1745, nella battaglia di Fontenoy, Maurizio di Sassonia, Maresciallo di Francia, accompagna alla vittoria un'ottima organizzazione sanitaria per pronto intervento, tempestivo soccorso e rapido sgombero dei feriti dal campo. Più tardi, durante la Rivoluzione, si sancisce il diritto dei cittadini chiamati alla difesa della patria ad essere curati, sia per le malattie che per le ferite occorse durante il periodo di servizio²⁰. Ma è con la "campagna d'Italia" (1796), guidata dall'allora Generale Napoleone Bonaparte, che fa la sua comparsa l'ambulanza volante, cioè una vera e propria formazione sanitaria mobile di pronto soccorso. Geniale invenzione del chirurgo di Napoleone, Dominique-Jean Larrey (1766-1842), era presidiata da tre chirurghi ed un infermiere, tutti dotati di portamantelli contenenti gli strumenti chirurgici ed il materiale da medicazione²¹.

¹⁹ Giorgio Cosmacini, op. cit. pag 104.

²⁰ ivi, pag 117, 123.

²¹⁻²² ivi, pag 124-125.

Disponeva di carri materiali a due e quattro ruote, trainati da cavalli, in cui erano sistemati: medicinali, fasce, compresse, viveri di conforto, coperte e barelle e di sei carri per il trasporto dei feriti. Era presente un assetto identico per ogni divisione. L'ambulanza volante (**Fig. 2.4**) fu largamente sperimentata durante questa campagna, funzionando benissimo come unità sanitaria di pronto soccorso.

Oltre a Larrey, Napoleone ebbe al suo fianco altri due grandi ufficiali di Sanità: in Egitto (1718-99).

Desgenettes che si prodigò durante l'insorta epidemia pestosa (vedere famoso quadro " Napoleone tra gli appestati) e D.Percy acuto studioso di soccorso sanitario campale ed inventore del famoso "Wurst" (un carriaggio sanitario, a forma di salsicciotto a cavalcioni chirurgi, infermieri e farmacista per poter intervenire in vari punti del campo di battaglia; Percy ispirò anche l'emanazione di un decreto emanato nel 1800 istituendo l'istituzione dei barellieri (Brancadiers) diretti da un capo infermiere, detto "Despotat", armato di picca.

Con decreto del 13 aprile 1800 furono istituite 10 compagnie di infermieri militari, coordinati da un Infermiere Maggiore, si trattava di personale specializzato (distinto in due classi), allenato allo sgombero veloce dei colpiti. Erano armati con una sciabola corta; portavano una picca di legno e mezzo telo di barella che con l'aggiunta dell'equipaggiamento analogo di un altro infermiere, costituivano una barella.

Nel 1810 nel Regno D'Italia di Eugenio Beauheureis in Italia gli ospedali militari permanenti sono quattro: il Sant'Ambrogio a Milano, l'Ospedale dei mendicanti a Venezia (riservato alla marina), il Sant'Orsola a Mantova e il San Francesco ad Ancona.

Gli infermieri che vi lavoravano erano spesso reclutati tra i veterani. Tali ospedali non riuscivano comunque ad assorbire la domanda di ospedalizzazione, in aggiunta, si faceva ricorso quindi a dei reparti riservati ai militari negli ospedali civili.

Oltre ai quattro ospedali permanenti la sanità militare del Regno d'Italia poteva contare su strutture temporanee o mobili e cioè le "infermerie reggimentali" e gli "ospedaletti d'ambulanza", dove però l'assistenza infermieristica lasciava alquanto a desiderare, visto che, a differenza della Francia, non ci si preoccupava di scegliere ed addestrare gli infermieri in maniera idonea.

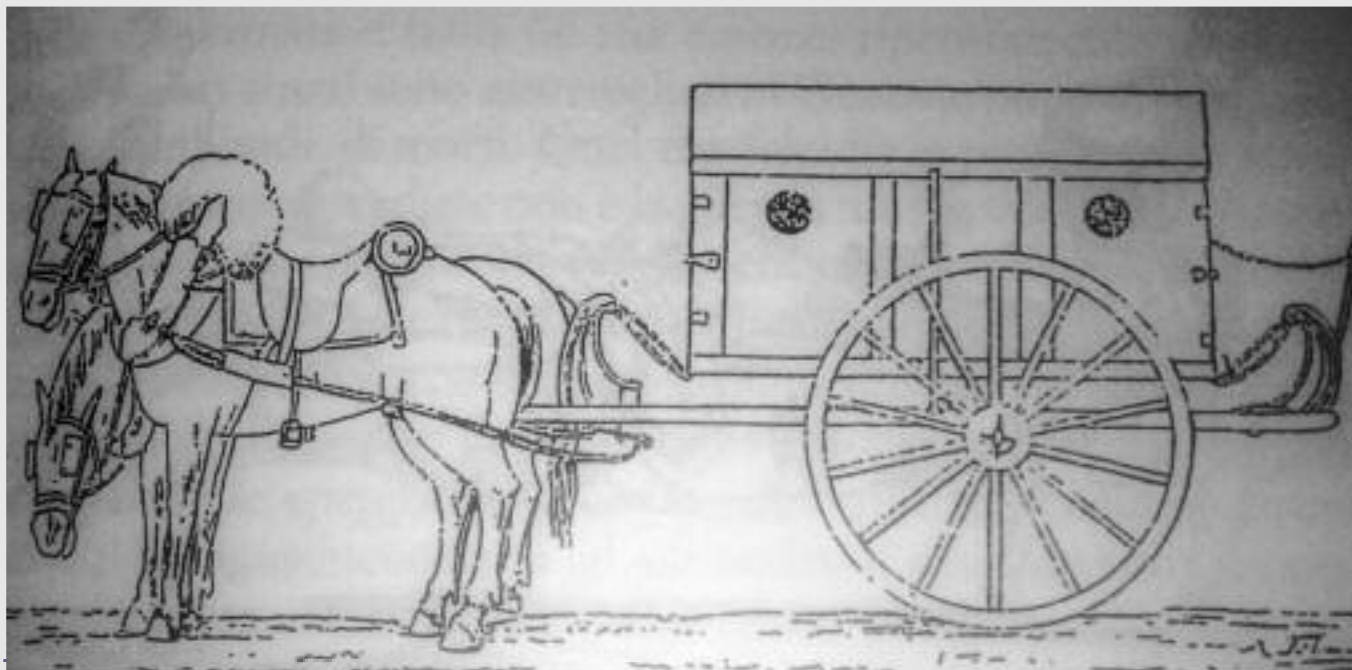


Fig. 2.4 - L'ambulanza volante a due ruote.

SAN RICCARDO PAMPURI

Ho combattuto la buona battaglia.

ho terminato la mia corsa

Ho conservato la fede.

(San Paolo, II lettera a Timoteo 4,7)

Senza la fede la nostra vita null'altro diventa che
una fragile nave abbandonata senza timone....

(dalle lettere di S.Riccardo PAMPURI)

Erminio Filippo Pampuri decimo di undici figli, nacque a Trivolzio in provincia di Pavia il giorno 2 agosto del 1897. Partecipò alla prima guerra mondiale inviato al fronte e inquadrato nell'86^a Sezione di Sanità ed addetto all'ospedale del corpo d'armata che funzionava come centro di rifornimento per gli ospedaletti situati nelle retrovie del Carso. Prese parte alle drammatiche giornate di Caporetto e qui il giovane Pampuri evidenziò maggiormente la sua fedeltà alla Patria, la sua comprovata sensibilità e la sua onestà di uomo, di soldato e di cristiano, proprio nello sbandamento generale. Il Sergente Pampuri responsabile di un ingente materiale sanitario e di vettogliamento, destinato ai molti ospedaletti di prima linea e che poteva rappresentare la salvezza dei giovani militari gravemente feriti, non solo non abbandonò il materiale sanitario e non, ma di sua iniziativa prese un carro agricolo, trainato da una mucca, caricò il prezioso materiale che sicuramente sarebbe stato preso dagli austriaci, e con il carico si avviò verso luoghi più sicuri. Questo slancio di generosità umana ed anche eroico gli costò molto caro perché a causa della pioggia torrenziale, fredda e penetrante che lo accompagnò per due giorni di marcia, cioè fino alla Latisana, si ammalò di pleurite, malattia che a distanza di qualche anno lo porterà alla morte nel 1930 a Milano. Successivamente fu canonizzato da Giovanni Paolo II il 1° novembre del 1989, esempio di valente medico religioso dei Fatebenefratelli e degno discepolo di San Giovanni di Dio.

CAPITOLO 3

IL PERIODO RISORGIMENTALE

3.1 Le vivandiere risorgimentali

Per guerre risorgimentali si intendono quelle campagne che, nel corso del XIX secolo, portarono l'Italia dall'iniziale frammentazione politica all'unità nazionale. Vi sono comprese quindi: le tre guerre d'indipendenza contro l'Austria; le campagne garibaldine e altri vari piccoli conflitti fino all'annessione del Lazio e di Roma. La prima guerra mondiale, con l'annessione delle terre irredente di Trentino, Venezia-Giulia e Zara, si può considerare una propaggine del Risorgimento¹.

Nonostante nel 1833 nel Regno di Sardegna, durante il regno di *Carlo Alberto*, venga creato il Corpo della Sanità Militare qui, come in tutti gli eserciti europei, il sostegno sanitario conservava una forte connotazione di supporto secondario, di solito poco approvvigionato e numericamente scarso. Le funzioni direttive spettavano quasi sempre non a medici ma ad ufficiali combattenti, mentre le figure infermieristiche, ben poco specializzate, erano tratte dai veterani più attempati. Per quanto riguarda gli altri stati preunitari: nel Regno delle due Sicilie gli infermieri militari erano pochi e non sempre all'altezza dei loro compiti, si trattava come altrove di veterani o invalidi impiegati in compiti esecutivi umili o in azioni di portinarato negli oltre 15 ospedali militari di varie tipologie del Regno delle Due Sicilie (Santoro A. 1987) mentre nello Stato Pontificio vi fu un corpo organico di infermieri militari solo dal 1859. Infatti a partire da quegli anni l'Esercito Pontificio fu efficacemente riformato grazie all'azione di Monsignor *De Merode*, promistro alle armi di *PIO IX*. Qui, nel Battaglione Sedentari era inquadrata la Compagnia Infermieri, composta da 126 uomini che prestavano servizio presso l'ospedale Militare di San Carlo in Santo Spirito a Roma, ma non per l'assistenza ai degenti ai cui erano deputate le suore della carità, bensì per l'ordine ed il minuto mantenimento².

A seguito dei moti liberali e repubblicani che ebbero luogo a metà del XIX secolo i patrioti dei vari stati in cui era divisa l'Italia si organizzarono in corpi di Guardia Civica a difesa delle nuove istituzioni democratiche. Poiché di solito i nuovi statuti riconoscevano diritti più ampi alle donne, queste, un po' dappertutto, chiesero di essere coinvolte nella difesa delle libertà e degli istituti conquistati.

A partire dal 1848, quindi, numerose furono le richieste di patriote italiane per potersi arruolare nelle Guardie Civiche costituite nelle città in rivolta contro i regimi assolutisti. Le prime a mobilitarsi furono le donne di Venezia, seguite da quelle di Milano e Napoli, dove i comitati femminili formularono l'istanza di costituire dei battaglioni militari femminili. Le richieste vennero di molto ridimensionate, concedendo la costituzione di *Pie associazioni di supporto ai militari*, di fatto corpi di vivandiere ed infermiere.

Le *vivandiere* del periodo risorgimentale erano delle inservienti militarizzate, aggregate ai reparti militari e munite di una regolare documentazione di accreditamento. Queste donne fanno la loro comparsa in Francia a partire dal XVII secolo, divenendo successivamente una figura tipica della Rivoluzione francese, per poi diffondersi negli eserciti di tutta Europa.

Sottoposte al regolamento di disciplina militare ed ai codici militari, potevano essere armate solo a scopo difensivo; generalmente, ma non sempre, dotate di uniforme e di piastrina di riconoscimento, erano assimilate a dei graduati. In guarnigione erogavano il servizio di mensa e quello di lavanderia, gestivano lo spaccio, la merceria, la cartoleria e la rivendita di generi di conforto quali alcoolici, tabacco ed alimenti da banco. Era tuttavia nelle operazioni di campagna che le vivandiere espletavano la loro funzione di gran lunga più qualificante ed apprezzata. Oltre a svolgere le consuete mansioni sopra elencate, fungevano da infermiere per i chirurghi che prestavano servizio presso i reparti. L'ambulanza (infermeria di campo) del reparto utilizzava, infatti, i musicanti in funzione di barellieri e le vivandiere in quella di infermiere ausiliarie.

Accessorio irrinunciabile e caratteristico della loro condizione era la botticella, decorata con i colori nazionali ed il fregio di reparto, che le vivandiere portavano a tracolla. Serviva alla distribuzione di alcoolici, dei quali si apprezzavano alcuni effetti benefici, come il riscaldamento delle membra infreddolite delle sentinelle, soprattutto la notte.

L'uniforme consentiva alle vivandiere di non essere scambiate per le prostitute che si affollavano intorno alle caserme ed agli

1 Diana Nardacchione, *Le vivandiere protagoniste del Risorgimento. Mostra con tavole grafiche. Chiesa degli Almadiani, Viterbo. 15-17 novembre 2012. tav 1-24.*

2 Camillo Borzacchiello, *L'Infermiere militare presente passato futuro. Il Leccio, 2005. pag 29-31.*

accampamenti militari, era utile inoltre per non essere fermate e perquisite ai posti di blocco. Era importante che il loro profilo fosse ben riconoscibile anche da lontano in modo da non farne bersaglio di fuoco (**Fig. 3.1**). Le vivandiere seguivano l'esercito e svolgevano i loro compiti su un carretto trainato da un cavallo, o talvolta solo con il cavallo: esse infatti si impegnavano a non rallentare la marcia del reparto a cui erano assegnate. Come già detto, ad esse venivano applicati i regolamenti militari, in maniera rigida come per ogni altro soldato tanto che, durante la ritirata di Russia nel 1812, alcune vivandiere dell'esercito napoleonico vennero fucilate per aver abbandonato i feriti che avrebbero dovuto trasportare sulle proprie carrette.

L'organico delle vivandiere variava da corpo a corpo e da esercito ad esercito ma, di solito, ne era presente una per compagnia ed erano armate. Talvolta erano costrette a raccogliere il fucile di un caduto per concorrere alla difesa comune nei momenti critici o anche per difendere i feriti. Tra la prima e seconda guerra d'indipendenza si hanno notizie di almeno tre vivandiere dell'esercito piemontese che vennero decorate con medaglie d'argento al valore per il loro comportamento encomiabile nel soccorso ai feriti in battaglia. Malgrado le vivandiere, in tutti gli eserciti, godessero di un contratto a tempo indeterminato, esse non fruivano della pensione, ma di una sorta di trattamento di fine rapporto che non era comunque un diritto, ma una concessione per meriti di servizio.

La più famosa tra le vivandiere fu Jessie White Mario (1832-1906), inglese, rifiutata da 14 facoltà di medicina britanniche in quanto donna, divenne infermiera. Sposata con un patriota italiano, partecipò come infermiera militare alla spedizione dei mille (1860), ai tentativi garibaldini di invasione dello stato pontificio (1862, 1867), alla terza guerra d'indipendenza e alla spedizione garibaldina durante la guerra franco-prussiana (1870).

Durante la spedizione dei Mille organizzò le volontarie che prestavano servizio presso l'infermeria (ambulanza) garibaldina di Palermo e poi di Napoli. Sull'Aspromonte nel 1862 fu Jessie White Mario (**Fig. 3.2**) a medicare la ferita al piede di Garibaldi e successivamente gli praticò l'anestesia, quando il proiettile venne estratto.

Nel corso del tempo l'attività delle vivandiere andò a confluire in quella delle infermiere che, intanto, si stava configurando come una vera e propria professione. Per certi versi la scomparsa della figura della vivandiera fu dovuta all'estinzione delle sue funzioni ancillari



Fig. 3.1



Fig. 3.2

di cuoca e lavandaia, assunte in proprio dai soldati, ed alla sua riqualificazione come infermiera, grazie, anche e soprattutto, alla nascita nel 1864, della Croce Rossa³.

Le vivandiere erano presenti anche negli Stati Uniti durante la guerra di secessione (1861-1865) sia nell'esercito dell'unione (nord) che in quello dei confederati (sud).

3.2 Altre forme di assistenza alle truppe

La partecipazione delle donne al risorgimento fu ben più ampia di quanto gli organici dell'esercito piemontese e degli altri eserciti coinvolti possono far desumere.

La principessa lombarda *Cristina Trivulzio* di Belgioioso (1808-1871) costituì nella Repubblica Romana (1848-1849) un'associazione di donne, coordinata da un Comitato centrale di soccorso, con il compito di dare un'assistenza infermieristica ai feriti. Procuratosi i locali e gli arredi, il Comitato organizzò nove ospedali militari (ambulanze) per assistere i soldati, tutti sotto il comando di Direttrici. Venne fatto un bando di arruolamento per costituire un corpo di infermiere e, dopo una selezione molto rigorosa, solo 300 donne vennero arruolate (ascrisse). Si decise di sottoporle ad un vero e proprio corso di istruzione, sia tecnica che etica, ma la situazione precipitò in breve e non si riuscì ad organizzare tale corso, per cui le ascrisse del *Comitato di soccorso ai feriti* operarono per improvvisazione, esperienza, imitazione ed intuizione.

Carolina Santi Bevilacqua, dopo aver assistito i feriti dell'insurrezione di Brescia, contro gli austriaci, organizzò e diresse un ospedale da campo che fu al seguito delle truppe piemontesi durante la prima guerra d'Indipendenza.

Paola Francesca Di Rosa, direttrice di una filanda vicino Brescia organizzò una scuola serale per le sue operaie. Nel 1832 le raccolse in un'associazione che aveva due fini: istruire ed educare le bambine abbandonate e dare assistenza infermieristica. Nel 1848 concorsero all'assistenza infermieristica dei feriti delle *dieci giornate di Brescia*. Nel 1851 diventarono un ordine religioso, le *Ancelle della Carità*, costituito da suore maestre e infermiere. Nel 1854-1855 quaranta Ancelle della Carità prestarono servizio presso il servizio di Sanità Militare del corpo di spedizione piemontese in Crimea. Le Ancelle della Carità hanno assicurato l'assistenza infermieristica negli ospedali militari italiani nella seconda e terza guerra d'indipendenza e nelle due guerre mondiali⁴⁻⁵.

3.3 La guerra di Crimea e la rivoluzione Nightingale

La guerra di Crimea (1853-1856) fu combattuta da una coalizione formata da Gran Bretagna, Francia, Impero Ottomano e Regno di Sardegna contro l'Impero Russo. La guerra fu scatenata per fermare la crescente influenza della Russia nella regione balcanica, nel Mediterraneo orientale e nel Mar Nero. Francia e Gran Bretagna consideravano l'avanzata russa come una minaccia ai propri interessi in quell'area. Nel 1852 il sultano di Costantinopoli negò allo zar *Nicola I* di esercitare il protettorato sui principati di Moldavia e Valacchia; la Russia reagì invadendoli (luglio 1853). La Turchia dichiarò guerra; Francia e Gran Bretagna parteciparono dal marzo 1854.

Nel gennaio 1855 il Regno di Sardegna entrò nella coalizione. Le truppe piemontesi si distinsero nella battaglia della Cernaia, a cui seguì la caduta di Sebastopoli (settembre 1855); subito dopo lo zar *Alessandro II* accettò di trattare la pace (trattato di Parigi, marzo 1856).

L'ospedale militare inglese di Scutari (Üsküdar), sobborgo asiatico di Costantinopoli, versava in condizioni disastrose: stracolmo all'inverosimile di soldati, vittime non solo delle ferite di guerra, ma delle più svariate malattie come tifo, colera e dissenteria, propiziate dal clima torrido, dalla pessima alimentazione e dalle infezioni dilaganti a causa della quasi totale assenza di igiene. «*Era un caravanserraglio della disgrazia*». (Cosmacini, 2011).

Almeno fino al 1854, quando arrivò dalla madre patria una donna, una capo infermiera, che rivoluzionò il modo di gestire un ospedale militare e di curarne i feriti: *Florence Nightingale* (1820-1910).

Già direttrice di un ospedale riservato alle donne dell'alta borghesia e reduce da un'esperienza positiva in Germania dove aveva imparato e perfezionato l'arte del nursing, la *Nightingale* venne a conoscenza dai giornali delle terribili condizioni in cui versavano i feriti di guerra.

3 Diana Nardacchione, Le vivandiere protagoniste del Risorgimento. Mostra con tavole grafiche. Chiesa degli Almadiani, Viterbo. 15-17 novembre 2012. tav 1-24.

4 Diana Nardacchione, op. cit. tav 1-24

5 Gianpaolo Fissore, Crocerossine Tricolori. Focus Storia, 2011; 60: pag 16

In accordo e con l'autorizzazione di *Sidney Herbert*, il *Ministro della Guerra*, (suo amico) *Florence Nightingale*, alla testa di un team di 38 infermiere volontarie, partì alla volta di Scutari per curare i soldati britannici, con l'incarico di Sovrintendente del Corpo infermiere degli ospedali inglesi in Turchia. Era la prima volta che delle donne venivano "ufficialmente" proposte per l'assistenza in ospedali militari.

La situazione che le donne trovarono fu peggiore di quanto immaginassero: l'ospedale era poco più di un'insieme di malconce baracche; previsto per 1.700 malati, ne accoglieva dai 3.000 ai 4.000. L'organizzazione era pessima, scarseggiavano medicinali e altri presidi essenziali, sconcertante era la competenza professionale. I pazienti erano mal curati: il cibo era quasi sempre rancido e chi non era in grado di mangiare da solo moriva di fame; non c'era biancheria pulita né acqua per lavarsi; gli abiti dei soldati brulicavano di insetti, pidocchi e pulci; pavimenti, pareti e soffitti erano sporchi e i ratti si annidavano sotto i letti; non c'erano asciugamani, vasche o sapone, e solo 14 bagni per circa 2.000 soldati. La conta dei morti era la più alta di tutti gli ospedali della regione e la mortalità per tifo, colera e dissenteria era dieci volte maggiore di quella da ferite in battaglia.

Florence organizzò al meglio tutto ciò che competeva al suo lavoro. In diciotto mesi di attività infermieristica, razionalizzando la gestione ospedaliera, riorganizzò l'ospedale in maniera efficiente. Furono comprati: asciugamani, camicie, sapone, posate, tazze, bicchieri e molto altro. Fece arrivare cibo dall'Inghilterra e migliorare l'aerazione degli ambienti, vennero ripulite le cucine, sanificati i reparti e bonificate le fogne.

Solo dopo molto lavoro, vincendo la resistenza e l'inefficiente burocrazia degli ufficiali medici che fino ad allora si erano occupati della cosa, il team coordinato dalla *Nightingale* riuscì nell'intento di trasformare un lazzaretto malsano e caotico, da cui ben pochi soldati uscivano vivi, in un ospedale da campo pulito ed efficiente, all'insegna dell'ordine e dell'igiene, che restituiva ai soldati dignità fisica e morale (**Figg. 3.3, 3.4**).

Il risultato più evidente fu il brusco abbattimento del tasso di mortalità tra i ricoverati che passò dal 47,2% ad appena il 2,2%. Si conquistò, così, il rispetto dei soldati ricoverati, degli ufficiali medici che l'avevano inizialmente osteggiata e la fama in patria. Al suo già massacrante lavoro aggiungeva quello di scrivere lettere per conto dei soldati ai loro familiari. Ha lavorato senza sosta per la cura dei soldati, girando da sola tra i pazienti perfino la notte, dopo che gli ufficiali medici si erano ritirati.



Fig. 3.3

"L'assistenza è un'arte; e se deve essere realizzata come un'arte, richiede una devozione totale ed una dura preparazione, come per qualunque opera di pittore o di scultore; con la differenza che non si ha a che fare con una tela o un gelido marmo ma con il corpo umano il tempio dello spirito di Dio. E' una delle belle arti. Anzi la più bella delle arti belle".

Florence Nightingale



Fig. 3.4

Da qui il soprannome de “*la signora con la lampada*”, derivatole da un articolo del “Times” che lodava la sua attività, il suo coraggio e il suo spirito di sacrificio per il difficile lavoro che era portata a compiere.

Costretta a rimpatriare nel 1856 pochi mesi dopo la fine della guerra, per motivi di salute, invia alla Commissione d’inchiesta sulle condizioni sanitarie dell’esercito un rapporto con cifre, tabelle, rilievi statistici, nel quale afferma che la statistica medica è una scienza di primo piano. Il “rapporto” è l’anticipazione di un’opera più vasta, composta di *notes* (appunti) su questioni concernenti la sanità, l’efficienza e l’amministrazione ospedaliera dell’esercito.

Dimostrò, dati alla mano, che l’ospedale fu il più letale del campo di battaglia; che il cibo scadente e la sporcizia furono tra le cause principali delle cosiddette “febbri tipicamente ospedaliere” che, in aggiunta alle ferite di guerra e al colera, uccisero migliaia di soldati. Il rapporto e le notes di *Florence Nightingale* furono un vero e proprio atto di accusa verso la Sanità Militare dell’epoca e trasformarono la vittoria nella guerra in Crimea in una sconfitta della Sanità Militare britannica.

Lei è stata tra i primi in Europa a cogliere l’importanza della statistica e la prima ad applicarla agli ospedali, militari prima e civili poi, portando il settore della Sanità Pubblica all’attenzione nazionale ed internazionale. Nel 1907, fu la prima donna a ricevere l’Ordine al Merito da Re *Edoardo VII*.

Florence Nightingale, la fondatrice del nursing moderno, ebbe, con la sua esperienza da infermiera militare, la possibilità di elaborare, sviluppare e mettere in pratica le teorie e gli assunti che guidano ancora oggi tutti gli infermieri⁶⁻⁷⁻⁸⁻⁹⁻¹⁰.

3.4 Solferino e l’idea di Dunant

Grazie anche all’ottima prestazione dei soldati piemontesi durante la guerra di Crimea, *Camillo Benso, conte di Cavour* (1810-1861) primo ministro piemontese, ottiene l’appoggio di *Napoleone III* Imperatore dei francesi (1808-1873) e nel 1858 i due stringono un’alleanza in funzione anti-austriaca (Patti di Plombières). È questa la premessa che porterà alla II guerra d’indipendenza e alla cacciata degli austriaci dalla Lombardia. L’alleanza franco-piemontese ha carattere difensivo e quindi è necessario che sia l’Austria ad attaccare. *Cavour* prepara la guerra punzecchiando l’Austria con la formazione di corpi armati di volontari, manovre militari lungo il confine e schermaglie diplomatiche. Il 29 aprile 1859 le truppe austriache invadono il Piemonte. Gli austriaci vengono sconfitti a Montebello, Palestro e Magenta, e si ritirano, ma il 23 giugno occupano la linea San Martino, Solferino, Castel Goffredo. All’alba del 24 avvengono i primi combattimenti fra le avanguardie dei due eserciti: è l’inizio di un’immane battaglia. In serata i franco-piemontesi hanno ragione degli avversari. Gli austriaci vengono definitivamente sconfitti. In questa situazione, molto favorevole dal punto di vista militare, *Napoleone III* interrompe unilateralmente la campagna e propone al nemico l’armistizio (Villafranca, 11 luglio). Con questo accordo l’Impero asburgico cede la Lombardia alla Francia, che l’avrebbe poi girata al Piemonte, mantenendo il Veneto e le fortezze di Mantova e Peschiera¹¹.

Poco prima della guerra era stato istituito in Piemonte un servizio sanitario militare organico per il soccorso e il trattamento immediato dei feriti di guerra¹². Il miglioramento sostanziale rispetto al passato riguarda l’aumento considerevole di personale medico ed infermieristico dedicato. L’esercito piemontese, oltre alle già esistenti *ambulanze divisionali*, istituì anche *ambulanze di battaglione*, composte da: uno o due ufficiali medici, personale infermieristico, portafariti e provviste di uno zaino di sanità per i materiali; e *ambulanze reggimentali*, aventi come materiale una coppia di cofani di sanità ed un certo numero di barelle, trasportate su una carretta da battaglione¹¹. Il “modello ‘56” poteva trasportare dieci uomini, vi era posto per medicinali e materiali di scorta e spazi per la custodia delle armi dei feriti¹³.

L’esito della battaglia è una vera carneficina di soldati franco-piemontesi e austriaci: la sera del 24 giugno, quasi 40.000 uomini, tra morti e feriti, giacciono nelle campagne e nei paesi coinvolti dalla battaglia e, nonostante le innovazioni, il servizio sanitario militare si trovò in grande difficoltà nel prestare soccorso all’alto numero di feriti, principalmente per un numero insufficiente di

6 Elizabeth Fee & Mary E. Garofalo, *Florence Nightingale and the Crimean War*. Am Journal of Public Health: 2010 Settembre; 100(9): 1591.

7 Giorgio Casmacini, *Guerra e medicina dall’antichità a oggi*, Laterza, 2011 pag 143-145.

8 Ann Marriner, *I teorici dell’infermieristica e le loro teorie*. Ambrosiana, 1989, pag. 75.

9 Luciano Sterpellone, *Camici bianchi in camicia rossa*. Medici e medicina del Risorgimento. Redazione, 2011. pag 130-133.

10 Mauser Rosensadt, *Florence Nightingale la signora con la lanterna*. Tratto da <georgianagarden.blogspot.it /2010/12/ florence-nightingale-la-signora-con-la.html>.

11 Massimo Marocchi, *La II guerra d’indipendenza nel Risorgimento Italiano* (a cura di Cargnoni F.) in *Tracce di storia VI*, quaderni guidozzolesi, GVM, 2005. pag 6-7.

12-14 Luciano Sterpellone, *Camici bianchi in camicia rossa*. Medici e medicina del Risorgimento. Redazione, 2011. pag 115-121.

13 Adolfo Paolini, *Ambulanze in Enciclopedia Italiana*. Treccani, 1929.

infermieri¹⁴. Infatti la Compagnia di Infermieri sardo-piemontese disponeva solo di 366 uomini¹⁵, e soffriva di una carenza di mezzi di trasporto per i feriti: giunse ben presto al collasso. Il supporto della popolazione civile nel soccorso dei feriti fu fondamentale, in modo particolare la città di Brescia: qui vennero accolti e soccorsi circa 30.000 feriti.

Gli abitanti della zona si improvvisano infermieri, soccorrendo i feriti senza fare distinzioni di nazionalità; chi poteva mise a disposizione carretti e carrozze, nei centri della zona vengono approntati una trentina di piccoli punti di soccorso; chiese, abitazioni signorili e tantissime case private accolsero i feriti. L'assistenza offerta dalla popolazione risultò di inestimabile valore per le più confortevoli condizioni ambientali, una più accurata assistenza e perché consentì di sottrarre molti feriti al pericolo delle infezioni nosocomiali¹⁶.

È proprio questa situazione a colpire la sensibilità dello svizzero *Jean Henry Dunant* (1828-1910), uomo d'affari che si trova quel giorno a Solferino per incontrare *Napoleone III*: egli stesso si prodiga nel soccorso e lo spettacolo raccapricciante, le condizioni disumane di tanti feriti, la mancanza e l'inefficienza delle cure scuotono nel profondo la sua coscienza e tre anni dopo pubblica¹⁷. *Un souvenir de Solferino dove scrive: «le donne, infermiere improvvisate, vanno dall'uno all'altro con orci e bidoni pieni di un'acqua limpida che serve a placare la sete e a umettare le piaghe; [...] i loro begli occhi sono pieni di lacrime e compassione»*¹⁸.

Egli capisce che in quei luoghi si è avuto un soccorso occasionale e improvvisato da persone compassionevoli, quando invece era necessaria l'opera di personale esperto e capace, organizzato in anticipo e in numero sufficiente per agire tempestivamente e con ordine. Lo scopo del libro è scuotere le coscienze dei governanti europei sulla questione, focalizzando il concetto che la maggior parte dei morti sui campi di battaglia si ha unicamente per mancanza di strutture sanitarie valide e capaci di fornire cure immediate ai combattenti feriti¹⁹.

Dunant manifesta l'idea di creare, già in tempo di pace, un organismo internazionale di assistenza, composto da volontari, che possa intervenire durante e subito dopo le guerre in aiuto dei colpiti, senza distinzione alcuna di nazionalità o di schieramento. Chiede quindi che si convochi un Congresso internazionale in cui gli stati sottoscrivano i principi di un'assistenza transnazionale dei feriti di guerra.

Nel 1863 a Ginevra *Dunant*, insieme ad altri quattro cittadini svizzeri, il giurista *Moynier*, il generale *Dufour* e i due medici *Appia* e *Maunoir*, fonda il "Comitato ginevrino di soccorso dei militari feriti". Il Comitato porta avanti le idee proposte da *Dunant* ed il 26 ottobre 1863 viene organizzata, sempre a Ginevra, una Conferenza Internazionale alla quale partecipano i rappresentanti di 14 Paesi che, il 29 ottobre, firmano la "prima carta fondamentale" che definisce le funzioni ed i mezzi dei Comitati e delle future società di soccorso, tra cui la creazione di un corpo di *infermieri volontari*.

Questo è l'atto di nascita della Croce Rossa Internazionale. Il riconoscimento ufficiale dell'attività di questi Comitati di soccorso deve avvenire mediante un trattato internazionale²⁰.

L'8 agosto 1864 si dà il via ad una Conferenza diplomatica che si conclude, il 22 agosto, con l'adozione della prima "Convenzione di Ginevra per il miglioramento della sorte dei feriti in campagna".

Il documento, composto da dieci articoli, detta norme atte, per quanto possibile, a rendere meno crudele la guerra e riconosce la dignità della persona umana e la neutralità del ferito di guerra. Garantisce neutralità e protezione alle ambulanze e agli ospedali militari, al personale delle équipes sanitarie, militari e non, e al materiale utilizzato.

La protezione viene estesa anche ai civili che si adoperano per i soccorsi ai feriti. La *croce rossa su sfondo bianco* viene adottata quale simbolo di protezione e neutralità riconosciuto a livello internazionale. L'emblema fu scelto invertendo i colori della bandiera svizzera. Viene inoltre stabilita la regola che: "i militari feriti o malati saranno raccolti e curati, a qualunque nazione appartengano"²¹⁻²².

15 Camillo Borzacchiello, op. cit. pag 31.

16-17 Luciano Sterpellone, *Camici bianchi in camicia rossa. Medici e medicina del Risorgimento*. Redazione, 2011. pag 115-121.

18 Jean Henry Dunant, *Un souvenir de Solferino*, ed. it. a cura di Cipolla C e Vanni P., Franco Angeli 2009.

19-21 Luciano Sterpellone, op. cit. pag 122-125, 134.

20 Giorgio Cosmacini, op. cit. pag 148-149.

22 AA.VV, *Le origini* tratto da <www.cri.it>.

3.5 Infermiere militare durante la Guerra civile americana

Negli stessi anni in cui in Europa si costituiva la Croce Rossa Internazionale negli Stati Uniti d'America infuriava la guerra di secessione, (1861-1865). La Sanità Militare dell'Esercito dell'Unione, se all'inizio non è molto efficiente, in corso d'opera si sviluppa moltissimo e diventa sicuramente molto più avanzata di quella europea.

Questo avviene grazie all'arruolamento massiccio di infermiere volontarie, la maggior parte arruolate da *Dorothea Dix* (1802-1887), nominata sovrintendente delle infermiere dell'esercito dell'Unione nel giugno 1861. La *Dix* impose delle regole ferree per la selezione: età dai 35 ai 50 anni, buona salute, alti valori morali, non attraenti e vestite in modo sobrio per non distrarre pazienti e medici.

Con questo sistema ella arruolò circa 3000 infermiere; altre 600 le fornirono gli ordini religiosi. Nel 1863 l'armata del Potomac dispone di un corpo sanitario che conta 650 medici e 3.000 tra infermieri e portafertiti. I servizi sanitari militari sono adeguati a contenere in limiti un po' meno disumani le conseguenze di questa guerra civile.

È rilevante notare che, queste infermiere applicavano il principio di neutralità soccorrendo anche i feriti tra i soldati confederati (esercito del sud). Un'infermiera famosa che servì durante la guerra di secessione fu *Louisa May Alcott* (1832-1888) che di lì a pochi anni avrebbe scritto il romanzo *Piccole Donne*. Ella prestò servizio come infermiera volontaria presso lo *Union Hospital di Georgetown* per sei settimane (1862-1863), periodo descritto nel libro "*Racconti dall'Ospedale*" e durante il quale la *Alcott* contrasse la febbre tifoide. Un'altra infermiera di guerra degna di nota fu *Clara Barton*, ricordata come l'angelo del campo di battaglia che nel 1881 fondò la Croce Rossa Americana²³⁻²⁴.

3.6 Terza Guerra d'Indipendenza e Guerra Franco-Prussiana

Nel 1866 (giugno-agosto) si combattè la terza guerra d'indipendenza italiana che, in realtà, fu l'appendice meridionale della guerra austro-prussiana. Il 20 giugno 1866 l'Italia dichiarò guerra all'Austria, con l'intenzione di completare l'indipendenza nazionale. Nonostante due pesanti sconfitte a Custoza e a Lissa, avendo la Prussia vinto sull'Austria, all'Italia viene concesso di annettere il Veneto, ma non il Trentino né Trieste. In questo frangente, la Sanità Militare appare più organizzata, rispondendo in modo migliore ai bisogni dei feriti in battaglia. Il corpo sanitario si era ampliato, così come il numero di ambulanze, furono allestiti circa 60 ospedali oltre a quelli delle divisioni, un servizio sanitario ad hoc fu istituito per i volontari di *Garibaldi* che combatterono in Trentino²⁵.

Partecipano anche quattro squadre di volontari della *Società Italiana di Croce Rossa*, espressione del primo Comitato italiano formatosi a Milano il 15 giugno 1864. Le *Squadriglie* e le "*Squadre permanenti di Ambulanza*" erano composte da medici, chirurghi e infermieri da impiegare in appoggio alle ambulanze militari o per il servizio negli ospedali da campo, ed erano attrezzate con materiale che potesse tornar utile, o direttamente a loro o per essere inviato, su richiesta, alla Sanità Militare.

Le loro attività erano stabilite dal Ministero della guerra. Erano così composte: 3 Ufficiali medici (tra cui il capo squadriglia); un economo-contabile; un Infermiere capo che doveva assolutamente saper leggere, scrivere e far di conto. Era tenuto ad un contegno rigoroso e al tempo stesso affabile, a lui era affidata la responsabilità degli infermieri e la loro sorveglianza; faceva rapporto giornaliero all'Ufficiale capo; dirigeva otto infermieri che possibilmente dovevano: essere "*nubili*", saper scrivere e leggere e far di conto. Tutto il personale allorché mobilitato, durante la permanenza al campo, doveva assoggettarsi agli ordini e alla disciplina militare come il personale sanitario stesso propriamente detto e dovevano esser pronti a subire le conseguenze degli eventi di guerra. Il Comitato forniva divisa e corredo di campagna.

Le Squadriglie avevano come equipaggiamento: uno zaino di legno, ricoperto di pelle, destinato a contenere quanto indispensabile per un primo soccorso sul campo, lo zaino pesava 13 Kg; una cesta di vimini, adibita a contenere all'incirca le stesse cose, per il peso di 10 Kg; un "grembiale portafertiti" modello Lada modificato (per agevolarne l'uso all'infermiere che camminava davanti): si trattava di un grembiale a corsetto, aperto sul dietro, lungo 1,25 metri, imbottito e allacciato con fettucce.

23 AA.VV, Woman in the civil war. Tratto da <www.history.com/topics/women-in-the-civil-war>.

24 Giorgio Cosmacini, op. cit. pag 152-153.

25 Giorgio Cosmacini, op. cit. pag 149.

26 Andrea Casati, Ambulanze sul campo di battaglia. Tratto da <www.amcfmonza.it/lab/ambulanza_ippotrainata.htm>.

27 Giorgio Ceci, 15 giugno 1864 - Nascita del primo Comitato della Croce Rossa in Italia e suo intervento nella 3a Guerra d'Indipendenza. *Giornale di Medicina Militare* 2011; 161(3): 227-234.

La dotazione inoltre comprendeva un sacco di tela forte da portare ad armacollo, in cui era riposto il telo portafertiti e un telo di riserva. La squadra disponeva dell'armamentario per due barelle e poteva costruire una tenda da campo che era in grado d'ospitare comodamente cinque persone. Le squadre che seguirono le Ambulanze militari e i volontari soccorsero sia i combattenti del Trentino. La guerra franco-prussiana del 1870, con la vittoria della Prussia, porta alla proclamazione dell'Impero Tedesco con a capo il Kaiser Guglielmo I e all'abdicazione di *Napoleone III* con la proclamazione della Repubblica in Francia.

La Sanità Militare prussiana era molto ben organizzata, l'igiene era soddisfacente ed il personale ben preparato, con una gerarchia piramidale che aveva alla base infermieri e portafertiti.

Costoro avevano il compito di portare con sollecitudine i feriti ai posti di primo intervento dove venivano poi smistati, tuttavia erano autorizzati ed attrezzati, in caso di estrema necessità, a prestare le opere di primo soccorso: tamponare un'emorragia, fasciare una ferita e stabilizzare una frattura²⁸.

L'Italia era presente sul campo come paese neutrale insieme a Svezia, Norvegia, Spagna e Svizzera, con squadre e personale della Croce Rossa, facendo così da tramite ai soccorsi destinati ai feriti delle armate coinvolte²⁹.

3.7 L'infermiere militare dagli Stati preunitari ad oggi

Nel frattempo era sorta l'esigenza di prestare cura agli eserciti ducali, delle varie Signorie presenti in Italia e sempre impegnati in qualche guerra e uno dei primi signori a organizzare dei luoghi di ricovero speciali per militari fu *Amedeo I* di Savoia 1644. La cura dei malati sino a quel momento era stata affidata a medici occasionali, ma più spesso erano i barbieri "chirurghi" al seguito a provvedere allo scopo!. L'epoca Albertina 1831-1849 portò in Italia ad incisive ristrutturazioni delle Forze Armate e dei servizi sanitari militari, in particolare nei due stati più importanti: il regno di Sardegna e delle Due Sicilie. E' da annotare però che in tutte le armate europee il sostegno sanitario conservava una forte connotazione di supporto secondario, sovente poco approvvigionato e scarso numericamente: non a caso le funzioni direttive non spettavano ai medici, ma ad ufficiali combattenti, mentre le figure infermieristiche, ben poco specializzate, erano tratte dagli invalidi e dai veterinari più attempati.

Infatti le guerre d'indipendenza portarono ad avere un numero di feriti troppo esasperati per fragili organici sanitari ed ancora più per la scarsissima disponibilità di un servizio infermieristico: in tutte le numerose rappresentazioni di battaglie risorgimentali i feriti, più o meno illustri, vengono nella raffigurazione trasportati su improvvisate barelle da militari dei più disparati corpi e mai da infermieri o specifici portafertiti. E neanche la ristrutturazione Albertina 1831-1833 e la profusione d'impegno dei medici e chirurghi militari riuscì durante la prima guerra d'indipendenza a fornire un efficace soccorso sanitario.

Ancora una volta fu l'estero a fornirci l'esempio: l'Armata austriaca, emulando i prussiani, aveva istituito le Sanitäts Compagnien, che permettevano la messa in linea di efficaci formazioni sanitarie campali, infatti con circolare 1045 il 18 Gennaio 1849 il nuovo Regolamento di servizio sanitario per l'Armata di campagna prevede l'Istituzione del Corpo degli Infermieri Militari. La messa in pratica fu tutt'altra cosa, visto che il Generale *Chzarnowskj*, subito dopo la brumal Novara, il chirurgo in capo *Jarrin* riportava al Ministro che i pur valorosi chirurghi militari, medicavano come potevano dato il difetto materiale, di strumenti, di luce: in tutto una candela che spesso doveva essere tenuta alta dal ferito in mancanza di infermieri.

Essenzialmente, sebbene non fossero mancati sforzi individuali e tentativi di riorganizzazione del servizio di Sanità, le cose non migliorarono sui campi di battaglia dell'Alta Italia: in particolare il Dottor *Giovanni Antonio Comisetti* medico capo in Crimea cercò di migliorare la preparazione professionale degli infermieri, ma il numero di essi era troppo insufficiente (la Compagnia di Infermieri disponeva di soli 366 uomini ed era comandata da ben 21 Ufficiali per giunta inquadrata nel Battaglione di Amministrazione). Ed infatti, nonostante l'opera strenuante promozionale del Capo del Corpo di Sanità, il grande *Alessandro Riberi* (1798-1861) la guerra del 1859 fu talmente funesta dal punto di vista degli insufficienti soccorsi sanitari sardi, francesi ed austriaci, che il ginevrino *Jean Henry Dunant* (1828-1910) ne tracciò un desolante Souvenir da Solferino, che portò poi alla necessaria istituzione della Croce Rossa nel 1864.

"Quello che ho visto sono, gli orrori di Solferino a Castiglione delle Stiviere

la cittadinanza presso la quale inizio la grande battaglia del 24 Giugno.

La sono stato preso dalla compassione, da orrore, da pietà e in quel posto sono stato

²⁸ Giorgio Cosmacini, op. cit. pag 149.

²⁹ Giorgio Ceci, op. cit. pag 234.

*il Samaritano di Solferino, come si è voluto chiamarmi...
ho visto le orribili conseguenze della battaglia.....
il ricordo che mi perseguitava era lo stato doloroso delle migliaia di feriti che avevo visto...”
Il corpo delle palle cilindriche fa scoppiare le ossa in tutti i sensi in modo che la ferita
risultante sia oltremodo pericolosa....
si moriva di fame e di sete....
GLI INFERMIERI MANCAVANO’.*

Né negli altri stati preunitari d'Italia le cose andavano meglio: nel Regno delle Due Sicilie gli infermieri militari erano pochi e non sempre all'altezza dei loro compiti, mentre lo Stato Pontificio, unico staterello preunitario sopravvissuto per meno di un decennio all'unità d'Italia, ebbe un corpo organico di Infermieri Militari dopo la perdita delle provincie settentrionali (1859-1860). Nel contesto del Battaglione Sedentari la 6^a Compagnia era la compagnia infermieri di 126 uomini, inquadrata da 3 ufficiali di armi combattenti (capitano *Antonio Ruffini*, tenente *Giovanbattista Pool* e sottotenente *Francesco Capecci*) essi prestavano servizio presso l'Ospedale Militare di San Carlo in Santo Spirito in Roma per l'ordine ed il minuto mantenimento essendo deputate le Suore della Carità all'assistenza dei degenti. La presenza degli infermieri la troviamo anche all'interno dell'Ordine di Malta, infatti nel 1859 fu inaugurata l'apertura di un ospedale tra diverse difficoltà e che durante la guerra civile che portò all'annessione del regno delle Due Sicilie a quello Piemontese, coerentemente con le tradizioni ospedaliere dell'ordine, vi furono ricoverati sia soldati borbonici che volontari garibaldini. Occorse comunque soltanto la riforma (1873) del grande ministro della Guerra *Cesare Ricotti Magnani* (1822-1917) perché la Sanità Militare potesse disporre organicamente ed operativamente dei suoi uomini. Da allora gli infermieri militari, inquadrati nelle Forze Armate come Sottufficiali (Ruolo Marescialli) hanno seguito le vicende in ogni scenario della Storia d'Italia.



CAPITOLO 4

LE GUERRE MONDIALI

4.1 Contesto storico della 1ª Guerra Mondiale

La prima guerra mondiale (1914-1918) si differenzia da qualunque conflitto precedente: per la prima volta furono coinvolte in un conflitto europeo potenze come il Giappone e gli Stati Uniti; fu utilizzato uno spiegamento di forze senza precedenti e furono impiegati mezzi come aerei, carri armati, sottomarini e armi chimiche. Fu innescata dalle tendenze imperialistiche e dalle pressioni nazionalistiche in zone chiave come i Balcani, l'Alsazia-Lorena, il Trentino e la Venezia-Giulia. Coinvolse 28 paesi e vide contrapposte le forze dell'Intesa - Francia, Regno Unito, Russia, Italia e i loro alleati - agli Imperi centrali - Austria-Ungheria, Germania, Impero Ottomano e i loro alleati. Si combatté in Europa, nell'impero ottomano, nelle colonie tedesche e su tutti i mari. Il *casus belli* fu l'uccisione a Sarajevo dell'erede al trono austriaco *Francesco Ferdinando* da parte di un nazionalista serbo. Da lì a poco l'Austria dichiarò guerra alla Serbia e subito dopo scattarono i vari sistemi di alleanze che trascinarono nel baratro della guerra l'intera Europa e buona parte del mondo.

L'Italia scese in guerra il 23 maggio 1915 al fianco dell'Intesa per ottenere, in caso di vittoria, le terre irredente di Trentino, Alto Adige, Trieste ed Istria. La guerra che seguì non fu una tradizionale guerra di movimento, ma una guerra di posizione e logoramento, e la diffusione di trincee, gas asfissianti e armi automatiche costò in vite umane un prezzo altissimo, quanto mai in passato, quantificabile in otto milioni di morti e oltre venti milioni di feriti. La guerra si concluse con la vittoria dell'Intesa e furono favoriti principalmente gli interessi di Regno Unito e Francia; l'Italia pur ottenendo Trentino, Alto Adige, Trieste e Istria non fu accontentata come previsto e si parlò di vittoria mutilata; la Germania fu molto penalizzata e nacquero nuove nazioni come l'Ungheria, la Cecoslovacchia e la Jugoslavia¹⁻².

4.2 Il personale sanitario impiegato

La Prima Guerra Mondiale è stata una guerra di trincea, una guerra d'alta quota, una guerra uomo contro uomo, uomo contro natura. Il sistema sanitario militare italiano, che in 41 mesi di guerra dovette gestire il trasporto, la cura e il ricovero di oltre due milioni e mezzo di feriti ed ammalati, era gestito dai soldati del Corpo della Sanità Militare e dall'apparato volontario della Croce Rossa Italiana, coadiuvato dal personale infermieristico volontario facente parte di vari comitati assistenziali quali Cavalieri di Malta, Cavalieri dell'Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro, Gesuiti.

Il contributo del personale appartenente alle associazioni di soccorso volontario appena citate fu fondamentale, in quanto sopperirono alle carenze di personale sanitario militare; fino al 1916 furono impiegati solo in seconda linea, ma dal 1916 in poi gli fu permesso di operare anche in prima linea.

Importante fu anche l'aiuto dato dagli alleati: nel 1918 operavano sul fronte italiano centinaia di militari di sanità britannici e statunitensi, come ambulanziere, barellieri ed infermieri. Con l'entrata in guerra, la Croce Rossa Italiana militarizzò immediatamente il suo personale, cioè 9.500 infermieri e 1.200 medici, e 209 tra ospedali territoriali, ospedali attendati, autoambulanze, treni ospedale, navi ospedale ed altri apparati logistici.

Le 4.000 *infermiere volontarie* (il Corpo delle infermiere volontarie era nato nel 1908 e si era già distinto sul campo per il terremoto di Messina del 1908 e la guerra di Libia del 1911-12) del 1915 arrivarono a 6.000 l'anno successivo e a fine conflitto se ne contarono 10.000. La loro struttura ed organizzazione furono caratterizzate da una ferrea disciplina, in quanto donne erano più controllate e censurate degli uomini, e da una altrettanto rigida autodisciplina per essere ammesse tra i combattenti. Esse agirono al fronte nelle immediate retrovie, sui treni e sulle navi ospedale, sulle ambulanze fluviali e negli ospedali. Con la loro presenza, abnegazione e istinto materno, riuscirono ad umanizzare il volto crudele della guerra.

La regina *Elena*, nell'aprile del 1915, affidò l'incarico di Ispettrice nazionale del Corpo delle infermiere volontarie alla Duchessa *Elena d'Aosta*, moglie di *Emanuele Filiberto*, Duca d'Aosta, comandante della III Armata. La duchessa, che aveva già prestato servizio nella guerra libica, non trovò nell'organizzazione della Croce Rossa la professionale efficienza necessaria ad affrontare la dura realtà della guerra; quindi, essendo una formidabile organizzatrice, intraprese un'azione di profonda ristrutturazione a tappeto fra gli ospedali gestiti dall'associazione che portò sia il personale che le strutture ad un levato grado di efficienza.

1 AA.VV., Prima guerra mondiale in Enciclopedia Italiana. Treccani, 2005.

2 AA.VV. La prima guerra mondiale. Tratto da <www.primaguerramondiale.it>.

In genere le infermiere della Croce Rossa appartenevano alle classi sociali più elevate, a loro fu fatto divieto di occuparsi degli ufficiali del loro stesso ceto e quindi alle volontarie venivano affidati i soldati semplici di estrazione popolare e, per dotarle di autorità e difesa in un mondo tipicamente maschile, vennero dati loro i gradi da ufficiale.

I *militi portafiniti* avevano il compito di recarsi in prima linea e prestare il primo soccorso e il trasporto nel più breve tempo possibile nei luoghi di cura. Essi erano scelti tra le compagnie e dovevano saper leggere e scrivere, in seguito venivano fornite loro le nozioni sanitarie di base. I portafiniti continuavano ad indossare fregi e distintivi di arma o di corpo di appartenenza, ma dovevano comunque utilizzare il bracciale internazionale di neutralità.

Gli *infermieri militari* all'interno della struttura sanitaria avevano il compito di: assegnare il posto ai feriti, spogliarli, disinfettarli, medicarli, somministrare alimenti, ecc.

Gli *aiutanti di sanità* avevano il grado di sottufficiali e possedevano le nozioni dei portafiniti e degli infermieri; inoltre dovevano coordinare il servizio di guardia, il registro dei medicinali, degli alimenti e della diagnostica³⁻⁴⁻⁵⁻⁶⁻⁷⁻⁸.

Da ricordare nel *melting pot* degli appartenenti alla Sanità Militare durante la prima guerra mondiale due figure di uomini che saliranno agli altari della Santità. Don *Angelo Roncalli* da Sotto il Monte (BG), il quale mise i galloni da Sergente Infermiere, poi per una nuova legge, sarà Tenente Cappellano. E *Francesco Forgione* da Pietralcina (BN) che farà bene il suo dovere in ospedale anche se per soli 100 giorni, sarà riformato, ma meglio farà in seguito e sarà Santo.

4.3 La Sanità Militare sul Campo di battaglia

In una guerra di posizione le truppe cercavano ripari naturali nel terreno o ne costruivano di artificiali (trincee), avanzavano a sbalzi, marciando carponi. Questo sistema veniva adottato anche dai portafiniti, i quali per lo più compivano le loro sortite nelle ore notturne o durante i periodi di cessazione del fuoco, mentre i feriti, ancora in grado di trascinarsi per un certo tratto, raggiungevano un posto più riparato.

Normalmente la Sanità Militare al fronte aveva tre organi esecutivi di prima linea: il posto di medicazione, la sezione di sanità e l'ospedale da campo.

Subito dietro le prime linee si trovavano delle infermerie campali, i Posti di Medicazione, al riparo per quanto possibile da fuoco nemico. I posti di medicazione con i loro ufficiali medici, gli infermieri, gli aiutanti di sanità e i portafiniti, si impiantarono e funzionarono nelle stesse trincee, nei rifugi alpini, nelle gallerie ferroviarie, in baracche o in caverne. In questi luoghi, tutti a breve distanza dai combattenti, era fatto obbligo issare la bandiera di neutralità (croce rossa su fondo bianco), ed il personale preposto aveva delle funzioni ben precise: raccogliere dal campo di battaglia i feriti che si trovavano nella loro sfera d'azione; ristorarli e prestare loro le prime cure (medicazioni semplici, fratture da immobilizzare); inviarli il prima possibile alle rispettive sezioni di sanità o all'ospedale da campo predeterminato con ogni mezzo disponibile: con le proprie gambe (per chi poteva), a dorso di mulo, in spalla o in autoambulanza. I feriti leggeri, se considerati ancora "abili", dopo essere stati medicati, venivano rimandati nei ranghi, al fronte, scortati dai Carabinieri (**Fig. 4.1**).



Fig. 4.1

Ai feriti sgombrati veniva applicato un primitivo cartellino di triage, chiamato "tabellina diagnostica", contenente i dati, la diagnosi e le cure prestate. Vi erano poi delle piccole infermerie avanzate, le quali erano formazioni sanitarie intermedie fra i posti di medicazione reggimentali e le sezioni di sanità, e furono impiantate soprattutto durante l'inverno e in alta montagna, quando le vie di sgombero erano impraticabili a causa della neve, della nebbia o delle tempeste. Queste infermerie, con una capacità variabile dai 15 ai 50 letti, erano destinate ad accogliere: i feriti e i malati leggeri; i feriti e i malati gravi non trasportabili; i feriti e i malati bisognosi di un soccorso d'urgenza, dei quali, però, si poteva prevedere la guarigione entro pochi giorni.

La sezione di sanità era l'unità mobile per eccellenza, comandata da un capitano medico che operava a livello di reggimento. La nostra sezione di sanità, corrispondente all'ambulance francese, alla sanitatskompagnie tedesca e alla divisionssanitatsanstalt dell'esercito austro-ungarico, fu senza dubbio l'unità sanitaria di maggiore importanza, tali e tanti si rivelarono i servizi resi alla truppe combattenti durante il conflitto. La sezione aveva il vantaggio di poter essere scissa in due Reparti di Sanità indipendenti, che operavano a livello di Battaglione, composti da un tenente medico e altri due ufficiali medici, da un cappellano militare e da circa trenta soldati di sanità con funzione di infermieri, portafiniti e barellieri, divisi in squadre di dieci elementi (comandate da Sergenti o Caporali aiutanti di Sanità), ripartite tra le varie compagnie. Il compito della sezione era quello di sgomberare i feriti, i malati e i "gassati" raccolti dai posti di medicazione che, dopo il trattamento e le cure del caso, venivano smistati: quelli non in pericolo di vita nelle retrovie nei vari ospedali; i più gravi ed urgenti, in pericolo di vita, venivano trattati e trattenuti sul posto.

Le compagnie di Alpini, Mitraglieri e Bersaglieri ciclisti, che avevano una mobilità differente ed operavano in territori impervi, avevano al seguito delle sezioni sanitarie apposite. Ogni reparto di sanità era fornito di quattro barelle, alcuni cofani e borse di sanità con garze, bende, lacci emostatici, siringhe, disinfettanti, morfina e poco altro.

Vi erano anche Reparti di Sanità Someggiati, forniti di cavalli o muli utilizzati per lo sgombero dei feriti dalla prime linee in alta montagna, irraggiungibili dai veicoli a trazione meccanica. Tali reparti fungevano da anello di congiunzione fra i posti di medicazione e la sezione di sanità a fondovalle (**Fig. 4.2**).

L'ospedale da campo (chiamato anche ospedaletto) era la formazione sanitaria di corpo d'armata dove i feriti ricevevano cure più approfondite rispetto alle sezioni di sanità, in quanto dotati dei mezzi per poter effettuare ogni tipo di intervento chirurgico, di tutti i presidi medici e dei medicinali. Gli ospedali da campo durante la guerra furono 443, inizialmente avevano tutti la comune caratteristica di ricoverare, curare e sgombrare i feriti e i malati provenienti dalle sezioni di sanità e dai posti di medicazione senza alcuna distinzione di lesione o di malattia. Successivamente, con il proseguire della guerra, si differenziarono l'uno dall'altro, equipaggiandosi con materiali adeguati e personale medico ed infermieristico addestrato secondo la specializzazione indicata dagli organi direttivi della Sanità Militare. Vi furono così interi ospedali da campo (o reparti specializzati all'interno) per le lesioni oculari, dell'orecchio, del volto; per malattie veneree; per la chirurgia cranica, toracica e addominale; per psicopatici, per malarici. Quelli non specializzati si dedicavano per lo più ai feriti generici e alla chirurgia ordinaria. Vi furono ospedali da campo da 200, 100 e 50 letti. I due più capienti erano carreggiabili, quello da 50 posti era anche someggiabile. Di solito come organico standard vi erano sette ufficiali medici e quarantotto portafiniti, intervenivano sui casi più gravi, che non era possibile evacuare negli ospedali arretrati, e sui gassati; i sospetti affetti da malattie infettive venivano trattenuti. L'ospedale da campo veniva ubicato a circa 20 km dal fronte e a circa 15 km dalle sezioni di sanità, sempre nelle vicinanze di strade importanti e fonti d'acqua. Gli sgomberi avvenivano tramite autoambulanze, per i brevi tragitti verso gli ospedali d'armata (da 2250 posti) e altri ospedali militari e civili arretrati, quasi sempre per via ferroviaria per le lunghe distanze.



Fig. 4.2

4.4 Metodi e mezzi utilizzati per l'evacuazione dei feriti

I feriti, presso le sezioni di sanità e negli ospedali da campo si classificavano così:

- *Gravissimi morenti*;
- *Gravissimi intrasportabili*;
- *Gravissimi trasportabili* (ferite al cranio, alla colonna vertebrale, all'addome), già reduci da un primo sommario intervento chirurgico: erano destinati ad altri interventi d'urgenza;
- *Gravi trasportabili candidati ad urgente ed immediato intervento chirurgico*: necessitavano di altri interventi ed erano destinati ad ospedali arretrati;
- *Gravi trasportabili a distanza breve*: destinati agli ospedaletti da campo più vicini, venivano trasportati tramite carri o autoambulanze verso gli ospedali di corpo d'armata;
- *Gravi trasportabili a lunga distanza*: feriti in condizioni stabili ma non in grado di camminare, venivano caricati su autocarri diretti agli ospedali d'armata nelle retrovie;
- *Leggeri*: feriti che potevano deambulare autonomamente ed erano sgomberati di solito negli ospedali territoriali;
- *Leggerissimi*: era sufficiente il cambio delle medicazioni ed avevano lesioni di lieve entità, spesso venivano rimandati al fronte.

Naturalmente questo era la teoria sulla carta che, durante i periodi delle battaglie più tragiche, non poté essere applicato, quando negli ospedaletti da 50 o 100 posti letto venivano riversati migliaia di feriti: il tutto a discapito dell'assistenza medica e infermieristica e delle condizioni igienico-sanitarie, che erano pessime, il che portava tra i ricoverati un tasso di mortalità altissimo.

L'uniforme adottata dai soldati di sanità infermieri e portaf feriti era il modello 1909, fregio a stella sul berretto, mostrine amaranto ad una fiamma sul bavero con stellette, su fondo bianco, bracciale a fascia con la croce rossa. Alcuni elmetti in dotazione furono dipinti di bianco e fu inserita una croce rossa nella parte frontale.

Per non gravare eccessivamente le strutture ospedaliere delle zone di guerra vicino ai fronti, i feriti vennero anche ricoverati e/o evacuati in *Treni Ospedale, Navi Ospedale e Ambulanze Fluviali*.

I Treni Ospedale (ve ne furono 59) caricavano i feriti nelle stazioni avanzate del fronte e poi tornavano indietro, fermandosi nei binari morti della grandi stazioni. Ve ne furono di due tipi: i treni ospedale dell'Esercito venivano utilizzati per viaggi brevi da 6-8 ore a un giorno al

massimo, con equipaggio sanitario composto da un capitano medico e altri tre ufficiali medici, due sottufficiali, quaranta militari di truppa infermieri o aiutanti di sanità e quattro attendenti ed avevano una capacità di sgombero di 280 feriti per convoglio; i treni ospedale della Croce Rossa e del Sovrano Militare Ordine di Malta venivano invece utilizzati per i viaggi lunghi che duravano anche più giorni e sgomberavano i feriti negli ospedali militari o civili più lontani dal fronte, potevano trasportare fino a 200 feriti per convoglio (**Fig. 4.3**).



Fig. 4.3

Come *Navi Ospedale* furono utilizzate navi mercantili, in genere le navi passeggeri transatlantiche, requisite alle compagnie di navigazione. Furono dotate di sale operatorie, gabinetti chimici e radiologici e, dopo la guerra, sarebbero state riconsegnate ai legittimi proprietari. Negli accordi fu stabilito che queste navi, di cui dovevano essere noti i nominativi, potevano essere fermate dalle marine nemiche per controlli, e le rotte dovevano essere note. Le navi gestite dalla C.R.I. dovevano avere come segni di riconoscimento prestabiliti verniciatura di colore bianco e una striscia verde per tutta la lunghezza dello scafo (**Fig. 4.4**).



Fig. 4.4

Moltissimi feriti furono evacuati su chiatte galleggianti utilizzate come *Ambulanze Fluviali*, la più utilizzata fu quella che percorreva un canale fluviale interno chiamato "litoranea veneta" che collegava Grado a Mestre (**Fig. 4.5**).

Furono molto importanti anche le autoambulanze: inizialmente normali autocarri riconvertiti e attrezzati con lettighe e casse con il materiale sanitario, poi furono utilizzati dei modelli Fiat 15 Ter, appositamente attrezzati. Nel 1918 arrivarono ad essere 954³⁻⁴⁻⁵⁻⁶⁻⁷⁻⁸.



Fig. 4.5

4.5 Altre guerre tra i due conflitti mondiali

La nascita di regimi autoritari e dittatoriali, con vocazione espansionistica ed aggressiva, come il Fascismo in Italia e il Nazismo in Germania, vanificarono le speranze di un lungo periodo pace, che si erano riposte con la fine della prima guerra mondiale. Nel 1932 fu approvato il Regolamento sul Servizio Sanitario Territoriale Militare, che stabiliva organici e posizioni del personale: Ufficiali medici, chimici-farmacisti, d'amministrazione, cappellani militari, impiegati d'ordine; sottufficiali nella posizione di servizio sedentario, massaggiatori, infermieri, altre professioni sanitarie; militari di truppa, scritturali, infermieri, portafariti, disinfettori; religiose infermiere assunte con apposite convenzioni. Furono riorganizzati anche gli ospedali militari e vennero integrati nel sistema quelli gestiti dalla Regia Marina. L'Italia rivendicando "un posto al sole" tra le potenze mondiali, quindi nel 1935 aggredì l'Etiopia. La Sanità Militare nella guerra d'Etiopia (1935-36) fu organizzata su 135 ospedali di base e da campo, e su 55 ospedaletti itineranti sommessi. Nelle retrovie si trovavano 11 reparti chirurgici e oltre 200 ambulanze. I servizi di sgombero vennero assicurati

3 Domenico De Napoli, *La Sanità militare in Italia durante la 1a Guerra Mondiale*, Apes, Roma 1989.

4 Guido Liuzzi, *I servizi logistici nella guerra*, Corbaccio, Milano 1934.

5 Ferruccio Botti, *La logistica dell'esercito italiano (1831-1981)*, Ufficio Storico SME, Roma, 1991.

6 Carmelo Manganaro, *Il servizio sanitario militare in guerra*, Società editrice Libreria, Milano, 1938.

7 Massimiliano Galasso, *La sanità militare italiana durante la grande guerra*. Tratto da www.cimeetrincee.it.

8 Alberto Giammanco, *Documenti da archivio privato*, (in corso di pubblicazione).

anche da unità cammellate portaferiti. Da Asmara a Massaua era in funzione una "littorina sanitaria" e tra Massaua e i porti italiani facevano la spola 8 navi ospedale. Una più razionale organizzazione igienica e profilattica e studi sulle malattie tropicali scongiurano il diffondersi di epidemie. Il personale sanitario comprendeva: 1.200 ufficiali medici, 15.500 infermieri (di cui circa 2.000 indigeni), 400 infermiere volontarie della Croce Rossa e numerose suore appartenenti a vari ordini religiosi. L'Italia in quegli anni partecipò anche alla guerra civile spagnola (1936-39), qui l'inadeguatezza sanitaria fu lampante: l'unico ospedale militare a disposizione delle truppe italiane (a Valladolid) si trovava ad oltre 200 km dal fronte e il luogo d'imbarco dei feriti sulle navi ospedale si trovava a Cadice, a diverse centinaia di chilometri dalle zone di operazione⁹⁻¹⁰.

4.6 Contesto storico della 2ª Guerra Mondiale

La seconda guerra mondiale (1939-1945) fu una "guerra totale", planetaria, nella quale i belligeranti impiegarono tutte le loro risorse economiche e demografiche e tutto il loro potenziale scientifico e tecnico, questa guerra provocò le più ampie e sistematiche distruzioni mai sperimentate dall'umanità¹¹.

I principali contendenti furono Gran Bretagna, Francia, Stati Uniti d'America e Unione Sovietica da una parte, Germania, Italia e Giappone dall'altra.

Oltre al risentimento tedesco per le pesanti sanzioni subite come contropartita per la sconfitta nel primo conflitto mondiale, la causa che innescò la guerra fu la politica aggressiva, espansionistica e militarista che la Germania nazista, l'Italia fascista e il Giappone imperiale misero in atto nel corso degli anni Trenta in Europa, Asia e Africa.

Il conflitto ebbe inizio il 3 settembre 1939, con l'invasione della Polonia da parte della Germania di *Hitler*, e terminò con l'occupazione della Germania da parte delle truppe angloamericane e sovietiche e con lo sgancio di due bombe atomiche sul Giappone da parte degli Stati Uniti.

L'Italia entrò in guerra a fianco della Germania il 10 giugno 1940, attaccando la Francia, le colonie britanniche in Africa e la Grecia. Inviò altresì un corpo di spedizione in Russia, a fianco delle truppe tedesche, ma dopo le prime iniziali vittorie subì sconfitte su tutti i fronti fino al 3 settembre 1943, quando fu firmato l'armistizio con gli alleati sbarcati in Sicilia. Il paese fu spaccato in due: al nord l'occupazione tedesca; a sud quella alleata, che risalì progressivamente, liberandolo man mano dall'occupazione germanica, fino all'aprile 1945 quando i tedeschi vennero sconfitti definitivamente¹¹⁻¹².

Il conflitto causò oltre 50 milioni di morti (30 nella sola Europa) ed immense distruzioni, e interessò la popolazione civile in percentuali così alte come mai nessuna guerra prima di allora¹²⁻¹³ (**Figg. 4.6, 4.7**).



Fig. 4.6



Fig. 4.7

9 C.A. Clerici, F. Mesturini, G. Stefano Medici in prima linea. La Sanità Militare Italiana nelle due guerre mondiali. Uniformi e armi 2001; 36-42.

10 Giorgio Cosmacini, Guerra e medicina dall'antichità ad oggi, Laterza, 2011.

11 Franco Della Peruta, Storia del Novecento. Dalla grande guerra ai giorni nostri. Le Monnier, 1992.

12 AA.VV., Sanità Militare. in Enciclopedia Italiana. Treccani, II Appendice 1949.

13 AA.VV., Seconda guerra mondiale in Enciclopedia Italiana. Treccani, 2005.

4.7 Logistica sanitaria e personale impiegato

Il secondo conflitto mondiale fu affrontato da un servizio sanitario militare dotato di mezzi adatti alle esigenze di una guerra di trincea e non ad una moderna guerra di movimento, dove i mezzi di offesa erano i carri armati e gli aerei bombardavano a tappeto le città. L'organizzazione delle strutture sanitarie rispecchiava invece le esperienze del primo conflitto mondiale.

Per gli ospedali da campo furono schierati soltanto quelli da 50 posti letto, in modo da consentire sia i rapidi spostamenti, sia la loro immediata e vicendevole sostituzione in caso di movimento delle grandi unità d'appartenenza. Essi sono sempre in grado di aumentare la loro efficienza servendosi delle risorse locali. Notevoli innovazioni furono apportate alle altre formazioni sanitarie: autoambulanze radiologiche, ambulanze odontoiatriche, sezioni di bonifica gassati, sezioni disinfezione, laboratori e magazzini e depositi. Per lo sgombero in profondità vi erano autoambulanze, treni ospedale, navi ospedale, aerei sanitari, fondamentali nelle zone d'operazione africane e balcaniche (**Fig. 4.8**).



Fig. 4.8

Lo snellimento, l'alleggerimento e la decisa mobilità delle unità sanitarie in rapporto alla celerità di manovra delle grandi unità furono realizzate anche grazie all'Istituto Chimico-Farmaceutico di Firenze, che provide all'allestimento dei materiali di mobilitazione e al rifornimento dei medicinali e materiali di medicazione.

Il servizio sanitario dei reparti di truppa rimase sostanzialmente immutato, mentre furono apportate notevoli modifiche alle sezioni di sanità, di cui sono furono costituite diversi tipi, dotandole di speciali requisiti di leggerezza e mobilità, in relazione alle caratteristiche delle divisioni cui vennero assegnate (di fanteria, autotrasportate, da montagna, celeri, motorizzate, corazzate). Tutti questi miglioramenti furono comunque insufficienti a coprire le esigenze delle truppe italiane soprattutto sui fronti dell'Africa Settentrionale, dei Balcani e della Russia. Gli ospedali militari territoriali all'inizio della guerra disponevano di 150.000 posti letto.

Durante questo periodo, la Marina disponeva di ben 18 navi ospedale (di cui 12 vennero affondate durante il conflitto) che effettuarono quasi 600 missioni, ospedalizzando e rimpatriando oltre 250.000 tra feriti e malati, oltre a 115 sortite per il soccorso ai naufraghi. L'armata Italiana in Russia (ArmlR) disponeva di personale medico ed infermieristico generoso e capace, ma con base strumentale e logistica dotata, come sempre, di mezzi insufficienti e di materiali simili a quelli dei decenni precedenti. Non è migliore la situazione sanitaria sugli altri fronti, dove il tutto non si discostava molto dalle strutture previste per la prima guerra mondiale. In Grecia mancavano materiali e personale sanitario. La raccolta, il trasporto, la cura e lo sgombero dei feriti e di malati avvenivano con drammatico ritardo, e in modo disorganizzato, con gravi perdite, come nella guerra del 1915-1918. In Africa l'organizzazione sanitaria era carente: negli altopiani abissini e nei deserti libico ed egiziano scarseggiavano o mancavano i mezzi di trasporto per feriti e malati, e comunque si trattava di ambulanze lente, obsolete e di scarsa resistenza.

Allo scoppio della guerra, il 10 giugno del 1940, furono mobilitati anche tutti i Corpi Sanitari ausiliari compreso il Corpo Militare della CRI e quello delle Infermiere Volontarie. Il primo settembre 1939 Maria Josè, principessa del Piemonte, era stata nominata Ispettrice Nazionale. Il corpo si trovò a dover far fronte a molteplici esigenze che ne richiedevano il supporto: ospedali militari, ospedali da campo, treni e navi ospedale, ospedali extra-territoriali. Esso contribuì con 26 ospedali con oltre 5000 posti letto, 77 stabilimenti di prima cura e smistamento per la protezione sanitaria antiaerea; 56 posti di soccorso ferroviari e portuali; 8 treni ospedale; 3 ospedali attendati in Montenegro e 3 poliambulatori in Corsica.

Il Sovrano Militare Ordine di Malta approntò 3 treni ospedale, che evacuarono i feriti su molti fronti: Germania, Russia, Balcani, nonché 2 grandi ospedali a Roma e Napoli con una capacità complessiva di 600 posti letto, un centro sanitario in Russia e 8 posti di soccorso a Roma e nelle immediate vicinanze, infine un'autocolonna di mezzi 4x4 con attrezzature in grado di realizzare ambulatori campali. Dopo la notizia dell'armistizio l'8 settembre 1943, il personale di tutte le Forze Armate e quindi anche quello della Sanità, così come quello dei corpi ausiliari (CRI e SMOM), si trovarono divisi, privi di un comando centrale e di direttive uniche. Chi poté scelse da che parte stare, ma la stragrande maggioranza del personale non poté permetterselo e continuò ad operare, con gli alleati nel centro-sud Italia e con il governo del nord filo-tedesco.

Unità Militari della Croce Rossa parteciparono al soccorso dei feriti nella battaglia per la difesa di Roma e in tutti i presidi che si opponevano all'occupazione tedesca. I tre ospedali da campo in Montenegro, dopo l'armistizio, si misero in marcia e dopo estenuanti giorni di marcia si riunirono con altre unità italiane per confluire infine nella *divisione partigiana "Garibaldi"* dove operarono con la Resistenza fino alla fine del conflitto¹⁴⁻¹⁵⁻¹⁶ (**Fig. 4.9**).



Fig. 4.9

4.8 Dal dopoguerra ai giorni nostri

Dopo le vicende belliche, nel 1946 insieme a tutto il resto delle Forze Armate anche la Sanità Militare venne ristrutturata. Negli anni del dopoguerra la Sanità Militare con i suoi medici ed infermieri intervenne a favore della popolazione italiana nel corso di numerose calamità naturali, solo per citarne alcune: le alluvione del Polesine 1951, di Firenze 1966; il disastro della diga del Vajont 1963 ed epidemie di colera del 1973, il terremoto in Irpinia del 1980 e tutti gli eventi calamitosi successivi.

Con l'avvento della pace il panorama generale cambia, ma non all'insegna della pacificazione, ma sotto l'incubo minaccioso, di un possibile conflitto mondiale tra superpotenze, una *guerra nucleare*. Si profila quindi non una pace vera e propria, ma una sorta di "terza guerra mondiale" mai direttamente combattuta sui campi di battaglia, ma combattuta con la minaccia delle armi nucleari. Questa guerra virtuale, definita *guerra fredda*, viene affiancata nel mondo da decine di conflitti convenzionali non generalizzati ma locali, come quelli della decolonizzazione afro-asiatica (l'indipendenza dell'India e del Pakistan dal Regno Unito, dell'Indocina e degli Stati del Maghreb dalla Francia, degli Stati dell'Africa nera da Gran Bretagna, Belgio, Portogallo), oppure limitati, come la guerra arabo-israeliana, di Corea, la crisi di Suez, il Vietnam.

Nel 1949 l'ONU affidò la ex colonia Somala all'Amministrazione Fiduciaria Italiana che cominciò il 1 aprile 1950. Vi era un Corpo Militare Italiano di 5000 uomini destinati al mantenimento dell'ordine e soprattutto alla formazione dei quadri militari della nascente nazione. Funzionava a Mogadiscio l'Ospedale Militare con medici, infermieri e tecnici altamente qualificati (*Pulcinelli M.* comunicazione personale). Nella guerra di Corea si notano, riferiti specificamente agli Stati Uniti, avanzamenti della medicina militare. Si tratta dei MASH (*Mobile Army Surgical Hospital*), strutture mobili ospedaliere equipaggiate di tutto, dove presta servizio una équipe di ufficiali medici, con specialisti chirurghi e traumatologi, d'infermieri altamente specializzati e d'inservienti. Il pronto soccorso tramite i MASH è integrato dalla "evacuazione aeromedicale" dei feriti più gravi, una pratica sperimentata durante la seconda guerra mondiale e largamente utilizzata in Corea. Oltre alla computerizzazione e teletrasmissione delle informazioni medico-sanitarie, all'impiego dei MASH ed al trasporto in elicottero dei feriti, un'altra conquista medica ed organizzativa è l'aumento dell'uso di sangue intero per la rianimazione dei pazienti in stato di shock (**Fig. 4.10**).

Da segnalare, quale nota di vanto e d'orgoglio per la Sanità Militare italiana, che in Corea nell'ottobre 1951 fu inviato anche l'ospedale da campo n° 68 del Corpo Militare della Croce Rossa, (nel contesto delle forze ONU), inquadrato nell'8ª Armata U.S.A., in supporto del 121° ospedale americano. Lì rimase fino al gennaio 1955. Il personale era composto da 11 ufficiali (7 medici), 6 infermiere volontarie e 48 tra sottufficiali e graduati di truppa infermieri, portaferiti e tecnici vari. L'unità assunse la funzione di ospedale territoriale. Nel corso del tempo l'ospedale si ampliò arrivando ad avere infine 200 posti letto. La professionalità del personale e la funzionalità dell'ospedale fu riconosciuta da ogni parte e diede lustro all'immagine del nostro paese nel mondo. L'ingresso dell'Italia nel consesso delle Nazioni Unite fu senza dubbio favorito dalla partecipazione e dall'esemplare comportamento del personale sanitario del Corpo Militare della Croce Rossa Italiana dell'ospedale da campo n° 68 in Corea.

Dieci anni dopo, in Vietnam, il problema maggiore per la Sanità Militare americana furono le malattie (malaria, epatite virale, infezioni acute dell'apparato respiratorio, dissenteria), tenute comunque sotto controllo grazie all'incremento ed al miglioramento delle cure preventive.

14 C.A. Clerici, F. Mesturini, G. Steffano o -

15 Giorgio Cosmacini, op. cit.

16 AA. VV. La seconda guerra mondiale <digilander.libero.it/frontedeserto/guerra2/armi/sanita.htm>.



Fig. 4.10

Quel che invece peggiora è l'incidenza dei disturbi neuropsichiatrici, divenuti, entro gli anni Settanta, la seconda causa di ricovero ospedaliero, in particolare per i casi da abuso di droghe. Non pochi soldati sono portatori di una sindrome morbosa chiamata *Post-Traumatic Stress Disorder*. Questo "disordine da stress post-traumatico" è caratterizzato da un insieme di disturbi somato-psichici gravi quali ipertensione, asma, insonnia, affaticamento, ansia, depressione, angoscia. Dalla guerra vietnamita trascorrono quattro decenni nel corso dei quali vi sono state molte guerre in giro per il mondo, i cosiddetti *conflitti dimenticati*.

L'area del pianeta che ha subito il maggior numero di guerre e il minimo interesse da parte dell'occidente è l'Africa, con la Libia che cronologicamente è stato l'ultimo paese ad affrontarla. Non mancarono focolai di guerra nell'America centrale, dal Nicaragua all'Honduras, ed in America latina. In Europa la guerra ha torturato i paesi della ex Jugoslavia e ha tormentato i Paesi Baschi, l'Irlanda del Nord, Cipro, la Georgia. In Asia le armi non si sono praticamente mai fermate in Medio Oriente, coinvolgendo Israele, Palestina, Libano, Iraq e Afghanistan e negli ultimi mesi anche la Siria. Si arriva così, dopo l'11 settembre 2001, alla guerra al terrorismo islamico che ha come teatro soprattutto l'Afghanistan e l'Iraq, dove si è constatato il maggior progresso della Sanità Militare. I team medico-infermieristici in prima linea si limitano a porre i pazienti in condizione d'affrontare il trasferimento fino alle unità più equipaggiate. Si fa di tutto per limitare a due ore il tempo precedente l'intervento chirurgico. I pazienti vengono poi trasportati altrove per il completamento interventistico sotto sedazione e ventilazione¹⁷⁻¹⁸⁻¹⁹.

17 C.A. Clerici, F. Mesturini, G. Steffano op. cit.

18 Giorgio Cosmacini, op. cit.

19 Ettore Calzolari & Paolo Cicerchio L'ospedale da campo 68 del Corpo Militare della Croce Rossa Italiana nel conflitto di Corea 1950-1954. Da Florence Nightingale a cento anni dalla sua scomparsa. Tassinari, 2010.

CAPITOLO 5

STATUS GIURIDICO E FORMAZIONE DELL'INFERMIERE NELLE FF.AA.

L'infermiere che opera nelle FF.AA., riveste un particolare status giuridico che è quello di Sottufficiale come stabilito dalla Legge n° 599 del 31/07/1954 (pubblicato sulla G.U. n° 181 del 10.08.1954.). In base a questo particolare status giuridico il Sottufficiale deve sottostare oltre che a tutte le disposizioni di legge previste per tutti i cittadini italiani, anche a quelle che fanno parte della disciplina militare come previsto dal n° 545 del 18/07/1896 e successive modifiche D.Lgs 24/2/2012 n° 20 modifiche ed integrazioni al Decreto Legislativo del 15/3/2010 n° 66 recante il nuovo Codice dell'Ordinamento militare a, norma dell'articolo 14, comma 18, della legge del 28/11/2005 n° 246. La formazione dell'infermiere militare avviene presso le scuole infermieri di ciascuna forza armata, le quali per adeguarsi al nuovo ordinamento didattico hanno stipulato delle convenzioni con le Università, i tirocini vengono espletati presso strutture sanitarie civili e militari, al termine del corso quindi destinati presso Navi - Enti - Aeroporti - Ospedali - ecc.

Essi costituiscono un asse portante della Sanità Militare, la quale ha il compito istituzionale di tutelare la salute dei cittadini che prestano servizio nelle Forze Armate. Questo lo si garantisce con un:

- Adeguato supporto logistico sanitario alle Forze Armate;
- Accertamento delle idoneità psicofisica al personale militare e civile;
- Controllo dell'igiene degli alimenti;
- Ricerca e sperimentazione in campo sanitario per quanto riguarda settori sanitari di specifico interesse militare;
- Attività di Educazione sanitaria;
- Tutela dello stato di salute e della sicurezza sul lavoro del personale militare e civile come stabilito dal testo unico D.Lgs 81/2008;
- Attività di prevenzione nell'abuso di sostanze stupefacenti e patologie comportamentali (suicidio);
- Raccolta e gestione dati di natura sanitaria;
- Organizzazione farmaceutica a livello di produzione, rifornimento, approntamento e gestione di medicinali e presidi medico-chirurgici necessari per le esigenze di prevenzione e cura del personale militare e civile, con attività di farmacovigilanza, in base alla normativa vigente;
- Partecipazione dietro direttive impartite dal governo ad azioni di protezione civile rispettando le disposizioni indicate nella legge 11.07.1978 n° 382 in special modo per quando riguarda l'assistenza e al soccorso alle popolazioni colpite da calamità naturali;
- Operazioni di Peace - Keeping.

5.1 L'infermiere militare oggi. Ruoli e compiti

La Sanità Militare è un'istituzione alquanto complessa, inserita nella "catena logistica" delle Forze Armate quale "Corpo", ha il compito istituzionale di tutelare la salute dei cittadini che prestano servizio nelle Forze Armate e del personale civile del ministero della Difesa. La Sanità Militare ha una propria formazione tecnico-militare, professionale, personale e di reclutamento. Gli infermieri militari ne costituiscono un asse portante. Essi sono degli operatori sanitari che si collocano in una specifica realtà dove devono, se necessario, poter soddisfare autonomamente, sia in tempo di pace che di guerra, specifici bisogni assistenziali; in virtù della competenza e capacità professionale acquisite che gli permettono di agire con autonomia e responsabilità e di essere un operatore sanitario affidabile e in grado di saper erogare prestazioni sicure e di alta qualità a tutta l'utenza che fruisce del Servizio Sanitario Militare.

È giusto sottolineare che le prestazioni professionali compiute da un infermiere militare non differiscono da quelle compiute da un collega "civile", ma in virtù del suo particolare status, come prima accennato, all'infermiere militare viene chiesto "un qualcosa in più": oltre a possedere gli stessi requisiti, gli stessi titoli ed aver percorso lo stesso iter formativo necessario per l'accesso al Servizio Sanitario Nazionale di ogni altro infermiere italiano, deve infatti possedere tutti i requisiti psico-attitudinali richiesti per l'idoneità al servizio militare nonché una specifica formazione militare di base. È proprio questo, l'aspetto prettamente militare del suo lavoro che gli consente di consolidare la sua efficienza e funzionalità, nel rigore morale, nel senso della disciplina e della gerarchia, nella silenziosa operosità con un potenziale professionale impiegabile sia in tempo di pace che di guerra, in funzione degli obiettivi assistenziali, pianificati dalla Forza Armata di appartenenza, cui deve tendere con la sua azione.

In virtù della sua specifica formazione si muove con versatilità in aree diverse: quella ospedaliera, quella territoriale e quella di mobilitazione ove porta il suo qualificato contributo grazie a quella "mentalità logistica" che lo contraddistingue dal collega civile. Infatti nella mobilitazione, ovvero il complesso di predisposizioni e di operazioni pianificate per effetto delle quali le Forze Armate possono passare dall'ordinamento e dall'organizzazione in tempo di pace a quello di guerra, è sempre inserita la logistica sanitaria.

L'infermiere che opera nelle Forze Armate svolge due funzioni importanti e delicate: la prima è quella del militare di carriera e la seconda è quella dell'infermiere; entrambe queste funzioni richiedono un'elevata preparazione tecnico-professionale supportata da un adeguato equilibrio psico-fisico, infatti il Sottoufficiale Infermiere espleta la sua professione in situazioni che molte volte sono disagiati (lontananza dagli affetti, frequenti e repentini trasferimenti, ambienti lavorativi pericolosi, mancanza di privacy, stress continuo).

L'Infermiere "in uniforme" è uno "specialista", che in relazione alle qualifiche/abilitazioni conseguite ed alle esigenze d'impiego, svolge:

- compiti tecnico-professionali principali;
- compiti tecnico-professionali aggiuntivi;
- compiti organizzativi, addestrativi, istituzionali e di controllo.

Dopo diversi anni di esperienza, ed alcuni avanzamenti di carriera, al personale che riveste il grado di "1° Maresciallo", nonché di "1° Maresciallo Luogotenente", vengono attribuite funzioni che implicano un maggior livello di responsabilità, sulla base delle esigenze tecnico-operative stabilite dagli Enti e dalle unità di appartenenza. In tale contesto questi infermieri:

- sono diretti collaboratori dei superiori gerarchici che possono sostituire in caso d'impedimento o di assenza;
- assolvono funzioni d'indirizzo e di coordinamento con piena responsabilità per l'attività svolta.

Nell'area ospedaliera e territoriale i compiti e le attribuzioni infermieristiche sono quelle previste dalla vigente normativa tecnico-professionale e tecnico-sanitaria militare, e nello specifico settore le sue principali funzioni sono rivolte:

- alla direzione, al coordinamento e al controllo dell'attività infermieristica assistenziale (ricovero e cura);
- all'attività infermieristica militare specifica;
- all'assistenza sanitaria durante le esercitazioni a fuoco;
- alla prevenzione delle malattie infettive;
- all'igiene alimentare;
- all'igiene mentale;
- all'igiene sul lavoro;
- alla tutela dei materiali;
- all'amministrazione medico-legale;
- alla disinfezione e disinfestazione;
- alla raccolta e smaltimento dei rifiuti;
- ai mezzi di soccorso.

Inoltre, in qualità di Infermiere opera nell'osservanza delle vigenti disposizioni di Legge in materia:

- Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere;
- Disposizioni in materia di professioni sanitarie;
- Codice deontologico degli Infermieri;
- Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione, nonché della professione ostetrica;
- Disposizioni urgenti in materia sanitaria¹⁻².

¹ Camillo Borzacchiello, *L'Infermiere militare presente passato futuro*. Il Leccio, 2005.

² Tarquinio Fornari. *L'infermiere militare. La testimonianza di un collega "con le stellette"*, *L'infermiere*, 2003 (7):11-12.

5.2 L'iter formativo

L'infermiere che opera nelle Forze Armate, oggi, riveste un particolare status giuridico ovvero quello di Sottufficiale del ruolo Marescialli che, oltre a sottostare a tutte le disposizioni di legge previste in maniera specifica per gli operatori sanitari, è contemporaneamente obbligato ad attenersi anche a quelle che fanno parte della disciplina militare.

Per diventare Maresciallo Infermiere l'iter formativo è quello previsto per i "quadri non dirigenti" di ciascuna Forza Armata. Per entrare a far parte di questa categoria occorre superare il concorso pubblico per "Allievi Marescialli", accedendo così alle scuole per marescialli delle diverse Forze Armate che poi assegnano ad un'aliquota di corsisti la categoria "sanità". Tali scuole sono:

- Scuola Sottufficiali dell'Esercito con sede a Viterbo;
- Scuola Marescialli dell'Aeronautica Militare con sede a Viterbo;
- Scuola Sottufficiali della Marina Militare con sede a Taranto;
- Scuola Sottufficiali dei Carabinieri con sede a Firenze.

Il concorso è bandito ogni anno dal Ministero della Difesa; a conclusione del corso di studi l'aliquota di personale a cui è stata assegnata la categoria "sanità" conseguirà la laurea triennale in "Infermieristica", mentre tutti gli altri allievi non sanitari, indipendentemente dalla categoria assegnata, otterranno la laurea triennale in "Scienze Organizzative e Gestionali".

Le singole forze armate per adeguarsi al nuovo ordinamento didattico hanno stipulato diverse convenzioni con le Università, in modo da poter espletare lezioni, esami e tirocini teorico-pratici presso le strutture sanitarie civili e militari convenzionate. Attualmente le università convenzionate per quanto riguarda il corso di studi in infermieristica sono:

- l'Università degli Studi di "Tor Vergata" di Roma, per gli Allievi Marescialli dell'Esercito;
- l'Università degli Studi di Bari, per gli Allievi Marescialli della Marina;
- l'Università degli Studi "La Sapienza" di Roma, sede staccata di Viterbo, per gli Allievi Marescialli dell'Aeronautica;
- l'Università degli Studi di Firenze per gli Allievi Marescialli Carabinieri.

Dopo il superamento degli esami finali del primo biennio di corso, gli allievi saranno nominati, sulla base della relativa graduatoria di merito, *Maresciallo (Esercito)*, *Capo Di 3ª Classe (Marina)* e *Maresciallo Di 3ª Classe (Aeronautica)*, *Maresciallo dell'Arma dei Carabinieri* in servizio permanente con decorrenza giuridica dal giorno successivo alla data cui hanno avuto termine gli esami finali, durante la quale nei tempi previsti dal percorso universitario termineranno l'iter scolastico.

Al termine del corso gli Infermieri Militari vengono destinati presso Enti Militari, Navi, Aeroporti, Ospedali, Poliambulatori delle singole forze armate o di Enti interforze.

Conseguire il titolo di infermiere nelle Forze Armate rappresenta oggi l'acquisizione un traguardo prestigioso a livello tecnico-culturale e professionale ed è sicuramente una scelta di valori, poiché è quasi certo che la propria professionalità sarà richiesta, prima o poi, in condizioni di lavoro decisamente estreme, dove in aggiunta alla preparazione teorico-pratica è richiesta una grande dose di coraggio personale e di sangue freddo.

Durante la permanenza presso i reparti vengono periodicamente chiamati a svolgere retraining, corsi di aggiornamento, corsi abilitanti di vario genere, quasi tutti riguardanti il doppio aspetto sanitario e militare, ciò per mantenere alto ed accrescere il livello di professionalità di pari passo in entrambi gli ambiti. Tali corsi producono anche crediti per il programma *Educazione Continua in Medicina* (ECM) del Ministero della Salute, rivolto a tutte le professioni sanitarie³⁻⁴.

5.3 L'infermiere militare in Esercito

Il 4 giugno del 1833 il Servizio Sanitario dell'Esercito fu riorganizzato per dare vita al Corpo della Sanità Militare, che sarà definito tale nel 1845, da lì in poi il corpo ha supportato con il suo personale e i suoi mezzi tutte le guerre e le battaglie in cui è stato coinvolto l'Esercito, sia in Italia che nel contesto internazionale. In questi anni il Servizio Sanitario dell'Esercito Italiano si è trovato impegnato in modo massiccio nelle missioni umanitarie e di *Peacekeeping* ed è qui che gli infermieri militari hanno assicurato, e continuano ad assicurare, un sostegno a tutto tondo ai contingenti impegnati in missione. Particolare attenzione è rivolta alla prevenzione sanitaria in quanto spesso le truppe sono dislocate in aree del mondo che presentano tassi di rischio epidemico molto elevati. Naturalmente viene

3 Camillo Borzacchiello, op. cit.

4 Tarquinio Fornari, op. cit.

svolta anche l'attività routinaria ambulatoriale e quella di emergenza-urgenza e non ultima, quando le condizioni lo consentono, attività di supporto sanitario alla popolazione locale.

Attualmente in Esercito gli infermieri militari (inquadriati come specializzazione "sanità") iniziano il loro iter formativo presso la Scuola Sottufficiali di Viterbo, dove vengono formati sotto l'aspetto prettamente militare e logistico-amministrativo per poi proseguire, per la parte riguardante gli studi sanitari, presso la Scuola di Sanità e Veterinaria con sede presso la cittadella militare della Cecchignola in Roma, dove conseguono, tramite l'Università degli studi "Tor Vergata", la laurea in infermieristica. Le attività di tirocinio vengono effettuate presso il Policlinico Militare del Celio. Quindi il maresciallo dell'Esercito Italiano, una volta conseguita la Laurea in Infermieristica, viene impiegato all'interno degli enti della forza armata e negli ospedali militari collaborando con le altre professioni sanitarie e con gli ufficiali medici alla programmazione delle attività volte.

Queste attività spaziano dalla tutela generale della salute dei soldati apparenti all'Ente o ai pazienti in generale dell'ospedale militare all'intervento durante e dopo le emergenze Sanitarie e di Protezione Civile, all'impiego in operazioni militari all'estero, dove spesso si opera sotto un alto indice di stress, con alte percentuali di rischio per la propria ed altrui incolumità nonché il sempre presente rischio professionale⁵⁻⁸⁻⁹.

5.4 *L'infermiere militare in Marina*

Il Corpo Sanitario della Marina Militare Italiana fu istituito il 1° aprile 1861, da allora in poi si distinse molte volte per le sue navi ospedali che riuscirono a supportare numerosissime missioni a favore degli equipaggi feriti. Come l'Esercito, anche la Marina Militare è oggi in prima linea nelle missioni di aiuto umanitario, *Peacekeeping* e *Peace-enforcing*.

Attualmente in Marina gli infermieri militari, inquadrati nella categoria/specialità Servizio Sanitario/Infermieri (SS/I), e Ufficiali Sanitari (logistici-amministrativi provenienti dal Ruolo Marescialli Infermieri), la formazione avviene presso la Scuola Sottufficiali di Taranto dove conseguono la Laurea in Infermieristica tramite l'Università di Bari. In aggiunta al percorso base, vengono inoltre effettuati: il corso teorico-pratico di Medicina Campale di Combattimento (CTM) e la specializzazione in Fisiologia Subacquea, settore nel quale la Marina Militare ha sempre avuto una preparazione eccellente sia a livello nazionale che internazionale. L'infermiere della Marina Militare si occupa principalmente di assistenza sanitaria ed infermieristica sia a bordo delle unità navali che presso i comandi e gli enti sanitari delle basi navali. Le attività principali svolte a bordo sono di natura preventiva (educazione sanitaria, protocolli vaccinali, campionamento e controllo delle acque, controllo degli alimenti sanificazione e disinfestazione) e curativa (applicazione dei protocolli terapeutici nella gestione dei casi routinari e delle emergenze)⁶⁻⁷⁻⁸.

5.5 *L'infermiere militare in Aeronautica*

Il Servizio Sanitario Aeronautico fu istituito l'8 ottobre 1925; il 16 giugno 1938 fu invece costituito il Corpo Sanitario Aeronautico. Le tre principali aree di attività della Medicina Aeronautica sono sempre state: quella assistenziale e di supporto logistico-sanitario, quella di studio e ricerca e quella medico-legale.

La preparazione degli Infermieri dell'Aeronautica Militare avviene presso la Scuola Marescialli di Viterbo, dove gli allievi che ricevono la categoria "sanità" frequentano il corso di Infermieristica presso la sede staccata di Viterbo dell'Università La Sapienza di Roma ed effettuano il tirocinio teorico-pratico presso la ASL di Viterbo nell'ospedale civile "Belcolle". Gli studenti di infermieristica dell'Aeronautica hanno la particolarità di essere degli studenti in divisa in una normale aula universitaria, in quanto frequentano lo stesso corso degli altri universitari "civili" della sede di Viterbo con cui sono totalmente integrati, condividendo con loro ogni singolo momento delle attività didattiche teoriche e del tirocinio. Attualmente in Aeronautica Militare vi sono circa 500 Infermieri inquadrati nelle tabelle organiche come: Supporto "Sanità", i cui compiti principali sono di: accertare e verificare l'idoneità psico-fisica di tutto il personale, compresi piloti ed equipaggi di volo delle altre Forze Armate e corpi armati dello stato e dei civili; tutelare le condizioni igieniche sanitarie; istruire e definire le pratiche medico-legali relative al personale; gestire le attrezzature e il materiale sanitario; prestare soccorso

5 <www.esercito.difesa.it>

6 <www.marina.difesa.it>

7 Infermieri in marina. Intervista al M.llo Dott. Emiliano Boi da <www.nurse24.it>

8 <www.difesa.it>

9 Tarquinio Fornari. op. cit.

aereo; curare l'addestramento pratico del personale da abilitare; contribuire a definire elementi utili per un continuo adeguamento delle normative, degli organici, delle infrastrutture e degli ambienti di specifica competenza. Inoltre con le abilitazioni ad hoc l'infermiere può occuparsi della conduzione di mezzi/automezzi normali/speciali per particolari esigenze legate al servizio cui è preposto. Altre qualifiche aggiuntive che l'infermiere dell'aeronautica può ottenere sono quelle di: aiuto osservatore comportamentale; aiuto perito settore; equipaggio SAR; equipaggio di volo; tecnico sanitario; ecc.¹⁰⁻¹¹

5.6 *L'infermiere militare nei Carabinieri*

Per quanto riguarda il Servizio Sanitario dell'Arma dei Carabinieri, buona parte della sua storia sanitaria l'ha spartita con l'Esercito, in quanto parte integrante di esso, nel 2000 con l'elevazione al rango di Forza Armata è divenuto autonomo. Solo chi già presta servizio nell'Arma dei Carabinieri può aspirare a diventarne un infermiere. Ciò è possibile in due modi: tramite concorso interno (interpellanza), in questo caso i vincitori vengono inviati alla frequenza del corso di laurea in infermieristica a Firenze, tramite presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Firenze; con cui l'Arma ha stipulato apposita convenzione; o nel caso in cui un militare dell'Arma sia già provvisto di sua laurea in infermieristica, fa apposita domanda al Ministero della Difesa e al Comando Generale dell'Arma per il riconoscimento degli studi e l'assegnazione dell'incarico di infermiere. A differenza delle altre Forze Armate, la frequenza del corso di formazione e l'acquisizione della laurea in infermieristica non comporta alcuna modifica del precedente status giuridico, quindi i carabinieri infermieri permangono nel grado che avevano precedentemente, qualunque esso fosse seguendo le normali progressioni di carriera previste. Il Sistema Sanitario dell'Arma si è occupato di numerosi missioni fuori area, reparti militari specializzati in possesso di capacità di polizia militare, operazioni per il mantenimento e il ristabilimento della pace e della sicurezza internazionale (Kosovo, Bosnia, Iraq, Afghanistan, Ciad), cura e prevenzione per i militari dipendenti e primo soccorso in attività di ordine pubblico, di manifestazioni e in caso di calamità naturali. Al momento gli infermieri militari nell'Arma dei Carabinieri sono suddivisi tra Marescialli, Sovrintendenti (Brigadieri), Appuntati e Carabinieri¹².

10 Camillo Borzacchiello, op. cit.

11 <www.aeronautica.difesa.it>

12 <www.carabinieri.it>

CAPITOLO 6

LA SANITÀ MILITARE ITALIANA NELL'AMBITO DELLA DIVISIONE ACQUI A OLTRE 70 ANNI DALL'ECCIDIO DI CEFALONIA E CORFÙ

Questo capitolo è dedicato ad una pagina tragica ma fatta di eroismo e amor di Patria, un giusto riconoscimento a più di 70 anni dell'eccidio e per impedire che l'oblio scenda su quegli eventi e trasmettere alle nuove generazioni la memoria dei fatti tragici e gloriosi di Cefalonia e Corfù. E' giusto ricordare che l'allora Presidente della Repubblica *Azeglio Ciampi*, dopo un irresponsabile silenzio durato 50 anni, il 1° Marzo del 2001 fu per primo a recarsi in quei luoghi, e disse che a Cefalonia e Corfù era nata la "resistenza" e anche per questo che gli Italiani dovevano onorare i gloriosi caduti della Acqui.

La 33^a Divisione Acqui nel 1941 venne sbarcata a Durazzo e Valona e combatte contro la Grecia e nel 1942 ebbe l'incarico di presidiare le isole Ionie importanti dal punto di vista tattico e strategico. Divisione che era al comando del Generale *Antonio Gandin* e che al suo interno aveva la "44^a Sezione Sanità". La 44^a Sezione Sanità era costituita da 5 ospedali da campo: 3 a Cefalonia e 2 a Corfù. Cefalonia: 37° O.C. Comandata dal Capitano Medico *G. Piero Viganotti* - 527° O.C. Comandata dal Capitano Medico *Antonio Cavallo* - 581° O.C. Comandata dal Capitano Medico *Giuseppe Bianchi* e Capitano Medico *Rino Cunico*.

A Corfù erano presenti il 39° O.C. Comandata dal Capitano Medico *Edoardo Schiavo* e dal 824° O.C. di quest'ultimo si hanno poche notizie anche perché il 39° più organizzato con uomini e mezzi era in grado di soddisfare le esigenze dei nostri soldati ed anche dei tedeschi. Ciò nonostante il soldato *Costa Pietro* dell'824° Ospedale da Campo, anche se prigioniero, venne fucilato, dopo un'eroica resistenza.

Dopo un'eroica resistenza, il presidio militare di Corfù fu costretto ad arrendersi a cui seguì una vera e propria carneficina: circa 600 nostri militari vennero fucilati e tra questi anche il Tenente Medico *Ernesto Bringalli*. E' giusto ricordare che prima dell'8 settembre 1943 i nostri soldati pur essendo truppe occupanti, forse perché Italiani "Brava Gente" avevano instaurato un bellissimo rapporto con la popolazione locale e fuori dalle cucine da campo c'erano sempre folti gruppi di ragazzi locali che con arnesi vari erano pronti a prendere gli avanzi del rancio utile a sfamarsi. Infatti gli ospedali da campo più che di nostri soldati erano affollati da civili che ricevevano tutte le cure del caso. Fu purtroppo il discorso di *Badoglio* di quell'infelice 8 settembre 1943 che colse le nostre truppe impreparate, visto sull'isola di Cefalonia c'erano circa 2000 tedeschi, e il loro comandante, come ogni sera, era ospite alla mensa ufficiale con il Generale *Gandin*. Ma dopo vari modi per prendere tempo da parte del Generale *Gandin* il 14 settembre le truppe tedesche attaccarono le nostre truppe ma fu una disfatta visto che le nostre truppe ebbero la meglio. La notizia però che una grande unità del Regio Esercito Italiano non si era sottomessa ai voleri dei tedeschi giunse a Berlino e per ordine di *Hitler* vennero spediti sulle isole ionie i terribili caccia bombardieri "Stuka" che ad ondate successive per più di 48 ore ridussero la divisione Acqui nella impossibilità di combattere. E sempre per ordine di *Hitler* arrivò la divisione da montagna SS "Edelweis" facendo iniziare le spietate fucilazioni di massa.

Nei primi giorni della battaglia il nostro personale sanitario si salva perché i tedeschi non avevano al seguito personale ed attrezzature mediche. Purtroppo nei giorni successivi presero loro il comando degli ospedali ed anche per la Sanità Militare inizia il massacro: unica colpa essere italiani! Il 21 settembre i tedeschi irrompono nell'edificio occupato dalla 44^a sezione di Sanità a "Frankata" saccheggiando e portando via tutti i medicinali e viveri e oggetti personali causando un vero e proprio massacro. Dei 90 presenti si salvarono solo 15 perché di questi ne avevano bisogno.

Il resto fa parte della Storia e lascio ai posteri le giuste riflessioni. Non dimenticando che l'Epitaffio coniato per ricordare le migliaia di caduti della Divisione Acqui potrebbe essere questo:

"Straniero va a dire agli Italiani che noi siamo qui caduti perché, nella confusione degli ordini obbedimmo all'imperativo categorico dell'onore e della patria".

NOTA STORICA SULLA SEZIONE DI SANITÀ

(a cura del C/no Medico Gaetano Morelli)

Costituita a Bolzano nel maggio 1940, la Sezione, comandata dal C/no *Rigetti* fu sul fronte occidentale (Maddalena). Il 20 dicembre, al comando del C/no Praga, sbarcò a Valona e prestò servizio a Vunoj e a Brataj. Dopo la cessazione delle ostilità con la Grecia provvide alla raccolta dei feriti e alla inumazione della Salme, meritando un particolare encomio.

Fu quindi a Corfù come infermeria divisionale. Nell'aprile 1942 meritò nuovo elogio per il recupero di varie centinaia di Salme di soldati naufraghi del piroscafo "Città di Palermo". Successivamente la Sezione seguì la Divisione Acqui a Santa Maura e a Cefalonia. A queste operazioni parteciparono oltre al Cappellano p. Duilio Capozzi, i C/ni *Alessandro Salamini* e *Felice Gennai*, i Ten. *Lorenzo Tassi* e *Ferdinando Pachy*, quest'ultimo già del 371° e comandante dei portafariti. Nel dicembre 1941 prese il comando della Sezione il Magg. *Gaetano Morelli*, già del 17°.

Nel settembre del 1943 la Sezione fu trasferita a Frankata con un posto di medicazione e locali di ricovero con 30 posti letto.

Nella notte del 17 due nuclei di porta feriti compirono la loro opera nella zona "Cima-Telegrafo" sotto la guida del cappellano, del Ten. *Pachy* e dei Sergenti *M. Giuseppe Pacher* e *Alberto Signorini*.

La sera del 20 il Cappellano ed altri rientrarono a Franata, mentre alcuni rimasero ad Argostoli per ultimare il servizio. Purtroppo 4 soldati: *Cagnati*, *Cordani*, *Dell'Antonio* e *Grassi*, sorpresi dai Tedeschi, furono fucilati sul posto; altri 4: *Cannatelli*, *Isolan*, *Pachy* e *Rognoni* furono fucilati la sera del 21, mentre tornavano a Franata.

A Frankata i tedeschi giungono il 21 prima delle 14. Circondano l'abitato e radunano i nostri soldati, mentre il comandante con due soldati armati di mitra irrompe nell'infermeria e ordina al medico di sospendere la cura minacciandolo con la pistola.

I Feriti giacenti sul pavimento in attesa di medicazione, sarebbero stati portati via se il medico non si fosse interposto, e lo stesso medico sarebbe stato subito fucilato se non fosse stato coperto dai presenti.

Il pericolo scongiurato in quel momento non lo si poté evitare poco più tardi, quando i tedeschi tornano alle 17.30 e fucilano in massa.

Tra i 476 soldati fucilati in quella zona 18 soltanto ne sopravvivono. Le Salme, da mani pietose furono risparmiate da ulteriore scempio: il prete ortodosso *Gerasimo Garbis* e i civili greci si preoccuparono di scavare grandi fosse e di dare pietosa sepoltura.

BIBLIOGRAFIA

- AA. VV. *La Sanità Militare italiana nelle principali missioni fuori area nel 2011*. *Giornale di Medicina Militare*, 2011; 161(2): 109-114.
- ALBINI G. *Tra anima e corpo: modi e luoghi di cura nel Medioevo*, in *Il Bene e il Bello. I luoghi della cura cinquemila anni di storia*, Milano, Electa, 2000.
- BALESTRACCI D. *L'invenzione dell'ospedale. Assistenza e assistiti nel Medioevo*, in *Il Bene e il Bello. I luoghi della cura cinquemila anni di storia*, Milano, Electa, 2000.
- BISELLI R., *Malattie infettive contagiose emergenti: ruolo dell'Aeronautica Militare*. Conferenza al XX Convegno nazionale AIMAS, Firenze, 6 settembre 2007.
- BOTTI F. *La logistica dell'esercito italiano (1831-1981) volume II*. Roma, Ufficio Storico SME, 1991.
- BORZACCHIELLO C. *L'Infermiere militare presente passato futuro*. Siena, Grafica Pistolesi Editrice "Il Leccio", 2005.
- BORZACCHIELLO C. *Alla ricerca di una identità. L'infermiere militare: valori di una professione*. Siena, Grafica Pistolesi Editrice "Il Leccio", 2010.
- BORZACCHIELLO C. *Alla ricerca di una identità. L'infermiere militare: valori di una professione*. Tesi di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Firenze, Facoltà di Medicina e Chirurgia, A.A. 2011/2012.
- CALZOLARI E. & PALUMBO M. *Feriti, soccorsi e croce rossa nell'arte, nell'iconografia popolare e nella propaganda*. *Giornale di Medicina Militare* 2012; 162(1): 17-26.
- CALZOLARI E. & CICERCHIO P. *L'ospedale da campo 68 del Corpo Militare della Croce Rossa Italiana nel conflitto di Corea 1950-1954*. Da Florence Nightingale a cento anni dalla sua scomparsa. Firenze, Edizioni Tassinari, 2010.
- CARDINI F. *Crociate: tra il mito e la storia, atrocità e nefandezze nel nome della croce*. Firenze, Giunti, 1971.
- CECI G. *15 giugno 1864 - Nascita del primo Comitato della Croce Rossa in Italia e suo intervento nella 3ª Guerra d'Indipendenza*. *Giornale di Medicina Militare* 2011; 161(3): 227-234.
- CLERICI C.A, MESTURINI F, STEFFANO G. *Medici in prima linea. La Sanità Militare Italiana nelle due guerre mondiali*. Uniformi e armi 2001; 36-42.
- COSMACINI G. *Guerra e medicina dall'antichità a oggi*. Roma-Bari, Giuseppe Laterza & Figli SpA, 2011.
- COSMACINI G, GAUDENTI G, SATOLLI R. *Dizionario di storia della salute*, (a cura di) Torino, Einaudi, 1996.
- DE FILIPPIS CAPPALÀ C. *Medici e medicina in Roma antica*. Tirrenia stampatori, 1993.
- DE NAPOLI D. *La Sanità militare in Italia durante la 1ª Guerra Mondiale*, Roma, Apes 1989.
- DELLA PERUTA F. *Storia del novecento. Dalla grande guerra ai giorni nostri*. Firenze, Le Monnier, 1992.
- FEE E. & GAROFALO M. E. *Florence Nightingale and the Crimean War*. *American Journal of Public Health*: September 2010, Vol. 100, N°. 9, p. 1591.
- FERRI F. *Trasporto del malato infetto*. Conferenza al Convegno: Le maxiemergenze: intervento di soccorso militare e civile. Roma, 27 novembre 2007.
- FOGLIO SMA116/D.01.08 del 26/09/2012.

FORNARI T., D'AMBROSIO I., PETRIS M. R. *Il lavoro infermieristico nella sanità militare, negli enti sociali e nella medicina del lavoro*, L'infermiere, Giornale di Medicina Militare 2005; (9): 8.

FORNARI T. "L'infermiere militare. La testimonianza di un collega "con le stellette", L'infermiere, 2003 (7):11-12.

GIAMMANCO A. *Documenti da archivio privato* (in corso di pubblicazione).

GRADOLI V. *Etrusca Medicina*. Valentano (VT), Scipioni, 2007.

GRMEK M. & GOUREVITCH D. *Le malattie nell'arte antica*. Firenze, Giunti, 2000.

JACKSON R. *Doctors and diseases in The Roman Empire*. University of Oklahoma Press: Norman and London, 1988.

KRUG A. *Medicina nel mondo classico*. Firenze, Giunti, 1990.

LANGELLA A. *Medicina a Ercolano. Ercole, Achille e Telefo, ospiti a casa di un medico di 2000 anni fa*. 2012. pdf da <www.vesuvioweb.com> (url consultato il 13/08/2013).

LIUZZI G. *I servizi logistici nella guerra*. Milano, Corbaccio, 1934.

MAGISTRALI G. *La comunicazione che cura (Cap 1 a cura di Catia Ghinelli)* Santarcangelo di Romagna (RN), Maggioli Editori, 2009.

MANGANARO C. *Il servizio sanitario militare in guerra*, Società editrice Libreria, Milano, 1938.

MAURIZIO Imperatore. *Strategikon manuale di arte militare dell'Impero Romano d'Oriente*. a cura di G. Cascarino, Rimini, Il Cerchio iniziative editoriali, 2007.

MAROCCHI M. *La II guerra d'indipendenza nel Risorgimento Italiano* (a cura di Cargnoni F.) in *Tracce di storia VI, quaderni guidozzolesi*, Volta Mantovana, GVM, 2005.

MARRINER A. *I teorici dell'infermieristica e le loro teorie*. Milano, Casa Editrice Ambrosiana, 1989.

MARROCCO TRISCHITTA M.M. *Cavalieri di Malta. Una leggenda verso il futuro*. Pubblicazione a cura dell'Associazione dei Cavalieri Italiani del Sovrano Militare Ordine di Malta. Roma, Marchesi Grafiche Editoriali SpA. 2000.

NARDACCHIONE D. *Le vivandiere protagoniste del Risorgimento*. Mostra con tavole grafiche. Chiesa degli Almadiani, Viterbo. 15-17 novembre 2012.

PAOLINI A. *Ambulanze* in *Enciclopedia Italiana*. Roma, Giovanni Treccani S.p.A, 1929.

ROCCA R. *L'infermiere militare nelle missioni internazionali. Eventi stressanti, trauma e rischi psicopatologici*. Tesi di laurea in Infermieristica, Università La Sapienza sede di Viterbo, Facoltà di Medicina e Odontoiatria, A.A. 2011/2012.

SANTORO A. *La Sanità Militare nel Regno delle Due Sicilie 1734 - 1861 - Giornale di Medicina militare* 137,1987- 474 - 504.

SANTORO A. Citazioni varie.

STANAG NATO AJP-3(B) *Allied Joint Doctrine for the conduct of operations*.

STANAG NATO AJP-3.4.1. (2001) *Peace Support Operations*.

STANAG NATO AJP-4.10(A) (2006) *Allied Joint Medical Support Doctrine*.

STANAG NATO AJP-9 (2003) *NATO Civil-Military Co-Operation (CIMIC) Doctrine*.

STERPELLONE L. *Camici bianchi in camicia rossa. Medici e medicina del Risorgimento*. Genova, Redazione, 2011.

TEODONIO S. *La Sanità Aeronautica fuori area.* Conferenza del 27/09/2013.

TOOMASPOEG K. *Ospitalieri di S. Giovanni di Gerusalemme* in Enciclopedia Federiciana. Roma, Giovanni Treccani S.p.A, 2005.

TOSCO P. *Cento anni di volo in Italia: Medici per l'Aeronautica.* Giornale di Medicina Militare. 2009; 159(2): 133-152.

VECCHIO S. *Ruolo e compiti del maresciallo infermiere nelle maxiemergenze in teatro operativo.* Giornale di Medicina Militare, 2009; 159(1): 77-84.

VERTOLLI D. *Biowarfare e Bioterrorismo- Strategie di risposta all'emergenza infettiva.*, Tesi di laurea in Infermieristica, Università La Sapienza sede di Viterbo, Facoltà di Medicina e Odontoiatria, A.A. 2011/2012.

ZENERE S. *La logistica dell'Esercito Italiano sull'Altopiano di Asiago.* Tesi di laurea in Storia, Università degli Studi di Padova, Facoltà di Lettere e Filosofia, A.A. 2011/2012.

SITOGRAFIA

CASATI A. *Ambulanze sul campo di battaglia.* Tratto da <www.amcfmonza.it/lab/ambulanzaippotrainata.htm>. (url consultata il 25/08/2013).

GALASSO M. *La sanità militare italiana durante la grande guerra.* Tratto da <www.cimeetrincee.it> (url consultata il 10/09/2013).

ROSENSTADT M. *Florence Nightingale la signora con la lanterna.* Tratto da <georgianagarden.blogspot.it/2010/12/florence-nightingale-la-signora-con-la.html> (url consultata il 18/06/2013).

Camillo De Lellis e la riforma della sanità. Tratto da <www.marbriella.it/arte/sancamillo/camillo.htm> (url consultata il 20/08/2013).

La dimensione missionaria dell'ordine ospedaliero, profeti nel mondo della salute. da <www.oh-fbf.it> (url consultata il 20/08/2013).

Infermieri in marina. Intervista al Maresciallo Dott. Emiliano Boi. Tratto da <www.nurse24.it> (url consultata il 02/09/2013).

La prima guerra mondiale. Tratto da <www.primaguerramondiale.it> (url consultata il 10/09/2013).

La seconda guerra mondiale Tratto da <digilander.libero.it/frontedeserto /guerra2/armi/sanita.htm> (url consultata il 13/09/2013).

<www.aeronautica.difesa.it> (url consultata il 02/09/2013).

<www.camillodelellis.org/storia> (url consultata il 20/08/2013).

<www.carabinieri.it> (url consultata il 02/09/2013).

<www.cri.it> (url consultata il 25/08/2013). 2013).

<www.cavalieriospitalieri.it> (url consultata il 18/08/2013).

<www.esercito.difesa.it> (url consultata il 02/09/2013).

<www.history.com/topics/women-in-the-civil-war> (url consultata il 24/08/2013).

<www.marina.difesa.it> (url consultata il 02/09/2013).

<www.ordinedimaltaitalia.org> (url consultata il 18/08/2013).

<www.roemercohorste.de> (url consultato il 13/08/2013).

<www.solferinoesanmartino.it> (url consultata il 25/08/2013).

<www.stupormundi.it/Ospitalieri.htm> (url consultata il 18/08/2013). 2013).

<www.templarcavalieri.it/cavalieri_ospitalieri.htm> (url consultata il 18/08/2013).

<www.villasantostefano.com/ordine_ospitaliero.htm> (url consultata il 18/08/2013).

ICONOGRAFIA E FONTI ICONOGRAFICHE

FIGURA 1.1: Achille cura Telefo, bassorilievo (calco) all'interno della "casa del rilievo di Telefo", area Archeologica di Ercolano. Immagine da op. cit di Langella A.

FIGURA 1.2: Achille cura le ferite di Patroclo, decorazione interna di una *kylix* (coppa a due manici) attica a figure rosse, da Vulci, attribuita a Sosia, 500 a. C. circa. Berlino, Staatliche Museen. Immagine da <www.archeo.it>

FIGURA 1.3: Patroclo soccorre Euripilo. Immagine da: "La guerra dei re e degli eroi", di G. Marescalchi. Firenze, Le Monnier, 1960, illustrazione di Piero Bernardini.

FIGURA 1.4: Ricostruzione storica dei *Capsarii* che soccorrono un commilitone ferito durante la battaglia. Immagine da: <www.roemercohorste.de>

FIGURA 1.5: Ricostruzione storica di una *capsa* e del suo contenuto, il precursore del moderno zaino di primo soccorso. Immagine da: <www.roemercohorste.de>

FIGURA 2.1: L'ospedale di Rodi costruito dal Gran Maestro Frà Jean de Lastic. Immagine da op. cit di Marrocco Trischitta M.M, pag 8.

FIGURA 2.2: Cavalieri ospitalieri infermieri curano i malati nella città di La Valletta - Malta. Immagine da <www.templarcavalieri.it/cavalieri_ospitalieri.htm>.

FIGURA 2.3: Affresco dedicato a San Camillo nella chiesa di S. Maria Maggiore a Firenze, opera di Filippo Cianfanelli, 2012. Il santo è rappresentato nell'atto di proteggere due soldati, uno ferito mentre l'altro sta portandogli aiuto. Immagine e didascalia da: <www.camilliani.it>.

FIGURA 2.4: L'ambulanza volante a due ruote introdotta dal chirurgo di Napoleone Doninique-Jean Larrey. Immagine da op. cit di Cosmacini G. pag 125.

FIGURA 3.1: Vivandiera dei bersaglieri del 1859 soccorre un soldato ferito. Stampa originale tedesca. Immagine da tavola grafica n° 11 della mostra *Le vivandiere protagoniste del Risorgimento* a cura di Nardacchione D.

FIGURA 3.2: Jessie White Mario. Immagine da <www.150anni.it>.

FIGURA 3.3: Florence Nightingale passa tra i soldati feriti con la sua lampada. Immagine da: <georgianagarden.blogspot.it>.

FIGURA 3.4: Florence Nightingale in ospedale a Scutari, di Robert Riggs. National Library of Medicine, National Institutes of Health. Immagine da op. cit. di Fee E. & Garofalo M. E.

FIGURA 3.5: Henry Dunant (Thomas Jouannet) e Louis Appia (Vincent Winterhalter) cofondatore della Croce Rossa, sul campo di battaglia di Solferino. Scena dal film *Henry Dunant: Du rouge sur la croix* di Dominique Othenin-Girard, 2005. Immagine da <www.dunant-themovie.com>.

FIGURA 3.6: Modellino di ambulanza progettata da Agostino Bertani che fu adoperata durante la terza guerra di indipendenza. Modello realizzato da Giovanni Cavallini, foto di Andrea Casati. Immagine da <www.amcfmonza.it>.

FIGURA 3.7: Infermieri con grembiale portaferiti, modello Lada modificato. Immagine da *Giornale di Medicina Militare* 2011; 161(3): 232.

FIGURA 4.1: Ferito medicato d'urgenza in un posto di medicazione sotto le trincee del Monte Tomba, 1918. Immagine da <www.cimeetrincee.it>.

FIGURA 4.2: Cartolina propagandistica dl 1916, raffigurante un soldato della sezione di sanità della XXI Divisione che trasporta un ferito. Immagine da <www.goldenitalia.com>.

FIGURA 4.3: Interno dell'ospedale da campo di Visco (UD). Immagine da <www.lagrandeguerra.info>.

FIGURA 4.4: Cartolina propagandistica dl 1916, raffigurante un treno ospedale che imbarca i feriti. Immagine da <www.goldenitalia.com>.

FIGURA 4.5: La nave ospedale "Ferdinando Palasciano" in navigazione, 1917. Immagine da <www.naviearmatori.net>.

FIGURA 4.6: Autoambulanza della Croce Rossa Italiana nel 1916. Immagine da <www.cimeetrincee.it>.

FIGURA 4.7: Un infermiere militare americano soccorre un soldato ferito, infondendo una sacca di sangue. La scena incuriosisce gli abitanti di Nicosia (En) durante l'avanzata in Sicilia nell'agosto 1943. Immagine da *Airone* n° 382 - Febbraio 2013 *Come il papà di 007 ha beffato Hitler* di Amisia Becerra. pag. 73.

FIGURA 4.8: Infermieri militari americani assistono i lori feriti durante un'evacuazione aeromedica, nei giorni dello sbarco alleato in Sicilia nel luglio 1943. Immagine da <sarahsundin.blogspot.it>.

FIGURA 4.9: Ricezione di un ferito in un Ospedale da Campo del 1942. Immagine da: <www.cri.it/coppermine>.

FIGURA 4.10: Zaino di pronto Soccorso in uso durante la seconda guerra mondiale. Immagine da archivio personale del Dott. Alberto Giammanco.