

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE, GIURIDICHE E INTERNAZIONALI

Corso di laurea *Triennale* in
Scienze politiche, relazioni internazionali e diritti umani



**LA CROCE ROSSA
NELLA PRIMA GUERRA MONDIALE
E NELLA PANDEMIA DI SPAGNOLA**

La storia, l'azione e il contributo femminile della Croce Rossa Italiana

Relatrice: Prof.ssa Giulia Simone

Laureando: Filippo Dotto
Matricola N. 1169812

A.A. 2022/2023

*Ai miei cari
Per tutto l'appoggio in questi anni
E alla Croce Rossa Italiana
Palestra di vita
incubatrice di valori, virtù e principi senza tempo*

INDICE

INTRODUZIONE	6
CAPITOLO I - EVOLUZIONE DEI SOCCORSI AI SOLDATI FERITI	10
L'età pre-romana	11
Epoca romana	11
L'età medievale e le crociate	15
L'introduzione delle armi da fuoco e l'epidemia di peste	16
Il 1600	20
L'età napoleonica	21
Il 1800	25
A cavallo tra due secoli: dalla fine dell'Ottocento agli inizi del Novecento.....	27
La Prima guerra mondiale.....	29
La Seconda guerra mondiale e la nascita della minaccia nucleare.....	31
Dopo la Seconda guerra mondiale: i casi di Corea, Vietnam e Golfo.....	34
L'età contemporanea	38
CAPITOLO II - CROCE ROSSA: LE ORIGINI DI UNA IDEA. NASCITA ED EVOLUZIONE DELLA CROCE ROSSA ITALIANA.....	40
La Battaglia di Solferino	40
Un Souvenir da Solferino	42
Il Comitato dei Cinque e la conferenza preparatoria del 1863	45
La prima Convenzione di Ginevra	48
La nascita della Croce Rossa Italiana	52
Croce Rossa Italiana. Dinamiche, evoluzioni e cambiamenti fino al 1914	55

CAP. III - LA CROCE ROSSA ITALIANA NELLA PRIMA GUERRA MONDIALE.	
EVOLUZIONE ED AZIONE	64
La Croce Rossa Italiana evolve. Statalizzazione e militarizzazione, una trasformazione inappropriata ma funzionale	64
Il riconoscimento giuridico. La CRI come Corpo Morale e la sua militarizzazione	65
La situazione patrimoniale della CRI prima della Grande Guerra. Il prestito e il consolidamento economico	68
La legislazione dello Stato a tutela dell’emblema	71
La mobilitazione	72
La Grande Guerra, un quadro clinico	75
La Croce Rossa e il soccorso ai feriti.....	78
Guerra e conseguenze psicologiche. La Croce Rossa e l’assistenza psicologica, la figura delle Dame Visitatrici	85
Soccorrere anche l’anima. I cappellani della Croce Rossa Italiana	88
L’opera della Croce Rossa Italiana a favore dei mutilati e invalidi di guerra	89
La tutela dei prigionieri di guerra: il ruolo della Commissione prigionieri di guerra della Croce Rossa Italiana.....	90
Le strutture della Croce Rossa in zona territoriale	96
Il trasporto dei feriti	97
I mezzi di soccorso. Le ambulanze della Croce Rossa Italiana.....	98
I treni-ospedale della Croce Rossa Italiana	103
Il tram-ambulanza	104
La guerra e il dramma della scarsità di medici.....	105
L’idea di una Università Castrense e il Decreto Luogotenenziale n° 38.....	106
San Giorgio di Nogaro.....	107
Primo anno accademico dell’Università Castrense.....	109
Il secondo anno accademico dell’Università Castrense	112
L’Università Castrense e la Croce Rossa Italiana	115
CAPITOLO IV - LA CROCE ROSSA E LA PANDEMIA DI SPAGNOLA	117
L’origine della spagnola e la diffusione nel territorio italiano.	117
La risposta del mondo scientifico tra <i>fake news</i> e strategie di cura. Gestione e censura dell’emergenza da parte delle istituzioni.	125
Intervento e azione della Croce Rossa Italiana durante la pandemia di spagnola.....	135

CAPITOLO V - IL CONTRIBUTO FEMMINILE IN GUERRA E IN CROCE ROSSA	141
La guerra e la mobilitazione femminile.	141
Le donne in Croce Rossa. Il loro contributo.....	143
Il corpo delle infermiere volontarie di Croce Rossa.....	146
Le crocerossine durante la Prima guerra mondiale.....	151
Un tratto caratteristico dell'esperienza bellica femminile: gli stupri di guerra. Le violenze sessuali sulle donne italiane, dallo stupro alla prostituzione forzata da parte dei tedeschi	164
CONCLUSIONE	170
RINGRAZIAMENTI	178
ALLEGATI	179
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	190

INTRODUZIONE

Immaginate di essere accucciati dietro a un muro, potete sentire il sibilo dei proiettili che passano a pochi centimetri sopra la vostra testa, intorno a voi il fumo e le urla dei feriti che chiedono aiuto. Se riusciste a trovare un pezzo di stoffa abbastanza grande e ci disegnaste sopra due strisce rosse che si incrociano, dovrete, ora, essere in grado di attraversare il campo di battaglia senza esser colpiti; in più la stessa bandiera dovrebbe essere in grado di proteggere ospedali, scuole, civili e altre strutture vulnerabili. Che si tratti di una guerra o di una calamità naturale sareste riconosciuti come soccorritori neutrali, in qualsiasi nazione e in qualunque angolo del mondo.

Ma tutto questo perché? Com'è possibile che se due semplici strisce formano una croce rossa, questa sia capace di non far premere il grilletto? È un emblema che siamo abituati a vedere sulle ambulanze, sugli ospedali, lo identifichiamo automaticamente e per scontato col soccorso. Ma come è nato tutto ciò? Come ha fatto a diventare per tutti e in tutto il mondo un simbolo di protezione e aiuto?

La tesi verterà sulla storia della più grande organizzazione umanitaria di soccorso al mondo, ossia la Croce Rossa, e “l'idea di Croce Rossa”: soccorrere ovunque, chiunque abbia bisogno senza distinzioni o discriminazioni.

Questa tesi (come dal titolo), analizzerà l'intervento della Croce Rossa Italiana durante la Prima guerra mondiale e la pandemia di spagnola, ma affronterà anche l'origine e l'evoluzione del Movimento Internazionale di Croce Rossa e della Croce Rossa Italiana; saranno affrontate anche le dinamiche interne ed esterne all'associazione e di come questa abbia contribuito allo sviluppo di una cittadinanza attiva e sia stata laboratorio di emancipazione femminile per il nostro paese.

La ricerca è stata condotta su testi specializzati, ma la fonte più autorevole ed interessante sono stati i bollettini ufficiali dell'associazione che fin dalla sua origine restituiscono la fotocopia e lo stato di salute dell'associazione (ora sono stati sostituiti da newsletter ed email). La storia di Croce Rossa è estremamente articolata e spesso distribuita o sparsa in fonti di diversa natura, si è resa quindi necessaria anche un'opera di ricongiunzione di tutti quei piccoli indizi e storie depositati in libri, lettere, foto e altri documenti lasciati nel corso del tempo dai vari volontari e volontarie; particolarmente interessanti saranno

le lettere e gli articoli di giornali dell'epoca che testimoniano le problematiche e l'intervento dell'associazione. Particolarmente a cuore, inoltre, mi stava riportare i documenti e i testi ufficiali con i quali è stata scritta la storia della Croce Rossa e che ne rappresentano le tappe fondamentali; oltre a ciò sono state trascritte anche le riflessioni e le parole contenute nel libro *Souvenir da Solferino*, che porteranno a scoprire e comprendere l'idea di Croce Rossa, direttamente attraverso il pensiero del suo fondatore. La storia della Croce Rossa verrà narrata fin dagli inizi, a partire dal 1859, data della Battaglia di Solferino, per terminare sessant'anni dopo con l'intervento durante la pandemia di spagnola nel 1920; la tesi verterà quindi sui primi 6 decenni dell'associazione, che sono stati probabilmente anche i più impegnativi e critici per la CRI. Alla storia sono stati affiancati approfondimenti riguardanti la portata e le ragioni di determinate evoluzioni al fine di collocare e contestualizzare al meglio il ruolo di Croce Rossa all'interno del paese.

La tesi è articolata in cinque capitoli. Il primo è dedicato alla storia dei soccorsi in guerra, e alla loro evoluzione nei secoli dall'era romana ai giorni nostri: si tratta di un'analisi cronologica che permetterà di contestualizzare ed apprezzare il cambiamento epocale portato dalla Convenzione di Ginevra e dalla nascita del Movimento Internazionale di Croce Rossa e l'impatto di tutto ciò sulla sorte e la vita dei militari feriti e dei prigionieri di guerra.

Dopo aver affrontato l'evoluzione dei soccorsi sui campi di battaglia nelle varie epoche, il secondo capitolo verterà sulla nascita della Croce Rossa. Le parole del fondatore, Henry Dunant, nel libro *Un souvenir da Solferino* oggi come allora descriveranno il cuore di un'idea semplice ossia quella di portare soccorso a tutti senza distinzioni o discriminazioni e di come la semplice idea di uomo e la sua determinazione nello smuovere le coscienze si siano trasformate nel trattato internazionale della prima Convenzione di Ginevra, considerata come la fondatrice ed iniziatrice del diritto internazionale umanitario e del movimento internazionale di Croce Rossa. Il secondo capitolo affronterà quindi la fase forse più formale e burocratica, ma anche la più eccitante, riguardante la nascita e il riconoscimento dell'associazione a livello nazionale ed internazionale. Infatti è proprio in questo capitolo che verranno messe alla luce le dinamiche sociali e politiche che hanno portato alla nascita del movimento, sottolineando

quindi anche il processo di “influenza” del mondo politico e della governance al fine di far nascere e crescere l’associazione.

Il terzo e il quarto capitolo riguarderanno invece la parte più operativa, si passerà quindi all’azione della Croce Rossa Italiana durante la Prima guerra mondiale e la pandemia di spagnola. I capitoli non riguarderanno solamente l’azione, ma anche tutti gli elementi correlati ad essa: l’analisi inizierà con l’organizzazione e la normativa dell’epoca, per poi proseguire con i mezzi in dotazione e le strutture di soccorso predisposte dall’associazione. Verrà inoltre affrontata e riportata l’esperienza dell’Università Castrense di San Giorgio di Nogaro.

Ho deciso di fare la tesi sull’azione della CRI durante questo contesto storico perché in quei 5 anni si sono verificati gli eventi che ancora oggi rappresentano probabilmente le due sfide più grandi che l’associazione abbia mai dovuto affrontare in termini di soccorso e mobilitazione del personale. Inoltre, è durante questi eventi che la Croce Rossa non solo ha prestato la sua più imponente opera di soccorso, ma ha anche consolidato il suo ruolo di protagonista nel welfare statale. Infatti, come vedremo, l’opera non si limitò al soccorso ma si estese anche ad un ruolo molto più ampio e capillare di assistenza sociale nei confronti della popolazione.

Infine, l’ultimo capitolo riguarderà il ruolo della donna e il suo contributo all’interno dell’associazione e di come questa sia stata incubatrice e motrice dell’emancipazione femminile. Dedicare un capitolo al contributo femminile era doveroso in quanto le donne fin dai tempi degli eventi di Castiglione (1859) sono state delle protagoniste fondamentali per la CRI, in quanto hanno dato (e continuano a dare) un contributo spesso insostituibile sia in termini di soccorso ed assistenza ai feriti che di sviluppo e crescita dell’associazione. La tesi quindi non vuole fermarsi al semplice e lineare racconto sull’operato della Croce Rossa Italiana, vuole piuttosto offrire al lettore una visione più ampia e profonda, mettendo in luce l’evoluzione di un’associazione, dall’idea alla sua concretizzazione sul lato pratico, con tutte le dinamiche evolutive conseguenti. Raccontare spaccati di vita, descrivere le dinamiche e andare oltre le date, i provvedimenti legislativi e gli elementi formali è quindi un modo per dare la visione più completa di un fenomeno.

Sono elementi che non sono da ritenersi come secondari, ma che, pur rimanendo nascosti o in secondo piano, sono fondamentali, poiché riportano in luce quell’ambiente sociale e

relazionale, sotterraneo, dove maturano le spinte al cambiamento, di cui si può trovar traccia tra le righe di una lettera ai familiari o tra le righe di un comunicato interno.

Limitare la tesi alla sola esposizione lineare dell'operato tecnico, non avrebbe consentito al lettore di capire cos'è veramente l'idea e lo spirito di Henry Dunant, e di conseguenza di capire cosa sia Croce Rossa.

Infine la tesi ha voluto spaziare dall'ambito locale a quello internazionale per far risaltare l'universalità e l'unità della Croce Rossa, che rappresentato allo stesso tempo due dei sette principi del movimento.

CAPITOLO I
EVOLUZIONE DEI SOCCORSI AI SOLDATI FERITI
DALL'ANTICHITÀ' AI GIORNI NOSTRI

L'intento di questo capitolo è quello di fare un rapido excursus storico dell'evoluzione bellica e della sanità militare. Attraversando le varie epoche i documenti ci danno testimonianza di come si sia evoluta la medicina, e come sia cambiata la figura del medico, dal suo ruolo ed importanza alla sua azione, dal curatore super uomo al medico professionista. Vedremo anche come man mano che la guerra cambiava, cambiavano anche le condizioni dei soldati e le modalità usate per alleviare sofferenze e salvare vite. Un itinerario che partirà dai tempi in cui la guerra si combatteva con spade e frecce ai tempi moderni con l'uso di ordigni nucleari e armi chimiche. Altro motivo fondamentale è che insieme alle cose evolvono le idee, e nel corso del tempo, battaglia dopo battaglia a cambiare non è solo il concetto di guerra, bensì anche quello di combattente e di umanità. L'excursus evidenzierà soprattutto le dinamiche e le conseguenze dal punto di vista medico sanitario delle varie evoluzioni belliche e tecniche. Nella storia dell'uomo la guerra ha comportato sempre una accelerazione nella ricerca in quasi tutti gli ambiti. Vincere una battaglia richiedeva e richiede ancora oggi l'aver un vantaggio rispetto al nemico. Aldilà della visione tattico strategica, possedere un vantaggio nelle armi, nella logistica o nelle conoscenze poteva ribaltare le sorti e il destino del combattimento e di conseguenza la futura storia di un popolo. Come vedremo più avanti la guerra e le sue necessità hanno imposto ed orientato l'evoluzione della medicina, la ricerca in campo medico, e la scienza ha risposto con nuove scoperte mediche e con miglioramenti di attrezzature e tecniche di soccorso¹. Possiamo dire che senza la guerra queste invenzioni e scoperte non ci sarebbero state comunque? Difficile dirlo con sicurezza anche se vien da dire, come spesso si sente, che la guerra sotto questo punto di vista ha avuto il suo ruolo. Non bisogna cadere nella tentazione di dire che la guerra è utile e rende anche cose buone poiché le parole invocano sentimenti e si corre il rischio di pensare alla guerra

¹ Giorgio Cosmacini, *Guerra e medicina, dall'antichità a oggi*, Roma-Bari, Laterza, 2011, p. 11.

anziché con sentimenti di terrore e paura, con sentimenti quasi benevoli e ben disposti ad essa, nella speranza di progresso.

L'età pre-romana

Nonostante non ci fossero attrezzature e conoscenze mediche come noi le consociamo oggi, l'antichità rappresenta la prima tappa di partenza per quanto riguarda la sanità bellica. Guerra e medicina sono intimamente legate poiché la prima storicamente ha dato l'impulso e creato la necessità di sviluppo della seconda. Quando l'uomo ha conosciuto la guerra, ha scoperto anche l'anatomia. I teatri bellici antichi, con le loro ferite hanno permesso all'uomo anche di "scoprire" e studiare la sua anatomia, per quanto imprecisa ed arcaica rappresentò il principio da cui la medicina si sviluppò². Siamo ancora lontani dalla moderna figura del medico e del soccorritore, che siano civili o militari, colui che cura nell'antichità è visto come un super-uomo³, un guaritore, che usa erbe medicinali e veleni.

Epoca romana

Roma è famosa per essere stata una società estremamente avanzata all'epoca. Era dotata di un apparato politico e burocratico avanzatissimo senza considerare che sono stati gli inventori del concetto di Ius, che ancora oggi rappresenta le fondamenta del nostro diritto e di quello globale. Ciò che rende famosa Roma e che contribuisce al suo fascino e mito è il suo esercito. La sua cultura militare, sommata all'intelligenza strategica e tattica, praticamente unica ai suoi tempi, le hanno permesso di fare delle sue legioni una macchina da guerra implacabile e praticamente invincibile, terrore di molti eserciti nemici⁴. Tattiche e metodologie, quelle romane, che sono usate ancora oggi, ciò rende bene l'idea di cosa potesse rappresentare all'epoca l'esercito romano, un protagonista

² *Ibidem*.

³ *Ivi*, p. 6.

⁴ Federica Guidi, *Il mestiere delle armi, le forze armate dell'antica Roma*, Milano, Mondadori, 2011, p.115.

“alieno” per capacità e tecnica rispetto al panorama dei suoi tempi. L’esercito romano era la spina dorsale di Roma, ciò che le ha permesso di diventare un impero e rimanere nella storia. Siamo di fronte non a civili improvvisati senza addestramento e con armi di fortuna, bensì a uomini altamente addestrati con attrezzature ed armi studiate e dedicate allo scopo, allenati nel fisico e forgiati con una funzionale e precisa forma mentis⁵; l’esercito di Roma è spietato, metodico, compatto ed uniforme, la guerra a Roma è una religione. Ne consegue un esercito estremamente costoso da formare e mantenere, ciò per un imperatore rappresenta il maggior costo ma anche il miglior investimento. Da questa premessa si può incominciare a parlare della sanità romana in capo all’esercito di Roma in quanto la figura del medico militare sarà molto importante, in quanto rappresenterà non solo colui che cura e rimette in combattimento il *miles* ma anche colui che indirettamente, rimettendo in piedi i soldati feriti procurerà un risparmio alle casse dell’impero. Inizialmente le cure sono affidate alla discrezionalità dei comandanti e dei commilitoni, il soccorso e la cura delle ferite vengono affrontati come si può, non è ancora presente la figura del medico militare⁶. Altra distinzione importante sono i combattimenti vicino o lontano dalla città. All’inizio della loro storia i romani combattono alle porte o nei pressi di Roma quindi si opta per l’evacuazione dei feriti verso Roma, dove riceveranno le prime cure, motivo per cui inizialmente per i romani non si presenta l’esigenza di avere una complessa organizzazione dedicata al soccorso e la cura dei feriti. Tale esigenza nasce quando si incomincia a combattere lontano da Roma rendendo impossibile il trasporto dei feriti verso la capitale. È con Marco Augusto che compare la figura del medico militare⁷, intesa come figura dedicata, all’interno di un esercito, alla cura e al soccorso dei feriti. È bene precisare che tutte le figure previste all’assistenza dei militari feriti erano “*Immunes*”⁸ ossia personale che era sollevato dai compiti più semplici ed umili nei campi, riservati solitamente alla truppa: questo testimonia il loro status presso le sfere di comando. Altra figura che possiamo trovare sul campo di battaglia è il “*Capsarius*”⁹ assimilabile al moderno infermiere che ha il compito di trasportare la “*Capsa*” da cui prende il nome, ossia il contenitore di medicine e bende e altri medicinali, paragonabile allo zaino da soccorso moderno, trasportabile in spalla lungo il campo di battaglia contenente il

⁵ *Ivi*, p. 113.

⁶ Cosmacini, *Guerra e medicina*, cit., p. 25.

⁷ *Ivi*, p. 29.

⁸ *Ivi*, p. 32.

⁹ Guidi, *Il mestiere delle armi*, cit., p. 153.

necessario per il primo soccorso. A salire nella scala gerarchica troviamo i “medici legionari”¹⁰. Figura architettata da Antonio Musa¹¹, medico personale di Ottaviano Augusto che spinse, come detto prima, ad una riforma dell’esercito romano. Erano “medici militum” ossia medici dei soldati ed erano chiamati anche “medici vulnerarii”¹². A testimonianza del livello di Roma il *Medicus* non era una figura unitaria; esistevano anche all’epoca quelle che possiamo definire specializzazioni, tanto che si distinguono il *medicus chirurgus*, il *medicus clinicus*, il *medicus ocularius*, il *medicus veterinarius* e così via¹³. Anche in tempo di pace il medico della legione era fondamentale: si prendeva cura dei civili e molto spesso dava assistenza alla famiglia del legionario, senza considerare l’intervento per ferite da addestramento o malori ed avvelenamenti vari. Altro punto fondamentale della sanità militare romana è il “valetudinarium”¹⁴. È un concetto molto importante poiché rappresenta in antichità un primo esempio di struttura sanitaria dedicata al dislocamento e alla cura dei feriti. Sono nati in ambito civile come piccoli ospedali ma ben presto prendono la funzione di “ospedali delle legioni romane”. Solitamente vengono costruiti ai confini dell’Impero e possono essere visti a metà strada tra ospedali da campo e ospedali militari¹⁵. La loro vicinanza ai confini, presieduti dalle legioni e quindi ai campi di battaglia li pongono alle somiglianze degli ospedali di tappa sorti durante la Prima guerra mondiale. Sono strutture che alternano funzioni civili e militari, durante la pace sono usati per curare gli schiavi in luoghi rustici e periferici come le campagne, in guerra sono posti di cura e recupero dei *miles*. La loro ideazione viene fatta risalire sempre ad Antonio Musa. Il *valetudinarium*¹⁶ è il luogo dove si recupera la “*Veletudo*” ossia la salute e fondamentale era l’igiene e la pulizia in guerra (come vedremo, in guerra fa più morti l’infezione e la malattia che l’arma stessa). C’è da fare una distinzione: il *medicus legionis*¹⁷ è un medico itinerante che presta le cure ai soldati feriti sul campo e nelle loro tende, il *medicus clinicus*¹⁸ è un medico che opera in luogo fisso presso il valetudinario. Come detto venivano disposti lungo il confine e la loro

¹⁰ *Ivi*, p. 29.

¹¹ *Ibidem*.

¹² *Ibidem*.

¹³ Guidi, *Il mestiere delle armi*, cit., p. 153.

¹⁴ Cosmacini, *Guerra e medicina, dall’antichità a oggi*, cit., p. 30.

¹⁵ *Ibidem*.

¹⁶ Vedi allegato n.1.

¹⁷ *Ivi*, p. 34.

¹⁸ *Ibidem*.

planimetria era piuttosto uniforme, ed erano presenti costantemente nei *castra stativa* ossia nei forti¹⁹; i *valetudinaria* nei castra potevano ospedalizzare diverse centinaia di feriti, erano quindi ospedali castrensi (altro termine che vedremo durante la Prima guerra mondiale) e vari resti sono stati trovati lungo il corso del Reno a Ness (in Germania) presso il *castrum Novaesium* ove sono stati rinvenuti tra l'altro strumenti militari come pinze e divaricatori in cassette mediche di legno²⁰. Roma ha sempre rappresentato una società estremamente avanzata, e anche in ambito medico si conferma tale. I Romani si distinguono dai Greci anche per avere della medicina una concezione più generale e preventiva: si intravedono così i tratti di una medicina pubblica. A testimonianza di ciò bisogna dire che i romani attribuivano moltissima importanza all'igiene, e la sua concezione pubblica è testimoniata dalle opere pubbliche che i romani costruirono, un unicum per l'epoca, ossia il sistema di fognature, le strutture di approvvigionamento idrico come l'acquedotto Appio Claudio, la rete di orinatoi urbani voluta da Vespasiano, i vari complessi termali e i bagni pubblici²¹. I romani affiancavano così alla medicina terapeutica e riparativa la medicina preventiva, rappresentata all'epoca dalla pratica dell'igiene. Dal punto di vista letterario di incredibile valore è il trattato *De medicina* scritto dal medico romano Aulo Cornelio Censo, il quale nel VII libro tratta delle lesioni belliche²². Vengono descritti i vari tipi di ferite in base allo strumento d'offesa, dalle pietre alle frecce. Tratta poi anche della mutilazione suggerendo metodi d'intervento per nasi fratturati o amputati. Altra figura di spicco è Claudio Galeno, medico illustre in epoca imperiale. Figura estremamente importante di medico e filosofo, fu il primo a sostenere che medico e chirurgo debbano essere un'unica figura professionale. Nei libri XIII e XIV del *Metodo terapeutico* indica metodologie di sutura addominale tanto frequenti in legionari e gladiatori²³.

¹⁹ *Ibidem*.

²⁰ *Ivi*, p. 32.

²¹ *Ivi*, p. 29.

²² *Ivi*, p. 26.

²³ *Ivi*, p. 27.

L'età medievale e le crociate

Guardiamo ora il periodo storico che va dall'anno 1000 all'anno 1300 circa. Le crociate di per sé all'inizio non portarono rilevanti novità dal punto di vista sanitario militare, in quanto come per tutte le guerre anche queste lasciano uno scenario di uomini massacrati da armi e malattie; ma è con la terza crociata che si verifica un cambiamento forse epocale per ciò che riguarda il soccorso ai feriti. A partire dalla terza crociata si segnala la presenza femminile all'interno delle fila dell'esercito con il compito di curare²⁴. Non si tratta di donne che vengono strappate dal loro contesto domestico quotidiano che si improvvisano infermiere, bensì di personale destinato specificatamente all'opera di soccorso. È proprio in questo periodo storico che si sviluppa il concetto di rispetto del soldato ferito, ovviamente la "pietas" di essere soccorsi viene concessa prevalentemente ai soldati di Cristo, ai crociati²⁵.

È sempre in questo periodo (precisamente nel 1255²⁶) che i documenti storici testimoniano l'uso di carri per il trasporto di feriti, ma appare ancora prematuro parlare di prototipo d'ambulanza, cosa che avverrà solo in età Napoleonica; in ogni caso rappresenta un primo principio di evacuazione dei feriti, rapida, secondo gli standard dell'epoca.

È rilevante sottolineare che, per quanto riguarda la medicina e il soccorso dell'epoca, siamo ancora lontani dal concetto di medico chirurgo moderno: fondamentalmente l'opera di soccorso ai soldati feriti avveniva attraverso il tamponare le emorragie e la cauterizzazione delle ferite con un ferro rovente o con una sostanza acida; si è di fronte quindi più di una figura che si avvicina al barbiere che al chirurgo, considerando che i barbieri fin da epoca romana eseguivano anche micro interventi chirurgici come togliere denti²⁷. Oltretutto oltre la guerra un altro fattore che massacrò gli eserciti dell'epoca è il diffondersi dello scorbuto²⁸, basti pensare che tra gli effetti provocava infezioni che portavano a cancrena le gengive, che dovevano essere asportate per consentire di mangiare al malato: ecco il grandissimo lavoro dei "barbieri" dell'epoca.

²⁴ *Ivi*, p. 66.

²⁵ *Ibidem*.

²⁶ *Ibidem*.

²⁷ *Ivi*, p. 68.

²⁸ *Ivi*, p. 67.

Altro elemento di novità dell'epoca è la nascita degli ordini religiosi che si divideranno in due tipi di ordini ossia quelli militari e quelli cavallereschi²⁹. Quest'ultimi svolgevano un ruolo di supporto soprattutto in ambito di soccorso ai feriti, di servizio presso gli ospedali e la promozione di opere pie a favore dei poveri.

L'introduzione delle armi da fuoco e l'epidemia di peste

Nel corso del XIV secolo un'invenzione sarà responsabile di una delle più grandi rivoluzioni in campo bellico e segnerà per sempre la storia dei conflitti da lì in avanti, sia dal punto di vista strategico che dal punto di vista della sanità militare: stiamo parlando delle armi da fuoco. Fecero la loro comparsa in Europa dopo il 500³⁰; si tratta ancora di armamenti basici che funzionavano tramite miccia, poi pian piano sostituita con meccanismi a pietra focaia, a capsula e a compressione. Le armi inizialmente erano ad avancarica, ossia la ricarica avveniva dalla bocca della canna; più avanti nel XV secolo fece la sua comparsa la cartuccia che conteneva insieme sia la polvere da sparo che il proiettile all'epoca consistente in una palla di piombo.

Precisamente a partire dal 1326³¹ arrivano le prime testimonianze sulle armi da fuoco: gli scrittori dell'epoca le descrivono come manufatti diabolici arrivati direttamente dall'inferno e costruiti direttamente dal diavolo, anche se inizialmente non ci fu una presenza numerosa di queste armi nei campi di battaglia, ma i pochi esemplari provocarono un vero e proprio shock ai nemici che per la prima volta entrarono in contatto con queste nuove armi del nemico³². L'impatto psicologico sui soldati dell'epoca fu devastante: il fumo, il boato e il lampo che fuoriusciva dalla canna lasciò un'impronta psicologica fortissima. All'inizio la loro scarsa diffusione nei campi di battaglia le rendeva utili, più che per uccidere, per stordire psicologicamente e terrorizzare il nemico³³. Altra invenzione collegata alle armi da fuoco è l'artiglieria, che assume fin dall'inizio un ruolo forse più preponderante. Si diffondono le bombarde³⁴, che con le loro palle infuocate potevano falciare intere cariche di cavalleria. In Italia la bombarda come

²⁹ *Ivi*, p. 66.

³⁰ *Cosmacini, Guerra e medicina*, cit., p. 70.

³¹ *Ivi*, p. 71.

³² *Ibidem*.

³³ *Ibidem*.

³⁴ *Ivi*, p. 72.

strumento bellico venne usato per la prima volta nella guerra di Chioggia tra Veneziani e Genovesi nel 1380³⁵. Le armi da fuoco poi ebbero un ruolo fondamentale anche nella Guerra dei Cent'anni.

In questi secoli non solo le armi da fuoco sferzarono l'Europa, ma tra il 1347 e il 1351 la peste si cala sulle nazioni. La popolazione europea all'epoca era di 100 milioni e ben 30 perirono per il morbo³⁶. Guerra dei Cent'anni e peste danno bene la dimensione del dramma umano che milioni di persone dovettero attraversare in quei due secoli. Anche se meno famosa, un'altra malattia falciò numerosi soldati nei campi di battaglia: si tratta in una malattia venerea, all'epoca chiamata "mal francese" dai medici italiani e "mal de naples" da quelli francesi, in realtà si trattava della sifilide³⁷. Queste malattie epidemiche impongono uno sforzo importante alla sanità pubblica, la quale è costretta a riorganizzarsi per fronteggiare un'emergenza di dimensioni enormi. Si noti bene che durante il periodo della peste nera viene istituzionalizzato il concetto di quarantena come lo conosciamo noi oggi. Il termine quarantena è dovuto al fatto che nel 1377 il periodo di isolamento per le navi arrivate al porto di Dubrovnik passa da trenta a quaranta giorni³⁸. Peste e sifilide all'epoca erano considerati mali incurabili, e ben presto i malati senza assistenza incominciarono a vagare e a dormire presso piazze e strade cittadine, aumentando esponenzialmente il rischio di contagi. Le autorità dell'epoca, grazie anche al contributo di privati, decisero per l'apertura di nuove strutture. Nuovi ospedali aprirono così a Venezia, Firenze, Roma, Genova e altre città italiane, il loro nome "ospedali degli incurabili" fa ben capire la realtà dell'epoca³⁹.

Adesso passiamo alla sanità militare. Si è ben visto il collegamento tra guerra e malattie: da un lato, i soldati ne erano vittime; dall'altro, gli stessi eserciti facevano di tutto per far infettare il nemico, dal bestiame malato, ai corpi infetti catapultati nelle linee nemiche alle punte delle frecce avvelenate. Gli eserciti divengono sempre più grandi e di conseguenza si avviano i primi reclutamenti a larga scala di personale medico⁴⁰. Alle figure sanitarie dell'epoca veniva data la possibilità di servire o presso gli ospedali o presso le milizie. Nel medioevo le guerre che sferzano l'Europa spingono verso la

³⁵ *Ibidem.*

³⁶ *Ibidem.*

³⁷ *Ivi*, p. 75.

³⁸ *Ivi*, p. 76.

³⁹ *Ibidem.*

⁴⁰ *Ivi*, p. 77.

creazione di eserciti permanenti, cosa che si perfezionò e maturò in epoca Napoleonica, di conseguenza sempre più compatte e fisse divennero anche le formazioni di chirurghi e barbieri che seguivano gli eserciti in guerra. Non ancora matura ma è in questo periodo che si sviluppa la concezione di contingenti militari sanitari intesi come componente medica di soccorso presso gli eserciti⁴¹.

Tornando alle armi da fuoco è bene ora esaminare cosa comportò questa invenzione per la sanità militare dell'epoca, soprattutto per quanto riguarda gli effetti sul corpo umano. Che tipo di ferite si aprivano sul corpo umano all'impatto del proiettile? Indicativamente i primi proiettili erano rappresentati da palle di piombo di varia misura, che pesavano indicativamente sui 26 grammi, anche se data la loro semplicità i primi moschetti difficilmente potevano uccidere se non colpire un nemico oltre i 50 metri; si consideri anche che al massimo potevano essere sparati uno o due colpi al minuto⁴².

Le ferite da armi da fuoco hanno peculiarità tutte loro. All'epoca per il tipo di munizionamento le armi da fuoco provocavano ferite devastanti: le palle di piombo penetravano in profondità e perforavano la carne in modo non uniforme, questo per via del loro movimento a zig zag, e il diametro della palla provocava ferite molto ampie. Spesso se colpito era un arto ne conseguiva l'esplosione o l'asportazione; stesso discorso per legamenti. A peggiorare lo scenario si aggiunge che spesso avveniva l'intrusione all'interno della ferita di oggetti estranei, pezzi di tessuto della divisa e frammenti di bottoni e cuoio, nel tragitto del proiettile⁴³. Da un punto di vista medico si presentò una nuova sfida. Il fenomeno dell'amputazione passò da essere una pratica eccezionale, a essere una pratica quasi normale come conseguenza a ferite da arma da fuoco⁴⁴. Queste ai tempi erano considerate avvelenate e spesso si procedeva col versare olio bollente sulla ferita al fine di disinfettarla⁴⁵, la chirurgia e la conoscenza medica in poche parole non erano del tutto preparate a questo nuovo tipo di ferita. Da notare che anche con l'avvento dell'artiglieria si presentano nuove dinamiche. I feriti da artiglieria presentano ora la compresenza fondamentalmente di due tipologie di ferite allo stesso tempo: la lacerazione causata dall'impatto del proiettile e relative schegge e la presenza di ustioni di secondo e

⁴¹ *Ibidem*.

⁴² Nicola Labanca, *Storia illustrata delle armi da fuoco. Dall'archibugio alle bombe intelligenti invenzioni e tecnologie che hanno cambiato l'arte della guerra*, Milano, Giunti, 2009, p. 20.

⁴³ Cosmacini, *Guerra e medicina*, cit., p. 87.

⁴⁴ *Ivi*, p. 84.

⁴⁵ *Ivi*, p. 87.

terzo grado causate dall'esplosione⁴⁶. Per la chirurgia dell'epoca una sfida troppo grande, spesso i soldati colpiti dall'artiglieria in modo diretto o indiretto presentavano un quadro clinico talmente complesso che normalmente si preferiva finire i propri compagni d'armi piuttosto che lasciarli ad un destino di agonia.

Il medico militare Ambroise Parè⁴⁷ nel 1545 rilascia lo scritto *Méthode de traicter les playes faictes par hacquebutes et aultre bastons à feu*⁴⁸ che rappresenta un manuale dedicato anche ai giovani chirurghi nel quale cerca di dare indicazioni su come curare vari tipi di ferita, comprese quelle da arma da fuoco, portando ad una importantissima evoluzione nella cura delle ferite da arma da fuoco. Per esempio, fu il primo ad usare la tecnica della legatura dei vasi sanguigni in caso di grave ferita da arma da fuoco⁴⁹. Tale tecnica era riservata solo in caso di emorragia da ferita da arma bianca; come detto prima, i medici dell'epoca ritenevano la polvere da sparo velenosa; quindi, per prima cosa anziché fermare l'emorragia provvedevano a versare olio bollente o attuare altre pratiche per evitare l'avvelenamento⁵⁰. Parè, attraverso l'utilizzo della tecnica della legatura e del superamento della concezione di velenosità della polvere da sparo, alza tantissimo le possibilità di sopravvivenza per i soldati dell'epoca facendo ovviamente da scuola per tutti gli altri chirurghi. Si consideri anche che tale tecnica era conosciuta da più di trecento anni; quindi, l'evoluzione a volte non sta in cose nuove ma in cose vecchie applicate in modo diverso o in nuovi contesti. All'epoca i medici scoprivano nuove tecniche ed arrivavano a nuove conoscenze mediche più che attraverso lo studio della teoria sui libri, dalla pratica e dalla improvvisazione sul campo di battaglia provando e riprovando e vedendo man mano cosa funzionava e cosa no. Le guerre, nel bene e nel male, rappresentano un volano per la medicina.

I soldati portavano i segni della guerra anche in tempo di pace ed è a partire dalla metà del Cinquecento che si perfeziona la pratica della rinoplastica, soprattutto grazie al medico italiano Gaspare Tagliacozzi⁵¹.

⁴⁶ *Ibidem*.

⁴⁷ *Ivi*, p. 89.

⁴⁸ *Ibidem*.

⁴⁹ *Ibidem*.

⁵⁰ *Ivi*, p. 84.

⁵¹ *Ivi*, p. 90.

Il 1600

Con la fine del medioevo incomincia pian piano la formazione dello Stato moderno⁵², e conseguentemente nel corso del 1600 si incominciano a vedere i primi cambiamenti anche nel settore militare.

Si tratta di un cambiamento sia qualitativo che quantitativo in seno agli eserciti, ora la macchina bellica si configura e si delinea al fine di adattarsi alla nuova organizzazione del potere politico.

Dal punto di vista gerarchico, ora i generali sono paragonati ad alti funzionari civili e gli eserciti diventano permanenti: ciò significa che non vengono creati in vista del conflitto né vengono sciolti alla fine delle ostilità, bensì che vengono creati e mantenuti in tempo di pace per essere impiegati successivamente⁵³. Uomini che non accedono più nelle milizie con abiti e armi proprie bensì che entrano in un'articolazione del potere pubblico, ai quali vengono date le stesse divise e gli stessi equipaggiamenti⁵⁴. Anche l'addestramento e la disciplina cambiano, ora è necessario avere masse compatte, con la stessa educazione e forma mentis, non si serve più un feudatario o una impresa, bensì lo Stato. Anche le motivazioni per fare la guerra cambiano: da intenti aggressivi e ideologici si passa a concepire la guerra con intento equilibratore, il conflitto si basa su questioni più razionali⁵⁵.

Ma perché dare tanta importanza a questo cambiamento? La trasformazione in esercito permanente, delineato come articolazione dello Stato, porta nuove dinamiche sociali e militari. In primis i soldati non sono più gente improvvisata, in cerca di gloria o di avventura, bensì ora sono soldati professionisti, al servizio dello Stato, con divise ufficiali e un codice di condotta che li eleva dal resto della popolazione, ma la cosa più importante è che anche la sanità militare segue il cambiamento dell'esercito⁵⁶. Il nemico più temuto in guerra rimane la malattia e la infezione: tifo, malaria e sifilide rimangono eventi terribili che possono decimare intere divisioni, basti pensare che all'epoca ogni esercito spesso era accompagnato nei suoi spostamenti e nei suoi stanziamenti da prostitute che a

⁵² *Ivi*, p. 108.

⁵³ *Ibidem*

⁵⁴ *Ibidem*.

⁵⁵ *Ivi*, p. 110.

⁵⁶ *Ibidem*.

volte raggiungevano dimensioni numeriche decisamente importanti⁵⁷. Come vedremo, le malattie e le infezioni saranno l'incubo anche durante la Prima guerra mondiale. Dal punto di vista medico militare, dal 1600 avvengono importanti evoluzioni: prima di tutto, si cambiano tempi e modi di praticare l'amputazione, delineandosi una mentalità più conservativa, cercando di scongiurare tale pratica il più possibile⁵⁸, evoluzione data da una invenzione destinata a cambiare la storia della medicina ossia l'invenzione del laccio emostatico da parte del Dottor Jean Luis Petit⁵⁹. È con l'esercito permanente che si fa fondamentale un sistema di cura e di evacuazione efficiente per i feriti. Si rinforza così il ruolo di quelle strutture che possono curare i soldati feriti, facendo assumere una notevole importanza strategica agli ospedali militari, agli ospedali da campo e ai barellieri⁶⁰. A capo di ogni ospedale veniva messo un chirurgo, figura che proprio con l'esercito permanente incomincia ad essere vista come categoria a parte staccata, e non più affiancata o assimilata a quella dei barbieri⁶¹. Maggiore attenzione viene posta al soldato: ne è testimonianza il fatto che tra il 600 e 700 il medico italiano Bernardino Ramazzini descrive le malattie militari come malattie dei lavoratori, studiandole ed approfondendole successivamente anche sotto l'aspetto psicologico, diventando così uno dei primi studiosi delle conseguenze psicologiche della guerra⁶².

L'età Napoleonica

Durante quest'epoca ci sono interessanti evoluzioni in campo militare. L'esercito e la forza militare vengono visti come strumento per imporre la supremazia politica dello Stato, a tal fine sono necessari ammodernamenti riguardanti le strategie e l'organizzazione in combattimento. Viene introdotta la leva obbligatoria di massa che, come vedremo, sarà il fattore che fungerà da presupposto alle Guerre Mondiali⁶³. Il soldato viene concepito come professionista, e vengono riviste anche procedure e tempi di impiego delle armate. L'uomo torna al centro del combattimento, elemento

⁵⁷ *Ivi*, p. 100.

⁵⁸ *Ivi*, p. 112.

⁵⁹ *Ivi*, p. 113.

⁶⁰ *Ivi*, p. 104.

⁶¹ *Ivi*, p. 105.

⁶² *Ivi*, p. 106.

⁶³ *Ivi*, p. 122.

fondamentale sul campo di battaglia, cruciali diventano le sue qualità morali, la sua professionalità e anche la sua salute⁶⁴.

Tra il 1793 e 1794 le “*facultès de mèdecine*” vengono sostituite dalle “*ècoles de santè*” che raggruppano e vanno ad equiparare medicina e chirurgia fino ad allora ritenute due facoltà e scienze diverse⁶⁵.

Vengono introdotti anche gli “*officier de santè*”, ossia personale preposto alla cura e all’igiene del soldato, e i “*mèdecin chirurgiens*” ossia medici di reggimento col compito di curare le ferite dei soldati in aggiunta a compiti di medicina legale, al fine di individuare chi simulava e chi si auto mutilava, attraverso l’uso di perizie⁶⁶. L’evoluzione più importante dal punto di vista sanitario si ha con il decreto che sancisce il diritto di essere soccorsi e curati per le ferite in combattimento per tutti i cittadini in difesa della patria⁶⁷. Questo decreto rappresenta un primo accenno di umanità, un chiaro segnale che l’uomo non viene visto più solo come uno strumento. È una curiosità che proprio una H di “*humanité*” viene incisa sui bottoni della divisa di chi svolge il ruolo di soccorritore⁶⁸.

È nell’armata napoleonica che poi trova applicazione e sperimentazione la “*ambulanza volante*”: progettata ed inventata da Dominique Jean Larrey⁶⁹, chirurgo personale di Napoleone, consisteva in un carro di due o quattro ruote trainato da due cavalli⁷⁰. Al suo interno trovavano spazio medicazioni e strumenti di chirurgia, viveri, e ovviamente barelle. Il personale era composto da tre chirurghi e un infermiere. Tale carro rappresentò a tutti gli effetti una vera e propria ambulanza per gli standard tecnologici dell’epoca e allo stesso tempo svolse anche il ruolo di posto mobile di pronto soccorso.

Altra incredibile evoluzione viene introdotta da un’altra illustre figura della medicina francese, l’ispettore generale Pierre Francois Percy con la sua concezione della “*chirurgie des batailles*”⁷¹.

Si tratta della creazione di un corpo autonomo di medici chirurghi seguiti da infermieri organizzati sempre sotto gerarchia militare, guidati da sedici tenenti colonnelli, tre

⁶⁴ *Ibidem*.

⁶⁵ *Ivi*, p. 123.

⁶⁶ *Ibidem*.

⁶⁷ *Ibidem*.

⁶⁸ *Ivi*, p. 124.

⁶⁹ *Ibidem*.

⁷⁰ Vedi allegato n.2.

⁷¹ *Ivi*, p. 125.

ispettori generali e un generale⁷². Dal punto di vista sanitario, nonostante la nuova ambulanza e il nuovo corpo militare sanitario, il primo soccorso ai feriti è ancora molto semplice o meglio essenziale; infatti, sono tre fondamentalmente gli elementi con cui si affronta l'operazione di soccorso, ossia l'alcool per stordire, un pezzo di cuoio da stringere tra i denti, una barella e due infermieri per tener fermo il ferito⁷³. La cosa non va vista come una poca attenzione alle sofferenze o una mancanza di pietas ma piuttosto come uno scenario di forza maggiore dato essenzialmente da battaglie di massa dove si usano assalti frontali in campo aperto col supporto dell'artiglieria dalle retrovie, producendo veri e propri massacri. Nonostante ciò, a piegare l'esercito di Napoleone più che il nemico fu il tifo⁷⁴, a riprova che ancora una volta le scarse condizioni igieniche e le malattie rappresentano la più grave minaccia per gli eserciti, e la storia militare continua a confermarlo.

Guardando all'Italia in età napoleonica, nel 1810 si contavano quattro ospedali militari permanenti⁷⁵:

- Ex convento di Sant'Ambrogio, 800 posti letto, MILANO
- Ospedale dei mendicanti, 800 posti letto, VENEZIA (riservato alla marina)
- Ospedale di Sant'Orsola, 800 posti letto, MANTOVA
- Ex convento di San Francesco, 400 posti letto, ANCONA

I primi tre sono ospedali di prima classe mentre il quarto di seconda. Da sottolineare che a causa del largo numero di feriti, i soldati vengono dirottati e medicati anche presso ospedali civili.

Fino al 1811 al servizio della sanità militare ci sono 148 "ufficiali di salute" (medici, chirurghi speciali). Nello specifico 14 medici, 112 chirurghi e 22 speciali, di questi 148, 70 sono destinati ai vari corpi e 70 invece destinati agli ospedali⁷⁶.

La sanità militare come strutture oltre agli ospedali militari (e civili) ha in dotazione strutture mobili e temporanee consistenti in "infermerie reggimentali" e "ospedaletti d'ambulanza"⁷⁷. L'ospedaletto d'ambulanza era fondamentalmente l'ambulanza dell'epoca sempre costruita seguendo fondamentalmente i criteri dell'ambulanza volante

⁷² *Ibidem*.

⁷³ *Ivi*, p. 129.

⁷⁴ *Ivi*, p. 130.

⁷⁵ *Ivi*, p. 131.

⁷⁶ *Ivi*, p. 132.

⁷⁷ *Ibidem*.

di Napoleone; in Italia veniva anche indicata col nome di “cassone”, per indicare appunto che essenzialmente si trattava di un cassone contenente medicazioni e strumenti chirurgici trainato da animali⁷⁸.

Dal punto di vista militare mi soffermo solo su due evoluzioni tecniche comunque rilevanti per quanto riguarda le ferite sul campo di battaglia. La prima è l’evoluzione del moschetto, sul quale ora viene innestata la baionetta e, migliorando nella cadenza di fuoco, arriva ora a sparare fino a tre colpi al minuto con una gittata massima di 200 metri.⁷⁹ La seconda riguarda l’artiglieria, che è ora in grado di sparare palle a ripetizione.

Concludo il paragrafo con una piccola curiosità, ossia l’elenco di medicinali ed ungenti contenuti nelle ambulanze carro dell’epoca⁸⁰:

- ipecacuana
- agarico di quercia
- colofonia
- estratto di saturno
- polvere purgante
- teriaca
- unguento mercuriale
- cerotti
- pillole mercuriali
- laudano liquido
- canfora
- tintura di cannella
- spirito di vino canforato
- spirito di melissa
- liquore anodino
- chermes minerale
- pietra infernale
- sale nitro
- sale ammonico
- solfato di zinco e di rame

⁷⁸ *Ivi*, p. 134.

⁷⁹ *Ivi*, p. 128.

⁸⁰ *Ivi*, p. 134.

- alcali caustico
- allume calcinato
- tartaro emetico

Il 1800

La sanità militare continua ad evolvere: degne di nota sono due opere edite una nel 1806 e una nel 1807 da parte del medico italiano Annibale Omodei⁸¹, la prima dal titolo *Polizia economico-medica delle vettovaglie* e l'altra dal titolo *Sistema di polizia medico-militare*. Il suo fine era quello di mitigare gli effetti della guerra e cercare di garantire un sana igiene alimentare ai soldati, dando indicazioni sulla salubrità dei pasti militari, sulla loro qualità, sulla loro conservazione e pulizia ed infine indicandone le modalità di somministrazione, stessa cosa per le bevande. Attraverso la seconda opera invece l'autore analizza in modo completo la vita del soldato fuori e dentro l'esercito, studiandone l'alimentazione, l'abbigliamento, l'addestramento, lo stile di vita e tutto ciò che riguarda il suo soccorso e assistenza dai vari tipi di malattie e ferite che possono colpirlo, ed infine indica tempi e modalità di sepoltura dei corpi⁸².

Queste opere e il loro contributo alla sanità militare garantirono a Omodei il posto di consulente presso il Ministero della Guerra dal 1812 al 1814 durante il Regno Italico⁸³. Altre importanti evoluzioni in campo sanitario militare si hanno durante il Regno di Sardegna; infatti è con Carlo Alberto che si hanno importanti novità. Sotto il suo governo vengono creati nuovi corpi ed emanati rilevanti decreti.

Carlo Alberto di Savoia istituì un corpo di allievi medici militari italiani a cui successivamente il 4 giugno 1833⁸⁴ fece seguire un decreto di «riordinamento del personale e del servizio militare in tempo di pace» con il quale avvenne l'assimilazione dei medici ai gradi militari e la creazione del «Consiglio superiore di Sanità Militare» con autorità sui servizi sanitari militari di Esercito e Marina; ancora oggi il 4 giugno è la data celebrativa della sanità militare italiana. Il decreto citato era fondamentalmente un riordino del Servizio Sanitario Militare, il quale dal 1845 prese la denominazione di

⁸¹ Cosmacini, *Guerra e medicina*, cit., p. 140.

⁸² *Ivi*, p. 141.

⁸³ *Ibidem*.

⁸⁴ *Ivi*, p. 142.

«Corpo di Sanità Militare». Altro decreto molto importante è quello del 5 settembre del 1843 col il quale ai medici che volevano svolgere il ruolo di chirurghi militari si impone la laurea sia in medicina che in chirurgia⁸⁵. Altra data importante è il 9 agosto 1843, con la fondazione del corpo di infermieri militari destinato a svolgere servizio presso ospedali e ambulanze⁸⁶.

Passiamo ora a trattare della guerra di Crimea, un importante passaggio per la storia della sanità militare, soprattutto per l'operato di una donna che passerà alla storia. Trattasi di Florence Nightingale⁸⁷, infermiera britannica inviata presso l'ospedale turco di Scutari. Le condizioni di vita dei soldati nella guerra di Crimea furono terribili: non solo soffrirono le lesioni tipiche di una guerra ma vennero anche travolti da una ondata di colera. Come se non bastasse soldati feriti e colpiti da colera si riversarono presso ospedali in pessime condizioni igieniche e con una scarsissima igiene alimentare: tutto ciò contribuì a fare della Crimea un inferno⁸⁸.

La Nightingale fu inviata a capo di 38 "consorelle"⁸⁹. Il suo operato durò 18 mesi e fin da subito si concentrò sulla gestione dell'ospedale, poiché si accorse che da una corretta gestione del luogo ospedaliero e dalla sua corretta igiene dipendeva la vita dei feriti in quanto spesso si moriva più per l'infezione che la ferita in sé. Attraverso il suo operato e la sua gestione la mortalità diminuì, passando dal 47% al 2%⁹⁰. A Florence Nightingale si deve la creazione e la nascita della moderna assistenza infermieristica: fu lei a portare innovativi metodi di assistenza al malato ed è stata la prima ad usare il metodo scientifico nell'assistenza infermieristica⁹¹. Infatti, attraverso la statistica prese nota del tipo di ferite, dell'incidenza sulla mortalità, e dell'evoluzione delle malattie, organizzando il tutto in indici e tabelle. Fece notare anche l'importanza dell'ambiente, in quanto determinante per la guarigione, indicando cinque requisiti per un ambiente salubre ossia aria pulita, acqua non contaminata, fognie funzionanti, luce e pulizia generale, tanto meglio se si aggiungono silenzio, calore e dieta⁹².

⁸⁵ *Ibidem*.

⁸⁶ *Ivi*, p. 143.

⁸⁷ *Ivi*, p. 144.

⁸⁸ *Ibidem*.

⁸⁹ *Ibidem*.

⁹⁰ *Ibidem*.

⁹¹ *Ivi*, p. 145.

⁹² *Ibidem*.

Nel corso della guerra i soldati le dettero il soprannome di “lady with the lamp” per il suo aggirarsi all’interno dell’ospedale con una lanterna per assistere i malati.

Una volta finita l’esperienza di Crimea scrisse nel 1857 un resoconto finale di 1000 pagine, contenente statistiche e considerazioni sulla gestione dell’ospedale in Crimea, a seguito di ciò molti ospedali militari vennero seguiti e gestiti seguendo le sue indicazioni⁹³.

Nel 1860 pubblicò uno scritto di 136 pagine, *Notes on Nursing*⁹⁴, ancora oggi considerato il primo trattato sulla moderna professione d’infermiere.

Florence Nightingale rappresenta uno dei più importanti contributi femminili al mondo medico e per l’umanità, per ciò che ha dato e per le incredibili doti di alto valore umano. Oggi il CICR, il Comitato Internazionale di Croce Rossa premia gli infermieri⁹⁵ che nel mondo di sono contraddistinti per abnegazione, senso del dovere e aiuto umanitario con la medaglia Nightingale⁹⁶.

Dopo le vicende di Nightingale e della Crimea, un’altra battaglia è destinata a rimanere nella storia. Il 24 giugno 1859 è la data della, Battaglia di Solferino, una data che ai più non vorrà dire molto, ma per il movimento internazionale di Croce Rossa rappresenta il luogo dove tutto ebbe inizio, dove inizia e nasce la storia della Croce Rossa o per meglio dire sotto il grido di “tutti fratelli” nasce l’idea di Croce Rossa⁹⁷.

La storia della Croce Rossa sarà trattata in modo più dettagliato nel prossimo capitolo, qui ricordo solo che gli avvenimenti di Solferino portarono l’8 agosto 1864 alla stipula della prima Convenzione di Ginevra.

A cavallo tra due secoli: dalla fine dell’Ottocento agli inizi del Novecento

Verso la fine dell’Ottocento ci sono importantissime evoluzioni in campo medico. È in questo secolo che prendono vita l’asepsi, l’infettivologia e l’anestesia⁹⁸. Scoperte fondamentali ma che rimasero soprattutto sul piano teorico, poiché nella pratica non trovarono subito applicazione nei campi di battaglia. Purtroppo, all’epoca la truppa era

⁹³ *Ibidem*.

⁹⁴ *Ibidem*.

⁹⁵ Vedi allegato n.3.

⁹⁶ <https://www.icrc.org/en/doc/resources/documents/feature/2010/florence-nightingale-feature-110810.htm>.

⁹⁷ Cosmacini, *Guerra e medicina*, cit., p. 146.

⁹⁸ *Ivi*, p. 151.

ancora considerata “carne da cannone” e certe evoluzioni e scoperte venivano discusse soprattutto nei salotti delle accademie⁹⁹. In questo secolo la industrializzazione della società cambia in parte la vita dei soldati, esempio è la guerra civile americana, ove gli spostamenti delle truppe non avvengono più tramite marce forzate bensì attraverso trasferimenti ferroviari¹⁰⁰; il treno rappresenta un elemento strategico che sconvolge le dinamiche belliche, non solo consente rapidi spostamenti di truppe ma anche celeri e sicure evacuazioni dei feriti. Dalla metà dell’Ottocento la guerra si fa sempre più industriale: acciaierie e settore siderurgico diventano il perno della produzione bellica fatta di pezzi di artiglieria, fucili a retrocarica e munizioni¹⁰¹. Un avanzamento tecnologico e produttivo che fu elemento centrale nella Prima e nella Seconda guerra mondiale.

In Europa l’esercito meglio organizzato dal punto di vista sanitario militare è l’esercito tedesco che ben presto viene preso come esempio anche per gli eserciti degli altri Stati. L’esercito prussiano si era organizzato in modo molto efficiente sotto il profilo sanitario militare; l’ordine gerarchico era il seguente¹⁰² :

- Medici con ruolo direttivo
 - Medici di corpo d’armata
 - Medici di divisione
 - Medici di reggimento
- Medici di base
 - Medici di truppa
 - Medici di tappa
 - Medici d’ospedale da campo
- Sottoposti
 - Infermieri
 - Portaferiti

Infermieri e portaferiti avevano il compito di evacuare il prima possibile i feriti e solo in casi di necessità potevano fermare emorragie e bendare ferite. I feriti potevano poi essere smistati in vari ospedali e l’organizzazione del tempo prevedeva¹⁰³ :

⁹⁹ *Ivi*, p. 152.

¹⁰⁰ *Ivi*, p. 153.

¹⁰¹ *Ivi*, p. 161.

¹⁰² *Ivi*, p. 155.

¹⁰³ *Ibidem*.

- Ospedali mobili
- Ospedali fissi
- Ospedali di retrovia
- Ospedali di riserva

Questa organizzazione consentì all'esercito prussiano di avere una eccellente gestione delle urgenze e necessità mediche sul campo di battaglia e fu l'unico esercito, se non addirittura il primo nella storia bellica, ad avere più morti da arma da fuoco che per malattie¹⁰⁴.

L'Italia cerca di seguire l'esempio prussiano ed è alla fine dell'Ottocento che avviene una riorganizzazione in ambito sanitario, che si rivelerà poi fondamentale e di vitale importanza pochi anni dopo con la Prima guerra mondiale. Il 22 dicembre 1888¹⁰⁵ viene promulgata la legge sanitaria precisamente la legge, n. 5849 «Sull'ordinamento dell'amministrazione e dell'assistenza sanitaria del Regno» da parte del governo di Francesco Crispi. Concettualmente si può dire che il 1800 è un secolo in cui le nazioni in un certo senso si preparano alla guerra, non solo attraverso una imponente industrializzazione ma soprattutto grazie alla riorganizzazione degli assetti della sanità militare.

La Prima guerra mondiale

La Prima guerra mondiale rappresentò la piena traduzione del paradigma di guerra industriale dove masse, industria e forza ne rappresentano gli elementi fondamentali¹⁰⁶. Il primo conflitto verrà analizzato in modo approfondito nei prossimi capitoli; in questo mi soffermerò solo a descriverne alcune evoluzioni e lo scenario della sanità militare. Come in tutte le guerre anche nella Grande Guerra le sofferenze dei soldati furono date anche da tremende malattie: la trincea, elemento caratterizzante di questo conflitto, obbligava a condizioni di vita ed igieniche estremamente inadeguate, basti pensare all'assenza di servizi igienici, alla sottoalimentazione, e alle avversità climatiche¹⁰⁷. Questi fattori rendevano gli uomini estremamente deboli e vulnerabili, assoggettandoli

¹⁰⁴ *Ibidem*.

¹⁰⁵ *Ivi*, p. 157.

¹⁰⁶ *Ivi*, p. 161.

¹⁰⁷ <http://www.centenario1914-1918.it/it/2015/07/08/ferite-malattie-e-traumi-da-trincea>.

facilmente e gravemente ad infezioni e malattie.¹⁰⁸ È proprio questo l'elemento caratterizzante la Prima guerra mondiale, ossia di essere un conflitto di massa che facilita e potenzia la capacità di contagio e di trasmissione delle malattie e di batteri, permettendo il dilagarsi tra le fila dei soldati del tifo petecchiale e altre malattie¹⁰⁹. Ma è dal punto di vista tecnico che la Prima guerra mondiale porta elementi di novità dati da un lato da nuove invenzioni belliche, e dall'altro da un perfezionamento di quelle esistenti, rendendo così ancor più atroci le conseguenze sul campo di battaglia. Stiamo parlando di evoluzioni nelle armi dei fanti, che ora usano fucili a retrocarica con proiettili, lanciafiamme, postazioni di mitragliatrici, per la prima volta usate in modo massiccio, e di due nuove macchine da guerra mai usate prima ossia il carrarmato e l'aeroplano a cui si aggiunge l'invenzione di un nuovo tipo di arma, la minaccia chimica rappresentata dai gas tossici¹¹⁰; concettualmente non un nuovo tipo di arma, poiché l'uomo ha sempre cercato di colpire il nemico con infezioni, malattie ed epidemie, ma possiamo dire che è la prima volta che l'uomo usa le conoscenze scientifico-chimiche per produrre un'arma chimica in modo artificiale da zero. Nello specifico parliamo di Iprite, un gas invisibile, chiamato dagli inglesi Mustard Gas per il suo odore di mostarda, facendo entrare la maschera antigas nell'equipaggiamento individuale. È una guerra nuova, di massa, di logoramento¹¹¹.

Dal punto di vista sanitario si prospetta una sfida di dimensioni titaniche: nuove tecniche e strumenti ricevono il battesimo del fuoco, ma soprattutto due nuovi fronti si aprono per quanto riguarda la cura e l'assistenza del ferito, da un lato quello della salute mentale, gravemente colpita dai traumi psicologici della guerra e dall'altro quello della riabilitazione, poiché migliaia di uomini sono resi inabili e hanno bisogno di protesi, e di interventi di chirurgia estetica al fine di ritornare in società e poter reinserirsi nel lavoro finita la guerra¹¹².

Dal punto di vista organizzativo è fondamentale precisare che il sistema sanitario militare è controllato e dipende dal Ministero della guerra fuori dal fronte, mentre per le zone del fronte dal Comando Supremo e dalle Direzioni di sanità d'Armata, che sono quattro: prima e seconda nelle Alpi Giulie, la terza in Cadore e la quarta in Trentino¹¹³.

¹⁰⁸ *Ivi*, p. 162.

¹⁰⁹ *Ibidem*.

¹¹⁰ *Ivi*, p. 163.

¹¹¹ *Ibidem*.

¹¹² *Ivi*, p. 166.

¹¹³ *Ivi*, p. 164.

Dal punto di vista operativo le strutture impiegate sono: posti di medicazione, infermerie di raccolta e sgombero, ambulanze, ospedali da campo, ospedali territoriali, treni ospedali, navi ospedali e altre imbarcazioni fluviali¹¹⁴.

Come sempre dallo scenario bellico la medicina e la ricerca scientifica ricevono banchi di prova e spinte al progresso.

Fare un elenco completo di tutte le variazioni ed evoluzioni in campo bellico durante la guerra è impresa complicata, ma si può nominare una delle novità più importanti per lenire le sofferenze dei soldati e che poi è stata rivoluzionaria anche in campo civile.

Si tratta della soluzione di Dakin-Carrel¹¹⁵: una soluzione antisettica, composta da ipoclorito di sodio e acido borico che fu utilizzata per disinfettare le ferite. La mancanza di un'efficiente antisepsi, infatti, rappresentava forse il nemico più micidiale in ambito sanitario, basti pensare che su quattro soldati feriti, 3 morivano per infezioni. Il bilancio parla di oltre 600.000 morti, statisticamente 50% morti per le ferite, 33% per le malattie e il rimanente per altre cause¹¹⁶.

La Seconda guerra mondiale e la nascita della minaccia nucleare

La Seconda guerra mondiale è stata una guerra totale, dove i paesi hanno usato tutto il loro potenziale umano, tecnologico, bellico e scientifico per vincere il nemico. L'avanzamento tecnologico ha prodotto incredibili cambiamenti sulle caratteristiche tecniche di mezzi e strumenti aumentandone la capacità distruttiva e di offesa, cosa che di conseguenza ha cambiato il modo di fare la guerra e le sue ripercussioni per gli uomini per quanto riguarda ferite e traumi. Un cambiamento tecnologico che poi a cascata si è riversato in tutti i settori, compreso quello medico. Dopo la Prima guerra mondiale, gli aerei hanno subito un vero e proprio sconvolgimento: i primi velivoli in guerra, date le caratteristiche tecniche, avevano fondamentalmente il ruolo di cacciatori, e quindi il compito di ingaggiare duelli aerei, mentre il bombardamento al suolo non era ancora massicciamente praticato; nella Seconda guerra mondiale vediamo invece un netto cambiamento, poiché l'aereo diventa un mezzo di bombardamento e di trasporto truppe e dunque l'aeronautica si organizza e diventa componente strategica, e si organizzano di

¹¹⁴ *Ibidem*.

¹¹⁵ *Ivi*, p. 168.

¹¹⁶ *Ivi*, p. 166.

conseguenza squadre di bombardieri e di trasporto truppe¹¹⁷. Il legame tra aereo e uomo si fa più stretto, diventa da un lato mezzo di trasporto, nel quale tra l'altro si vede l'impiego massiccio di paracadutisti per la prima volta nella storia e dall'altro, simbolo di morte dal cielo, venendo usato per colpire obiettivi a terra. L'avanzamento tecnologico si applica anche al sottomarino, che viene dotato del sonar grazie alla scoperta degli ultrasuoni¹¹⁸. Questa tecnologia viene impiegata anche in campo medico e porta all'uso dell'ecografia¹¹⁹. Non solo guerra al servizio della scienza e del progresso, ma anche scienza al servizio della guerra. Le scoperte in campo chimico e medico furono usate per contribuire alla vittoria e non sempre nel senso di diminuire le sofferenze umane. Ne è l'esempio il Pervitin¹²⁰, droga che deriva dalla efedrina, una anfetamina prodotta dal 1938 dalla Germania nazista. Curioso il fatto che il tubetto contenente le pastiglie potesse sembrare un normale integratore e che l'etichetta dell'epoca fu elaborata cercando di riprodurre i colori vivaci e simpatici delle confezioni di coca cola¹²¹. Venne somministrato regolarmente ai soldati di Hitler, la Wehrmacht, facendo di essa un'arma micidiale, dato che azzerava la fatica e la fame, il bisogno di sonno, aumentando le capacità motorie e in aggiunta alterava se non annullava il senso del pericolo. Ritenuta una sostanza di "alto valore militare", veniva conservata dai soldati sotto l'elmetto e veniva distribuita col rancio o dai medici militari¹²². Ancora oggi il Pervitin è oggetto di discussione e di quanto abbia contribuito all'avanzata dell'esercito tedesco; appare comunque chiara quanto possa essere terrorizzante la scena di trovarsi davanti l'avanzata di soldati armati sotto l'effetto micidiale di ideologia e droga. I soldati alleati inizialmente rimasero sconvolti nel vedere i soldati tedeschi che sfiorati dalle esplosioni di granate e davanti alle raffiche di mitragliatrice non si buttavano a terra (reazione del tutto naturale ed obbligatoria), bensì continuassero ad avanzare come se nulla fosse. Un esempio invece positivo di uso della chimica è dato dalla Penicillina, scoperta nel 1929¹²³. Venne usata contro le infezioni dal 1941 e in modo massiccio a partire dal 1943 per esigenze belliche¹²⁴. Rappresenta una importante evoluzione in campo medico militare in quanto aiutò a salvare migliaia di

¹¹⁷ *Ivi*, p. 176.

¹¹⁸ *Ivi*, p. 178.

¹¹⁹ *Ibidem*.

¹²⁰ <https://it.wikipedia.org/wiki/Pervitin>.

¹²¹ *Ibidem*.

¹²² *Ibidem*.

¹²³ Cosmacini, *Guerra e medicina*, cit., p. 155.

¹²⁴ <https://it.wikipedia.org/wiki/Penicillina>.

soldati da ferite mortali. Altro esempio di come la scienza e la chimica si misero al servizio della guerra fu la bomba atomica, scoperta nel 1939 dai fisici tedeschi che studiarono la fissione del nucleo di uranio dando via all'energia e alla fisica nucleare. Anche se molti furono gli scienziati che cercarono di dissuadere la politica dal farne uso, purtroppo le conoscenze furono usate anche in campo bellico e il 16 luglio 1945, col test Trinity¹²⁵, c'è lo sgancio della prima bomba atomica, un test sperimentale; al quale segue il 6 agosto 1945 lo sgancio sulla città di Hiroshima e il 9 dello stesso mese quello sulla città di Nagasaki; sebbene le stime non siano precise, si parla di un totale di circa 200.000 vittime¹²⁶. Sotto il profilo umanitario è da notare che si è trattato quasi esclusivamente di vittime civili. Altro elemento tristemente noto della Seconda guerra mondiale sono i campi di concentramento nazisti. Non è facile descrivere cosa furono dal punto di vista umano queste strutture, ma dal punto di vista medico gli internati furono usati anche come cavie da laboratorio da parte dei medici nazisti. Furono portati avanti esperimenti sulla disidratazione, sulla privazione del sonno, il congelamento e addirittura la vivisezione¹²⁷. Si ha la sensazione che ad essere eliminato non fu solo l'uomo o la donna bensì un qualcosa di più profondo, lo stesso concetto di essere umano fu annientato. Di questo furono testimonianza anche le politiche di sterilizzazione, che insieme ai campi di concentramento, avevo lo scopo di eliminare il diverso e tutte quelle etnie ritenute diverse o impure¹²⁸. Dalle vicende della Seconda guerra mondiale sono nate moltissime spinte ed impulsi a legiferare in tema di Diritti Umani e di Diritto Internazionale Umanitario. La mia riflessione è che più si va avanti nel progresso tecnologico e più aumenta il potenziale distruttivo, facendo sentire inscindibile un rapporto tra azione ed etica nel campo della scienza e della ricerca. In una parola Umanità, uno dei sette principi della Croce Rossa, diviene forse il più importante ed indispensabile.

¹²⁵ Augusto Leggio, *Energia e ambiente ieri, oggi e domani. Una analisi storica, tecnica e geopolitica*, Roma, Lulu.com, 2013, p. 70.

¹²⁶ Giancarlo Sturloni, *L'atomo diviso: storia, scienza e politica dell'energia nucleare*. Milano, Sironi, 2013, p. 150.

¹²⁷ Cosmacini, *Guerra e medicina*, cit., p. 186.

¹²⁸ *Ibidem*.

Dopo la Seconda guerra mondiale: i casi di Corea, Vietnam e Golfo

Con Hiroshima e Nagasaki l'attenzione (e il terrore) si concentrano sull'elemento nucleare: appreso il suo potenziale distruttivo, gli sforzi sono diretti a trovare soluzioni politiche dirette alla gestione del rischio e allo scongiurare l'uso di questi armamenti al fine di evitare un conflitto nucleare che si tradurrebbe nella fine della società. Sotto la spinta della pace o del tentativo di evitare un olocausto nucleare, si arriva alla fondazione presso San Francisco in California, dell'ONU: il 24 ottobre del 1945 5 Stati, vale a dire USA, URSS, Francia, Cina e Regno Unito (che diverranno poi i cinque membri permanenti in seno al Consiglio di Sicurezza¹²⁹) firmano la carta costitutiva delle Nazioni Unite. La guerra non esce di scena, cambia semmai configurazione, dato che si passa dal concetto di guerra calda, ossia combattuta sul campo, a guerra fredda, consistente in uno stato di tensione tra due superpotenze nucleari, vale a dire USA e URSS che minacciano di auto eliminarsi attraverso l'uso dell'arsenale nucleare. Il rischio di distruzione totale è tale da obbligare i belligeranti a non muovere il primo passo certi della fine di tutto, obbligando il mondo a rimanere in uno stato di tensione permanente, un conflitto di natura più diplomatica e psicologica che materiale. La guerra calda però non scompare, prende i contorni di guerra locale o regionale perdendo la configurazione di guerra generale. Esempi di guerre locali possono essere la guerra di Corea, il Vietnam e il conflitto iracheno¹³⁰. La lista delle guerre dopo la Seconda guerra mondiale è lunga, ma queste non sono scelte a caso in quanto in esse si verificano evoluzioni interessanti in ambito della sanità militare. Il 25 giugno 1950 la Corea del Nord, con l'appoggio della Cina, invade la Corea del Sud, in soccorso della quale intervengono gli USA: inizia così la guerra di Corea¹³¹. Ma perché la guerra di Corea merita una menzione in un capitolo che tratta del connubio tra guerra e sanità nel corso della storia? Perché per la prima volta, nella storia della sanità militare è stata stilata una puntuale schedatura delle vittime di guerra e tale catalogazione è stata poi elaborata a computer¹³². Di ogni vittima venivano raccolte informazioni su ferite e motivi del decesso, che vengono riportati su schede perforate, le

¹²⁹ William. R. Keylor, *Un mondo di nazioni. L'ordine internazionale dopo il 1945*. Milano, Guerini Scientifica, 2014, p. 59.

¹³⁰ Cosmacini, *Guerra e medicina*, cit., p. 189.

¹³¹ *Ivi*, p. 188.

¹³² *Ibidem*.

quali inviate subito a Washington, dove vengono analizzate da un computer permettendone così l'archiviazione, l'analisi statistica e l'elaborazione di dati e statistiche. Da queste schede successivamente si evinceranno ben 18.769 caduti e 77.788 feriti gravi da richiedere il ricovero ospedaliero¹³³. Sommando i feriti gravi e meno gravi si contano 444.165 ricoverati totali di cui 365.375, ossia l'82,4%, conseguente a malattie ed infortuni, evidenziando così che la maggior parte dei feriti non era dovuto strettamente a lesioni o ferite da guerra¹³⁴. Questo fa capire l'utilità dell'uso di statistiche (introdotte da Florence Nightingale) e moderne tecnologie e di quanto sia importante l'elemento informativo presso un esercito, che sia in ambito sanitario, logistico o altro. Altro elemento d'interesse per quando riguarda la guerra di Corea, oltre la computerizzazione e teletrasmissione dei dati sanitari, sono i "Mobile Army Surgical Hospital"¹³⁵ abbreviati con la sigla "MASH"¹³⁶. Si tratta di ospedali da campo che seguono gli spostamenti delle unità. Sono dotati di sessanta posti letto, servizi di terapia intensiva e radiologia; tratto distintivo dei MASH ed evoluzione per l'epoca è l'evacuazione aeromedicale attraverso elicotteri, pratica che nasce e viene inserita per la prima volta proprio con questo conflitto¹³⁷. Poco noto invece, è che anche la Croce Rossa Italiana è intervenuta in soccorso durante il conflitto della guerra di Corea, precisamente con un ospedale da campo, l'ospedale n.68¹³⁸, gestito dai due corpi ausiliari della CRI, ossia da 71 volontari (personale maschile e femminile) tra corpo militare CRI e Infermiere Volontarie. L'ospedale diventerà operativo a fine 1951 nei pressi di Seul, precisamente a Yong Dung Po, eseguendo 230.000 prestazioni e contando la presenza di ben 7.000 ricoverati, fino al gennaio 1955, data di fine missioni e rientro in patria¹³⁹. Altra peculiarità medica di tale conflitto è che si aumenta l'uso e la quantità di sangue per rianimare i feriti in stato di shock passando a quasi 2 litri di sangue e, in determinati casi, addirittura da 6 a 12 litri¹⁴⁰. La guerra di Corea si concluse nel 1953. Nel 1955 inizia la guerra del Vietnam e dal 1965 vede anche la partecipazione degli Stati Uniti; il conflitto terminerà solo nel 1975¹⁴¹. Fu un conflitto

¹³³ *Ivi*, p. 189.

¹³⁴ *Ibidem*.

¹³⁵ Vedi allegato n.4.

¹³⁶ *Ivi*, p. 189.

¹³⁷ Vedi allegato n.5.

¹³⁸ <https://www.cri.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/14072>.

¹³⁹ *Ibidem*.

¹⁴⁰ Cosmacini, *Guerra e medicina*, cit., p. 189.

¹⁴¹ *Ivi*, pp. 189,191.

estremamente complesso combattuto per lo più nella forma di guerriglie condotte prevalentemente in ambiente forestale e boschivo. Da un punto di vista della sanità militare fu un evento estremamente cruento e rappresenta una delle sfide più ardue che gli Usa hanno mai sofferto ed ancora oggi il paese porta le cicatrici culturali e sociali di questa pagina di storia dell'esercito degli Stati Uniti d'America. Due elementi caratteristici del Vietnam a mio parere hanno contribuito a determinate dinamiche nel corso del conflitto con dirette ripercussioni dal punto di vista sanitario. Partendo dal clima, si tratta di un clima tropicale, estremamente caldo e umido: sembra inverosimile, ma quasi il 70% dei militari ricoverati non lo fu per ferite da combattimento, bensì per malattie respiratorie e veneree, malaria, ed epatite virale con l'aggiunta di gravi dissenterie; poi ci fu un 16% di ricoverati da ferite da esplosioni o da arma da fuoco¹⁴². La guerra del Vietnam è famosa anche per le sue dinamiche psicologiche sui soldati, come tutte le guerre si potrebbe dire, ma questa ha avuto un impatto particolarmente forte sul fronte mentale. L'abuso di droghe come marijuana, eroina, anfetamine divenne comune grazie alla facile disponibilità ed economicità andando a diffondersi tra le fila dei combattenti statunitensi e arrivando a coinvolgere quasi il 21% del personale¹⁴³. In definitiva i disturbi psichiatrici divennero la seconda causa di ricovero ospedaliero tra i soldati americani. Questi reduci rientrati in patria erano spesso portatori di un Post Traumatic Stress Disorder¹⁴⁴ e non riuscivano a reinserirsi nella vita sociale. Altro elemento caratteristico del Vietnam è l'ambiente caratterizzato da foreste; è proprio la fitta vegetazione a portare gli Usa all'uso di determinate armi e tecniche per scovare il nemico. Un fattore che spinge l'amministrazione della Casa Bianca ad autorizzare l'uso di agenti chimici. Una foresta particolarmente insidiosa, ove tra le foglie si nascondono i vietcong: proprio per stanarli l'esercito usa un diserbante al fine di spogliare le foreste che offrono nascondiglio al nemico. Si tratta dell'Orange Agent¹⁴⁵, un defogliante e diserbante al quale per uso bellico, fu aggiunta diossina. Ne vennero dispersi più o meno 72 milioni di litri, causando gravissime malformazioni, malattie genetiche e tumori a bambini, civili e soldati di entrambi gli schieramenti¹⁴⁶. Ci si trova davanti a composti chimici a scopo offensivo bellico. Altro agente chimico responsabile di asfissia ed intossicazione fu il gas CS usato

¹⁴² *Ivi*, p. 190.

¹⁴³ *Ivi*, p. 191.

¹⁴⁴ *Ibidem*.

¹⁴⁵ https://it.wikipedia.org/wiki/Agente_Arancio.

¹⁴⁶ Cosmacini, *Guerra e medicina*, cit., p. 190.

per stanare i vietcong nei rifugi sotterranei¹⁴⁷. Terzo ed ultimo agente chimico usato nella guerra del Vietnam è il tristemente noto Napalm: si tratta di una gelatina inventata ed usata nella Seconda guerra mondiale, la quale per il conflitto vietnamita fu arricchita di fosforo bianco; infatti in Vietnam si parla di Napalm-B¹⁴⁸. Questa gelatina estremamente infiammabile e impermeabile all'acqua fu usata come combustibile per lanciafiamme e bombe incendiarie, le quali vennero utilizzate insieme all'Orange Agent per distruggere le foreste. Ne vennero sganciate circa 380.000 tonnellate e ogni bomba radeva al suolo 2.000 metri quadri di foresta¹⁴⁹. Una guerra, quella del Vietnam, distinta dal largo uso di agenti chimici e da conseguenze neuropsichiche estremamente gravi per i soldati dovute anche dall'uso di droghe. Dal punto di vista sanitario gli Usa hanno dovuto sopportare un peso enorme anche in tema di spesa pubblica per far fronte alle conseguenze sociali della guerra sia fuori che dentro i suoi confini. Altri conflitti si sono combattuti dopo la Seconda guerra mondiale, dai Balcani al Sudamerica, per non parlare di quelli in territorio africano¹⁵⁰. Sono conflitti che non portano novità od elementi estranei da un punto di vista della sanità militare. Va però fatta menzione di un elemento comunque rilevante per quanto riguarda la sanità militare che è stato protagonista dei conflitti in Bosnia, Kosovo e nella seconda guerra del Golfo: si tratta dell'uranio impoverito¹⁵¹. L'uranio di per sé è un metallo bianco, tossico e radioattivo: se si arricchisce, si ottiene combustibile per centrali nucleari e materiale detonante per armi nucleari e un sottoprodotto di questo arricchimento è l'uranio impoverito. È un metallo estremamente denso e duro ed è per questo che è stato usato anche per scopi militari, dalle corazze blindate dei tank, alle munizioni anticarro, e a vari tipi di munizionamento. L'uranio impoverito non rientra nella categoria di armi convenzionali ed i suoi effetti sull'uomo sono tremendi, tanto da spingere Carla Del Ponte, nel 2001 a capo del Tribunale penale internazionale per l'ex Jugoslavia, a dichiarare che il suo uso da parte della NATO possa qualificarsi come crimine di guerra¹⁵². Corazze e munizioni all'uranio impoverito quando vengono colpite si frammentano in minuscole particelle, che possono essere facilmente inalate o ingerite: per esempio tre munizioni anticarro all'impatto possono dissolversi fino a 3/9 Kg di

¹⁴⁷ https://it.wikipedia.org/wiki/Gas_CS.

¹⁴⁸ <https://it.wikipedia.org/wiki/Napalm>.

¹⁴⁹ http://www.almanacco.cnr.it/reader/cw_usr_view_articolo.html?id_articolo=8387&giornale=8380.

¹⁵⁰ Cosmacini, *Guerra e medicina*, cit., p. 191.

¹⁵¹ *Ivi*, p. 194.

¹⁵² https://it.wikipedia.org/wiki/Uranio_impoverito.

particolato d'uranio e solitamente le polveri si depositano in un raggio di 50 metri dall'impatto¹⁵³. Essendo tossico è estremamente pericoloso se direttamente inalato o se entra in contatto diretto con ferite, cosa probabile in caso di schegge e frammenti vari di munizionamenti. Le conseguenze sono danni ai reni e all'apparato gastrointestinale ed effetti cancerogeni¹⁵⁴. Da un punto di vista sanitario militare è bene citare la cosiddetta "sindrome dei Balcani"¹⁵⁵ sofferta dai soldati italiani a partire dal 1999 soprattutto nella forma di tumore al pancreas. Ancora oggi la letteratura scientifica non è uniforme nel determinare il ruolo dell'uranio in queste malattie soprattutto nel lungo corso; rientra comunque tra quegli elementi che hanno fatto la loro comparsa nei teatri di guerra e di conseguenza nella sanità militare¹⁵⁶. Si conclude qui questo excursus storico, che ha cercato di delineare l'evoluzione delle conseguenze della guerra, di come sono cambiate le armi e le metodologie e di conseguenza le ferite sull'uomo che siano fisiche o psicologiche, e infine di come è cambiata la sanità militare, dalla sua nascita alla sua evoluzione con le sue scoperte mediche e scientifiche.

L'età contemporanea

L'epoca contemporanea da un punto di vista bellico, non vede più una guerra di massa condotta da eserciti regolari, bensì una serie di conflitti definiti asimmetrici, in cui eserciti nazionali combattono contro milizie o gruppi armati, che sono piccoli per quanto riguarda la loro composizione numerica e magari anche male armati, ma che, nonostante ciò, rappresentano una grave minaccia, per via delle loro azioni terroristiche e di guerriglia¹⁵⁷. Un conflitto quindi che non avviene più in campo aperto, bensì in luoghi improvvisati in qualunque momento. Sono cambiati anche i bersagli: ad essere colpiti ora non sono più solo i soldati avversari, bensì anche i simboli civili, sociali, politici e culturali del nemico. Nell'epoca moderna si sono visti numerosi attentati terroristiche che hanno avuto come obiettivi i civili. Ne sono esempi gli attentati alle Torri Gemelle a New York nel 2001,

¹⁵³ https://it.wikipedia.org/wiki/Uranio_impoverito.

¹⁵⁴ *Ibidem*.

¹⁵⁵ *Ibidem*.

¹⁵⁶ Cosmacini, *Guerra e medicina*, cit., p. 1994.

¹⁵⁷ https://www.huffingtonpost.it/roberto-colella/isis-e-la-nuova-guerra-asimmetrica_b_8572680.html.

oppure gli attentati che hanno coinvolto la Francia tra il 2015 e 2016 con gli episodi di Parigi e Nizza. A New York si sono contati quasi 3.000 vittime e 6.400 feriti mentre in Francia in tutto tra i due eventi circa 224 morti e 826 feriti¹⁵⁸. Senza considerare il numero di attentati in Siria e Afghanistan ancora più alto e tremendo. Quello che preme far notare è che in epoca moderna molti attori combattenti non seguono, che sia volutamente oppure no, qualsiasi minima regola e nozione di Diritto Internazionale Umanitario, sia per motivi ideologici che per motivi legali alla loro organizzazione. Teatri di guerra diventano così città e vie di tutti i giorni, impegnando la sanità civile ad intervenire in scenari che sono più caratteristici dei teatri di guerra che non della normale vita quotidiana. Quale collegamento tra attentati e sanità militare? Rimango in ambito francese per rispondere a questo quesito. Dopo gli attentati, la Croce Rossa Francese ha incominciato a chiedersi come poteva intervenire in questi scenari e cosa poteva fare¹⁵⁹. Ne è incominciata una fase di analisi e di simulazione ove si sono provati nuovi protocolli e modalità d'intervento. Ci si prepara quindi anche a questi eventi, dall'assistenza e soccorso ai feriti nel momento dell'attacco, all'assistenza psicologica a vittime e familiari passato il pericolo¹⁶⁰. Assetti ed organizzazioni tipici della sanità militare che si spostano dai campi di battaglia alle città. Una Croce Rossa che si prepara a far fronte alla minaccia di uno scenario bellico in modo del tutto improvviso, dovendo mobilitare risorse umane e materiali in modo urgente e massiccio senza nessun preavviso¹⁶¹. Quello che è successo in Usa e in Francia dovrebbe metterci in guardia, facendoci notare che una "Solferino" è sempre in agguato con modalità e tempistiche imprevedibili e sconosciute.

¹⁵⁸ https://it.wikipedia.org/wiki/Attentati_dell%2711_settembre_2001 .

https://it.wikipedia.org/wiki/Strage_di_Nizza.

¹⁵⁹ <https://www.croix-rouge.fr/Actualite/Mobilisation-exceptionnelle-apres-les-attentats-1842>.

¹⁶⁰ <https://irfss-occitanie.croix-rouge.fr/Decouvrez-nos-Formations/Se-former-en-sante-et-securite-au-travail/Securite-Surete-et-Gestion-de-Crise>.

¹⁶¹ http://www.adnkronos.com/Archivio/AdnAgenzia/2005/10/03/Cronaca/TERRORISMO-ESERCITAZIONE-ROMA---SCELLI-PERSONALE-CRI-EFFICIENTE-E-PREPARATO_172223.php.

CAPITOLO II

CROCE ROSSA: LE ORIGINI DI UNA IDEA. NASCITA ED EVOLUZIONE DELLA CROCE ROSSA ITALIANA

La Battaglia di Solferino

La storia della Croce Rossa inizia con la Battaglia di Solferino; non si tratta solo della storia di una istituzione, la Croce Rossa è prima di tutto una idea, una concezione forse addirittura un “sentire”.

Il 24 giugno 1859, nel bel mezzo della seconda guerra d’indipendenza, si scontrano due imponenti schieramenti, l’esercito francese e piemontese contro quello austriaco. Le stime parlano dai 300.000¹⁶² ai 400.000¹⁶³ combattenti in totale che si scontrano nella provincia di Mantova, in Lombardia, lungo un asse di circa 15 chilometri comprendenti le località di Solferino, Cavriana, Guidizzolo e colli San Martino¹⁶⁴.

La battaglia di Solferino rappresenta uno degli scontri più atroci e sanguinosi della storia moderna, seconda forse solo a Waterloo. Con più di 17 ore di incessanti combattimenti le relazioni ufficiali parlano di 14.000 morti, 23.000 feriti sul campo a cui si aggiungono 23.000 ammalati e 6.400 prigionieri: tuttavia le stime degli storici dichiarano che vi siano stati in tutto 22.000 morti e 90.000 feriti¹⁶⁵. Quella che si presenta sotto il sole del 25 giugno 1859, è una vera e propria carneficina.

Le testimonianze dell’epoca sono agghiaccianti. Per esempio, Achille Cabiati il 26 giugno 1859 scrive alla madre: «Puoi immaginarti qual sorta di macello ... è tale lo spettacolo che ti assicuro strazia l’anima»¹⁶⁶, o ancora la lettera di Ferdinando Berninzone datata 24 agosto 1859¹⁶⁷:

¹⁶² Maria Federica Selvi, *Il Viaggio di una Idea, Croce Rossa tra fascino e realtà*, Roma, Rai Radiotelevisione Italiana, 2004, p. 19.

¹⁶³ Costanza Bertolotti, *Da Solferino a Ginevra, Henry Dunant, la nascita della Croce Rossa e lo sviluppo del diritto umanitario internazionale*, Solferino, Comitato Dunant 1864-2014, 2014, p. 34.

¹⁶⁴ *Ibidem*.

¹⁶⁵ *Ibidem*.

¹⁶⁶ Bertolotti, *Da Solferino a Ginevra*, cit., p. 29.

¹⁶⁷ *Ibidem*.

È un orrore a vedere quei campi [...] ogni dieci passi si trova un rialzo di terra dove sono sotterrati centinaia di cadaveri; nel cimitero se alzate due dita di terra vedete ancora il sangue rappreso

O, ancora, forse la testimonianza più forte, quella di Filippo Prandi, che qui riporto per intero¹⁶⁸:

Al domani si andò in cerca dei morti e dei feriti per farne la consegna. Che orrore! Il suolo era seminato di cadaveri stesi in un lago di sangue, quali lacerati dalle mitraglie, quali rotti o mutilati dalle palle di cannone. In alcuni punti si vedeva un italiano ed un tedesco riversi al suolo, che nel venire ad arma bianca si erano l'un l'altro infilzati. [...] Si scavavano grandi fosse nei campi, si prendevano i cadaveri per le gambe e si trascinavano dentro. Ufficiali, semplici soldati, venivano accomunati nella stessa fossa. Nessuna distinzione.

L'uso dell'artiglieria ha provocato conseguenze disastrose, inoltre la calura estiva aumenta ancor di più le sofferenze dei sopravvissuti e dei feriti.

Henry Dunant, banchiere e uomo d'affari svizzero, di passaggio in quei territori per un viaggio di lavoro, si ritrovò suo malgrado ad assistere alle conseguenze della guerra. I due eserciti non avevano un servizio di sanità militare organizzato e numericamente adeguato alle necessità, ne è conseguito che migliaia di feriti erano lasciati senza alcun tipo di assistenza e cura. I primi soccorsi vennero portati dagli stessi abitanti del luogo e soprattutto dalle donne. Dunant cercò fin da subito di organizzare i soccorsi sotto il grido di «tutti Fratelli!»¹⁶⁹.

Un Souvenir da Solferino

Dunant, sconvolto da quanto vissuto, volle trascrivere la sua esperienza e le sue riflessioni in un libro, in modo tale da portare testimonianza a più persone possibili di ciò che era successo e di cosa si poteva fare per evitare il ripetersi di simili atrocità. Non inizia a scriverlo immediatamente, ma verosimilmente a due anni di distanza dagli eventi ossia a cominciare dal 1860-1861¹⁷⁰.

¹⁶⁸ Bertolotti, *Da Solferino a Ginevra*, cit., p. 32.

¹⁶⁹ Selvi, *Il Viaggio di una Idea*, cit., pp. 19-20.

¹⁷⁰ Bertolotti, *Da Solferino a Ginevra*, cit., p. 69.

Nella prima parte del libro viene descritta la battaglia, le ferite, le mutilazioni e le sofferenze delle vittime, viene rappresentato tutto il dramma umano di fronte alla carneficina, dalle grida di dolore ai feriti lasciati ad agonizzare senza il minimo aiuto. Successivamente, descrive ciò che lui e la popolazione di Castiglione, in particolar modo le donne, cercarono di fare per alleviare tali sofferenze; racconta quindi i primi per quanto improvvisati soccorsi e di come tutto fosse precario e insufficiente: perfino l'acqua non è abbastanza per tutti quei feriti, ma ciò che più si fa sentire è la mancanza di soccorritori. Toccante e simbolica la frase: «Ci sono bende in abbondanza, ma non abbastanza mani per applicarle sulle ferite [...]»¹⁷¹. Sempre dalla lettura del libro di Dunant, appaiono chiare le conseguenze dell'assenza del principio di neutralità nel campo di battaglia dove vengono massacrati anche medici ed infermieri insieme alle loro ambulanze.

Durante i combattimenti un gagliardetto, fissato su un punto elevato, indica il posto dei feriti e le ambulanze dei reggimenti implicati nell'azione. Sfortunatamente le truppe ignorano quale sia il colore del gagliardetto delle ambulanze e anche quello della bandiera degli ospedali del nemico, colori che sono differenti secondo le nazionalità. Le bombe vi arrivano, esse non risparmiano né i medici, né gli infermieri [...]»¹⁷².

Più avanti descrive il suo operato e quello delle donne di Castiglione ma cosa fondamentale, seguendo sempre il principio di soccorrere chiunque ne avesse bisogno senza distinzione di casacca o grado.

Le donne di Castiglione, vedendo che io non faccio alcuna distinzione di nazionalità, seguono il mio esempio testimoniando la stessa benevolenza a tutti questi uomini di origini così diverse e per loro tutti ugualmente stranieri. “Tutti Fratelli” ripetono con compassione [...]»¹⁷³.

O ancora più incisivo il passaggio:

Quando in uno degli ospedali di Cremona un medico italiano ha detto : “Riserviamo le cose buone ai nostri amici dell'esercito italiano alleato, ma diamo ai nostri nemici il giusto necessario, e se muoiono tanto peggio!”, una dama, alla guida di uno degli ospedali di questa città, si è premurata di biasimare queste parole barbare, dichiarando invece di trattare allo stesso modo austriaci, francesi e

¹⁷¹ Henry Dunant, *Un Souvenir da Solferino*, Roma, Altarego, 2013, p. 36.

¹⁷² *Ivi*, p. 26.

¹⁷³ *Ivi*, p. 47.

sardi e di non fare alcuna differenza tra amici e nemici, perché, aggiungeva : “Nostro Signore Gesù Cristo non ha affatto stabilito simili distinzioni fra gli uomini quando si tratta di far loro del bene. [...]”¹⁷⁴.

Ma è verso la fine che Dunant lancia le sue idee e i suoi propositi riguardo alla creazione di una associazione di soccorso costituita da volontari:

Non ci sarebbe modo di fondare, in ogni Paese d’Europa, delle società di soccorso che avessero per scopo far curare feriti in tempo di guerra da volontari, senza alcuna distinzione di nazionalità? [...] Società di questo genere [...] dovranno ottenere l’appoggio delle autorità del paese d’origine e sollecitare in caso di guerra [...] permessi e facilitazioni per condurre a buon fine il loro compito [...] Nel momento dell’entrata in campagna, questi comitati farebbero appello alle persone desiderose di consacrarsi per portare, sotto la direzione di medici esperti, soccorsi e cure ai feriti sui campi di battaglia, poi nelle ambulanze e negli ospedali. [...] Servono degli ospedalieri volontari, preparati in anticipo, iniziati all’opera e che, riconosciuti ufficialmente dai comandanti degli eserciti in campagna, siano facilitati nella loro missione¹⁷⁵.

Inoltre nella conclusione Dunant fa trasparire la necessità di un accordo tra Stati, di un’azione politica ed organizzata. È da queste sue parole che con il senno di poi, riecheggia la futura Convenzione di Ginevra e l’inno alla pace e al multilateralismo:

Non sarebbe auspicabile che mettessero a profitto questa specie di congresso per formulare un qualche principio internazionale, codificato a sacro, che una volta accettato e ratificato servisse di base a delle Società di soccorso per feriti nei diversi paesi d’Europa? [...] associazioni riconosciute dalle autorità e rispettate in virtù di un accordo tra belligeranti¹⁷⁶.

Aggiungo due parti, che trovo toccanti ed importanti: nelle parole di Dunant, in una si intravede il sogno di una comunità legata dagli stessi ideali e principi, quella che poi si tradurrà nel Movimento Internazionale di Croce Rossa e più specificatamente nella Federazione Internazionale delle Società di Croce Rossa e Mezzaluna Rossa ossia la (IFRC): «I Comitati delle differenti nazioni, benché indipendenti gli uni dagli altri, dovrebbero intendersi e comunicare insieme; riunirsi in congresso e, nell’eventualità di

¹⁷⁴ *Ivi*, p. 67.

¹⁷⁵ *Ivi*, p. 81.

¹⁷⁶ *Ivi*, p. 88.

una guerra, agire per il bene di tutti»¹⁷⁷. Nell'altra parte invece segna e indica il vero DNA della Croce Rossa, forse inizialmente tradito da chi voleva relegarla ad agire solo in tempo di guerra e solo per i soldati feriti.

Ma le parole di Dunant sono chiare e nel tempo la Croce Rossa e i suoi volontari vi sono rimasti fedeli, scontrandosi spesso con le ingerenze governative e militari:

Queste società potrebbero anche, per il loro carattere permanente, offrire grandi servizi in tempo di epidemie, d'inondazioni, di grandi incendi e altre impreviste catastrofi: la spinta umanitaria alla loro base le farebbe agire in ogni occasione nella quale la loro azione potrebbe essere necessaria.¹⁷⁸

Souvenir da Solferino viene pubblicato nel 1862 in un numero stimato di 400 copie¹⁷⁹.

A dicembre dello stesso anno esce la seconda edizione; infine, a febbraio 1863 ne esce una terza di 3.000 copie¹⁸⁰. La prima edizione italiana di *Souvenir da Solferino* esce invece nel novembre del 1863¹⁸¹.

Il libro viene distribuito in Europa ma anche nel resto del mondo soprattutto a sovrani, politici, e nobili, tocca dritto al cuore e in poco tempo le sue idee colpiscono l'opinione pubblica e i salotti buoni delle varie società europee. A tal proposito nel suo libro Dunant scrive:

Una volta affidato alla meditazione di ciascuno, questo tema provocherà senza dubbio le riflessioni e gli scritti di persone più competenti; ma non bisogna, innanzitutto, che questa idea, presentata ai diversi rami della grande famiglia europea, attiri l'attenzione e conquisti le simpatie di tutti coloro che sono dotati di un animo elevato e di un cuore in grado di commuoversi davanti alle sofferenze dei loro simili? Ecco perché questo libro è stato scritto [...]¹⁸².

Concludo il paragrafo riportando le testuali parole di Dunant, che bene fanno comprendere non solo il suo stato d'animo, ma anche quella che a detta del fondatore, sarà l'importanza del ruolo della donna in questa avventura, e che la storia e le volontarie dell'associazione ne daranno pronta e piena conferma che continuano a dare.

¹⁷⁷ *Ivi*, p. 90.

¹⁷⁸ *Ivi*, p. 89.

¹⁷⁹ Costantino Cipolla, Paolo Vanni, *Storia della Croce Rossa Italiana dalla nascita al 1914*, vol. I, Saggi, Milano, FrancoAngeli, 2019, p. 810.

¹⁸⁰ *Ivi*, p. 812.

¹⁸¹ *Ivi*, p. 813.

¹⁸² Dunant, *Un Souvenir da Solferino*, cit., p. 80.

Scrivendo silenziosamente il *Souvenir da Solferino* ero come posseduto dallo spirito di Dio: sentivo confusamente di essere lo strumento della Sua volontà per un'opera santa a beneficio futuro degli uomini, avvertivo il dovere di scuotere le coscienze e di risvegliarle alla pietà e alla compassione, e mi rivolgevo in particolare alle donne perché ormai era attraverso di loro che l'umanità poteva migliorare...¹⁸³.

Il Comitato dei Cinque e la conferenza preparatoria del 1863

Il libro *Souvenir da Solferino* ebbe un incredibile successo e venne distribuito sia in Europa che nel resto del mondo, cercando di farlo arrivare soprattutto nelle mani giuste, quelle della diplomazia e dei salotti dei sovrani dell'epoca. Sono proprio i regnanti che si vogliono sensibilizzare, perché sono le figure che con il loro potere possono fare la differenza. Infatti è proprio il libro a raccontare sia i drammi della guerra sia a proporre una soluzione o almeno un palliativo, ossia la creazione di società di soccorso dei feriti sui campi di battaglia, composte da volontari, riconosciute e protette dalle parti in conflitto, il tutto siglato da un accordo internazionale tra i vari Stati che vi volessero aderire¹⁸⁴.

Dunant inviò numerose copie in tutta Europa; una venne consegnata anche al presidente della Società d'utilità pubblica, Gustave Monyer, il quale invitò Dunant a sottoporre le idee e le problematiche descritte nel libro ai membri della sua associazione¹⁸⁵.

Il 9 febbraio 1863, davanti ai membri della Società d'utilità pubblica, Dunant espresse le sue idee e il dramma di Solferino e ciò che riteneva potesse essere utile per far fronte alla situazione, ossia la creazione di una associazione di soccorso ai feriti in guerra costituita da volontari¹⁸⁶. I membri appoggiarono le idee di Dunant e votarono finché fossero portate ed espresse in un evento di più ampia portata ed importanza diplomatica come il Congresso Internazionale di Berlino che si sarebbe tenuto a settembre. Il 17 febbraio 1863¹⁸⁷ si venne a creare il «Comitato ginevrino di soccorso dei militari feriti» il cosiddetto «Comitato dei Cinque», un gruppo costituito da cinque persone fortemente

¹⁸³ Selvi, *Il viaggio di una idea*, cit., p. 21.

¹⁸⁴ Cipolla, Vanni, *Storia della Croce Rossa Italiana*, cit., p. 110.

¹⁸⁵ Bertolotti, *Da Solferino a Ginevra*, cit., p. 80.

¹⁸⁶ *Ibidem*.

¹⁸⁷ Cipolla, Vanni, *Storia della Croce Rossa Italiana*, cit., p. 812.

interessate e motivate a portare avanti il progetto di creare una società di soccorso neutrale operante sia in guerra che in tempo di pace. I membri erano: Henry Dufour, generale e primo presidente; Louis Appia e Thèodore Manuoir due medici; il giurista Gustave Moynier ed Henry Dunant come segretario¹⁸⁸. Il compito che si dà il comitato è proprio quello di portare avanti l'idea di creare un corpo di volontari dediti al soccorso dei feriti in guerra, secondo il principio di neutralità, come fecero a Solferino al grido di “tutti fratelli”; la loro azione di propaganda e di mediazione è diretta soprattutto ai diplomatici e ai governi poiché sapevano che per attuare un progetto di tale portata era indispensabile l'accordo e l'aiuto delle varie nazioni.

Nel settembre 1863 Dunant si reca a Berlino per partecipare al Congresso di statistica¹⁸⁹, con il fine di convincere scienziati e politici della bontà delle sue idee e del suo progetto. Stampa e distribuisce a sue spese un opuscolo in cui anticipa i temi che si sarebbero discussi alla prossima conferenza internazionale a Ginevra, tra cui la formazione delle varie società di soccorso, chiedendo ai governi protezione e aiuto per soccorrere i feriti oltre al rispetto e riconoscimento del principio di neutralità di personale medico, feriti e soccorritori. Dunant, inoltre, distribuisce gli inviti alla prossima conferenza internazionale che si sarebbe tenuta a Ginevra nell'ottobre seguente, continuando nel frattempo a girare per le corti di mezza Europa al fine di sensibilizzarne i sovrani.

Tra il 26 e il 29 ottobre 1863 si tiene la predetta conferenza internazionale, che vede la partecipazione di 16 Stati rappresentati e 31 partecipanti¹⁹⁰. La discussione fu particolarmente animata, dato che tutti erano concordi sulla necessità di migliorare i soccorsi ai militari feriti, ma riguardo ai modi e alle modalità c'erano forti divergenze. Tuttavia si riuscì ad arrivare ad un accordo e alla fine il convegno si concluse con un documento composto da 10 articoli, che vengono qui riportati, data la loro importanza¹⁹¹:

Art.1 – In ogni paese esiste un Comitato, il cui mandato consiste nel concorrere, in tempo di guerra, qualora se ne dia il caso, con tutti i mezzi di cui dispone, al servizio di sanità militare. Tale comitato si organizza autonomamente nel modo che gli sembra più utile e conveniente.

Art.2 – Potranno essere costituite, in numero illimitato, delle sezioni al fine di assecondare il Comitato, al quale spetterà la direzione generale.

¹⁸⁸ *Ibidem*.

¹⁸⁹ Bertolotti, *Da Solferino a Ginevra*, cit., p. 80.

¹⁹⁰ *Ivi*, p. 82.

¹⁹¹ Bertolotti, *Da Solferino a Ginevra*, cit., p. 83.

Art.3 – Ciascun Comitato si dovrà mettere in contatto con il governo del proprio paese, affinché, in caso di necessità, quest'ultimo accetti i servizi che il primo può offrire.

Art.4 – In tempo di pace, i Comitati e Sezioni si incaricheranno di individuare i mezzi atti a rendersi effettivamente utili in tempo di guerra, in special modo predisponendo soccorsi materiali d'ogni genere e preoccupandosi di formare e istruire degli infermieri volontari.

Art.5 – In caso di guerra, i Comitati delle nazioni belligeranti forniranno, in base alle proprio risorse, i soccorsi alle forze armate del proprio paese; in particolare organizzeranno e renderanno operativi gli infermieri volontari e faranno allestire, previo accordo con l'autorità militare, dei locali per curare i feriti. Potranno inoltre sollecitare il concorso dei Comitati appartenenti ai paesi neutrali.

Art.6 – Su richiesta o con il consenso dell'autorità militare, i Comitati invieranno degli infermieri volontari sui campi di battaglia. Tali infermieri saranno posti sotto il comando dei capi militari.

Art.7 – Gli infermieri volontari al seguito delle forze armate dovranno essere dotati dai rispettivi Comitati di appartenenza di tutto ciò che è necessario al proprio sostentamento.

Art.8 – Essi porteranno in tutti i paesi, come segno distintivo comune, un bracciale bianco con la croce rossa.

Art.9 – I Comitati e le Sezioni dei diversi paesi potranno riunirsi in Congressi internazionali, al fine di comunicare le loro esperienze e di concertare le misure da prendersi nell'interesse dell'opera.

Art.10 – Lo scambio di comunicazioni tra i Comitati dei diversi paesi avverrà, per il tramite del Comitato di Ginevra.

In quell'occasione si auspica che i governi proteggano e favoriscano il mandato dei Comitati di Soccorso, che strutture sanitarie, personale medico e volontario siano dichiarati neutrali e che questa neutralità sia rispettata, e che sia adottato un unico segno distintivo per tutto il personale e per tutte le strutture come ospedali ed ambulanze che siano impegnati in operazioni di soccorso¹⁹².

L'auspicio più sentito è proprio la neutralità, ossia il bisogno che il simbolo di Croce Rossa venga riconosciuto come neutrale e che non venga per nessun motivo fatto oggetto di aggressione.

¹⁹² *Ivi*, p. 84.

Il simbolo della Croce Rossa su sfondo bianco fu adottato in onore del fondatore Henry Dunant, essendo lui svizzero: furono adottati in modo invertito il simbolo e i colori della bandiera svizzera. Si precisa che i comitati che sorgeranno avranno la dicitura «Comitato di soccorso...»: la dicitura «Croce Rossa» seguita dall'indicazione della nazionalità avverrà successivamente.

Dopo questa conferenza il “Comitato dei Cinque” diventerà il «Comitato Internazionale permanente di soccorso ai militari feriti», che successivamente evolverà in «Comitato internazionale della Croce Rossa» il cosiddetto ICRC¹⁹³.

Nel frattempo, altri Comitati o meglio associazioni di soccorso ai feriti sorgono nel mondo¹⁹⁴ come per esempio in Francia, Spagna, Italia, Belgio, Russia.

La prima Convenzione di Ginevra

La prima Convenzione di Ginevra è il documento più importante per la Croce Rossa: è l'evento storico che entra nella storia dell'umanità, dando vita ed inizio a quello che viene definito diritto internazionale umanitario del quale la Croce Rossa può essere considerata l'iniziatrice, ed ancora oggi ne è impegnata divulgatrice sia all'interno tra i volontari, ma soprattutto fuori tra la popolazione civile e le forze armate.

La Confederazione elvetica nel maggio 1864, con una lettera, invita 25 Stati europei e 3 extraeuropei (Brasile, Messico e Stati Uniti), a prendere parte ad un congresso internazionale, i cui lavori si svolgeranno dall'8 al 22 agosto 1864¹⁹⁵. Di questi paesi invitati, aderiscono in 16. Questo congresso avrà il compito di discutere e riflettere sulla bozza di convenzione internazionale, proposta dal Comitato internazionale permanente di soccorso ai militari feriti.

Vista anche la conferenza del 1863 il Comitato internazionale permanente di soccorso ai militari feriti, aveva redatto una bozza di convenzione dalla quale iniziare i lavori di discussione e riflessione¹⁹⁶. Cosa molto rara per l'epoca, quasi tutti i rappresentanti erano concordi, e sul testo ci si mise rapidamente d'accordo, probabilmente il successo è stato dato anche dalla tematica, trattandosi di materia umanitaria, anziché di questioni

¹⁹³ Bertolotti, *Da Solferino a Ginevra, Henry Dunant*, cit., p. 82.

¹⁹⁴ Mario Mariani, *La Croce Rossa Italiana, Epopea di una grande istituzione*, Milano, Mondadori 2006, p. 8.

¹⁹⁵ Bertolotti, *Da Solferino a Ginevra, Henry Dunant*, cit., p. 85.

¹⁹⁶ *Ibidem*.

economiche e strategiche: questo ha aiutato molto e ha fatto in modo che a prevalere questa volta fosse una questione di umanità.

Il 22 agosto 1864, dodici Stati ratificano i 10 articoli del documento: nasce così la Prima Convenzione di Ginevra per il miglioramento delle condizioni dei militari feriti in guerra¹⁹⁷.

Riporto di seguito il testo della convenzione¹⁹⁸:

Art. 1 - Le ambulanze e gli ospedali militari saranno riconosciuti neutrali, e, come tali, protetti e rispettati dai belligeranti, durante tutto il tempo in cui si troveranno dei malati o dei feriti. La neutralità sarà sospesa se queste ambulanze o questi ospedali saranno salvaguardati da una forza militare.

Art. 2 - Il personale degli ospedali e delle ambulanze, ossia la direzione, il servizio di sanità, l'amministrazione, il trasporto dei feriti, potrà godere del beneficio della neutralità durante tutto lo svolgersi delle sue funzioni, e fintanto che resteranno dei feriti da raccogliere e da soccorrere.

Art. 3 - Le persone designate nell'articolo precedente potranno, anche dopo l'occupazione nemica, continuare a svolgere le loro funzioni nel loro ospedale o nella loro ambulanza, oppure ritirarsi per raggiungere i Corpi a cui appartengono.

Art. 4 - Le persone addette agli ospedali militari non potranno, durante la ritirata, trasportare con sé altro che gli oggetti di proprietà particolare. Il materiale degli ospedali militari è infatti sottomesso alle leggi di guerra. Questa regola non vale invece per le ambulanze, le quali potranno così mantenere il loro materiale.

Art. 5 - I civili che soccorreranno i feriti saranno rispettati e avranno piena libertà d'azione. I generali delle Potenze belligeranti avranno per missione quella di appellarsi al senso d'umanità delle popolazioni civili, informandole sul loro diritto alla neutralità. Ogni ferito raccolto e curato in una casa dovrà essere rispettato. Particolari favori saranno concessi a chi si prenderà cura dei feriti.

Art. 6 - I militari feriti o malati saranno raccolti e curati, a qualunque nazione appartengano. I comandanti in capo avranno la facoltà di rimandare immediatamente agli avamposti nemici i militari nemici feriti in combattimento, allorquando naturalmente le circostanze lo permetteranno. Saranno rimandati nei loro Paesi coloro che, dopo la guarigione, saranno riconosciuti invalidi. Gli altri potranno ugualmente essere rimandati in Patria, a condizione di non riprendere le armi durante tutta la durata del conflitto. Le evacuazioni, insieme al personale che le dirige, saranno protette dalla neutralità più assoluta.

Art. 7 - Una bandiera distintiva e uguale per tutti sarà adottata dagli ospedali, dalle ambulanze e durante le evacuazioni. Essa dovrà essere, in ogni caso, accompagnata dalla bandiera nazionale. Il personale neutrale

¹⁹⁷ *Ivi*, p. 88.

¹⁹⁸ *Ivi*, p. 88-90.

porterà anche un bracciale, che gli sarà rilasciato dalle autorità militari. La bandiera e il bracciale porteranno una Croce Rossa su sfondo bianco.

Art. 8 - I particolari d'esecuzione della presente Convenzione saranno regolati dai comandanti in capo delle armate belligeranti, in base alle istruzioni dei loro rispettivi Governi, e conformemente ai principi generali enunciati in questa Convenzione.

Art. 9 - Le Grandi Potenze che Sottoscrivono questo documento sono obbligate a Comunicare la presente Convenzione ai Governi che non hanno potuto inviare dei plenipotenziari alla Conferenza Internazionale di Ginevra, invitando tali Governi a sottoscrivere essi stessi tale Convenzione.

Art. 10 - La presente Convenzione sarà ratificata a Berna entro quattro mesi da oggi.

Ginevra, 22 agosto 1864

La convenzione è il documento che sancisce in via definitiva la neutralità del ferito e dei soccorritori; il simbolo di Croce Rossa, oltre ad essere il logo di riconoscimento del personale volontario delle Società di Soccorso come da quanto deciso dalla conferenza del 1863, diventa ora simbolo che dà uno status particolare a chi lo indossa o lo ha affisso, ossia quello della neutralità. Ne consegue che ora la Croce Rossa “protegge” e che non possono essere colpiti coloro che indossano quel simbolo.

Tutto questo in una cornice internazionale quale un trattato tra Stati può garantire: i principi contenuti nel documento valgono per tutti gli Stati firmatari.

Analizzando il testo della Convenzione, la neutralità di ospedali e ambulanze con feriti e malati viene sancita già dal primo articolo; il secondo invece declina la neutralità nei confronti delle persone impegnate presso le strutture e i mezzi sanitari durante i soccorsi e finché ci saranno feriti e malati da raccogliere. Articolo fondamentale e di grandissimo valore umano è il quinto: qui testualmente si richiama al senso di umanità, chiedendo di rispettare la neutralità della popolazione civile mentre sta soccorrendo e di lasciare anche piena libertà d'azione al personale civile impegnato in attività di aiuto.

Un altro articolo, forse tra i più esplicativi dello spirito di Croce Rossa e della visione di Dunant, è il sesto: «I militari feriti o malati saranno raccolti e curati, a qualunque nazione appartengano [...]» È proprio questa frase che rappresenta due dei sette principi del movimento internazionale di Croce Rossa, ossia il principio dell'umanità e della imparzialità; il riuscire a vedere dietro una uniforme semplicemente un essere umano, al di là dello schieramento, è un inno alla vita, che va oltre le strutture sociali e politiche,

che ogni essere umano deve essere trattato come tale, cercando di tutelare e preservare non solo l'incolumità e la sopravvivenza del ferito, ma anche il senso di pietà nell'altra parte, cercando di conservare quello che rimane della "umanità" in un evento come la guerra.

Successivamente, si richiama al dovere di rimandare i soldati nemici feriti ai propri avamposti di appartenenza, stessa cosa per quanto riguarda il loro ritorno in patria se invalidi, e infine viene sancita la neutralità delle evacuazioni: significa che chi cerca di mettersi in salvo, ritirandosi, non può essere colpito o essere oggetto di accanimento.

All'articolo 7 viene invece ribadito il segno distintivo di Croce Rossa, segno che su un bracciale rilasciato dalle autorità militari sancirà la neutralità per personale che lo indossa, oltretutto fin dall'inizio l'articolo precisa che «Una bandiera distintiva e uguale per tutti sarà adottata dagli ospedali, dalle ambulanze e durante le evacuazioni».

Dal 22 agosto 1864 il «Comitato Internazionale permanente di soccorso ai militari feriti» cambia nome e diventa il «Comitato Internazionale della Croce Rossa» (ICRC)¹⁹⁹.

Il principio di neutralità non è esplicito per la prima volta in questa convenzione: nella storia bellica, per esempio, numerosi sono stati gli accordi tra generali al fine di decidere il trattamento dei prigionieri²⁰⁰ e i momenti di tregua per prestare soccorso ai feriti del proprio schieramento; l'elemento del tutto nuovo è rappresentato dalla natura sovranazionale della prima Convenzione di Ginevra, in quanto trattato tra Stati, che va a garantire neutralità sia del ferito che dei soccorritori per tutti gli Stati firmatari. L'azione di Dunant fu fondamentale: avendo sensibilizzato l'opinione pubblica e l'alta società con il suo libro, ora gli Stati ben accettano l'impegno di un accordo multilaterale, pena il non essere annoverati tra le "società civili".

Cosa si può dire invece riguardo all'applicazione della Convenzione? Prima di tutto, si deve notare che la situazione non è uniforme: da un lato, alcuni Stati l'applicavano in modo completo e uniforme; altri, invece, disattendevano varie norme, inoltre ci sono stati conflitti in cui l'applicazione è avvenuta da entrambe le parti e altri invece solo unilateralmente²⁰¹.

È importante sottolineare che durante le guerre balcaniche, tra il 1875 e il 1878, si è posto il problema se i principi della Convenzione si applicassero anche in caso di guerra civile

¹⁹⁹ Selvi, *Il viaggio di una idea*, cit., p. 23.

²⁰⁰ Cipolla, Vanni, *Storia della Croce Rossa Italiana*, cit., p. 105.

²⁰¹ *Ivi*, p. 116.

Ebbene l'orientamento che prevalse fu quello positivo, ribadendo che il principio dell'umanità e della protezione della vita umana non potevano essere sacrificati in base al tipo di conflitto²⁰².

La nascita della Croce Rossa Italiana

Siamo tra marzo e aprile del 1864 e il cavaliere Cesare Castiglioni, presidente del Comitato di Milano dell'Associazione medica italiana, raccoglie i propositi della conferenza internazionale di Ginevra del 29 ottobre 1863, ossia quello di creare, come da Art.1, un comitato in ogni paese²⁰³. Questo è un punto fondamentale, perché proprio l'Associazione medica italiana farà da base per la nascita della CRI. Castiglioni, ottenuto il supporto dei soci, fa aderire l'Associazione medica al Comitato Internazionale per il soccorso ai militari feriti in guerra e istituisce presso l'Associazione una commissione per la formazione di una Società di Soccorso ai militari feriti e malati in guerra²⁰⁴. Il 31 maggio 1864²⁰⁵ viene approvato un regolamento che all'art. 12 testualmente dichiara: «Quando il Comitato si comporrà almeno di cinquanta membri si dichiarerà costituito, entrerà in azione, dandosi quel regolamento che crederà opportuno, in relazione però al presente»²⁰⁶.

Il 15 giugno 1864 convenzionalmente nasce il «Comitato dell'Associazione Italiana per il soccorso ai feriti ed ai malati in guerra»²⁰⁷: è nata la Croce Rossa Italiana.

L'11 dicembre seguente viene approvato il primo Regolamento organico che divide il Comitato in 4 sezioni: la prima è incaricata di gestire e promuovere l'entrata di nuovi soci; la seconda di reperire fondi e materiale; la terza con l'incarico di conservare le attrezzature e i beni; infine la quarta è destinata all'addestramento e alla predisposizione delle squadriglie di soccorso²⁰⁸. Le donne sono presenti nelle prime tre sezioni; il «Socio Protettore» è il Re d'Italia e suo figlio Umberto di Savoia ne è il «Presidente Onorario»²⁰⁹. Nel frattempo, anche altri Comitati sorgono nel territorio italiano, per esempio il 4

²⁰² *Ivi*, p. 117.

²⁰³ *Ivi*, p. 42.

²⁰⁴ *Ivi*, p. 28.

²⁰⁵ *Ibidem*.

²⁰⁶ *Ibidem*.

²⁰⁷ *Ivi*, p. 19.

²⁰⁸ *Ivi*, p. 26.

²⁰⁹ *Ibidem*.

settembre nasce il Comitato di Bergamo, a dicembre quello di Cremona, nel 1965 è il turno di Bologna, nel 1866 invece tocca a Firenze, Ferrara, Pavia. Nel 1866 i Comitati costituiti sono circa una ventina, tra cui Padova, Genova, Monza, Napoli e Piacenza²¹⁰. Fin dalle sue origini la Croce Rossa assume una impostazione militare, tant'è che la circolare n.2146 del 1866 del Ministero della Guerra dichiara che le squadriglie di soccorso della Croce Rossa sono assimilate al personale militare, e che devono indossare la stessa uniforme dovendo poi seguire la disciplina e gli ordini militari²¹¹. Per dare ulteriore idea dell'osmosi tra Esercito Italiano e Croce Rossa, l'11 giugno 1892 il Ministero della Guerra emana la circolare n.121 con la quale sancisce l'obbligo di saluto militare tra militari e personale di Croce Rossa²¹².

Nella storia della Croce Rossa italiana c'è una tappa fondamentale che segna e demarca la natura dell'associazione ossia la sua erezione a Corpo Morale, avvenuta con la legge n.768 del 30 maggio 1882, convertita poi in Regio Decreto attuativo n.1243 del 7 febbraio 1884²¹³. Data la loro importanza, riporto per intero i 3 articoli, perché offrono chiaramente l'idea della struttura e dello spazio dell'associazione nel paese²¹⁴:

Art.1

L'associazione italiana della Croce Rossa rappresentata dal Comitato centrale residente in Roma è eretta a corpo morale e viene dispensata dalla tutela ordinaria delle opere pie, rimanendo soggetta all'unica tutela e sorveglianza dei ministri della guerra e della marina.

Art.2

Alla detta associazione vien concesso l'uso dei distintivi e titoli che sono previsti dall'art.7 della convenzione internazionale di Ginevra 22 agosto 1864.

Art.3

Alla associazione medesima potrà essere accordato in caso di guerra, l'uso delle poste, dei telegrafi e delle ferrovie dello Stato, come facente parte dell'esercito.

Dall'articolo 1 si evince che oltre che essere corpo morale, la CRI è anche soggetta alla tutela e alla sorveglianza dei ministeri della guerra e della marina e che in caso di guerra

²¹⁰ *Ivi*, p. 817.

²¹¹ *Ivi*, p. 312.

²¹² *Ivi*, p. 848.

²¹³ *Ivi*, p. 189.

²¹⁴ *Ibidem*.

farà parte dell'esercito. Si delinea quindi la dimensione "statale" che così assume la Croce Rossa che, prima di questa legge, giuridicamente era ancora un'associazione privata; ora, invece, prende una connotazione fortemente "pubblica" con l'elevazione a corpo morale. Fino ad ora si è visto che in origine è nato il Comitato per il soccorso ai feriti e che i suoi membri, secondo la Convenzione di Ginevra, indossano un bracciale con il simbolo della confederazione elvetica a colori invertiti in onore del suo fondatore Dunant. Ma quand'è che viene chiamata semplicemente Croce Rossa? È proprio Moynier a proporre di usare la dicitura unica per tutti i comitati nazionali, prendendo ad esempio l'Olanda che si era nominata «Società Olandese della Croce Rossa». Seguendo l'esempio e l'invito di uno dei fondatori del Comitato dei Cinque, dal 1873 si inizia a diffondere pian piano anche la dicitura "Croce Rossa"²¹⁵; per certo, il primo documento ufficiale dove è presente tale dizione è il Bollettino n. 1²¹⁶ del 1879 nel quale si riporta ufficialmente la dicitura «Associazione italiana della Croce Rossa per il soccorso ai militari feriti in guerra», presumibilmente come deciso dal nuovo statuto approvato nel 1875²¹⁷

Nel 1887, secondo il bollettino n. 4²¹⁸, sappiamo che la Croce Rossa è composta da 110 sottocomitati, 35 sezioni femminili e che dispone, dal punto di vista operativo, di 2 ospedali da guerra da 200 posti (o 4 da 100 posti), di 10 ospedali da 50 letti, beni e attrezzature per la predisposizione di 13 treni ospedali oltre che ad altre numerose cassette da medicazione. Dal tipo di equipaggiamento e dotazione è ben chiaro che viene rispettato l'impegno di prepararsi in tempo di pace alle varie esigenze e bisogni in caso di conflitto: l'approvvigionamento, infatti, è orientato soprattutto in ospedali da guerra e treni ospedale. Dal punto di vista patrimoniale in cassa al 1887 il comitato centrale può contare su poco più di 4 milioni di lire²¹⁹ (paragonabili per potere d'acquisto a circa 17 milioni di euro di oggi).

Un altro evento storico per la CRI e di grandissimo valore sociale è la creazione delle sezioni femminili, nate per coordinare l'operato femminile dell'associazione; inoltre, le sezioni femminili sono componente vera e propria di un comitato locale. Il 19 gennaio 1879, sotto l'alto patrocinio della Regina Margherita, viene creata l'Unione delle Dame

²¹⁵ *Ivi*, p. 822.

²¹⁶ *Ibidem*.

²¹⁷ *Ivi*, p. 823.

²¹⁸ *Ivi*, p. 831.

²¹⁹ *Ivi*, p. 225.

dove confluiscono tutte le componenti femminili dei vari comitati²²⁰; ovviamente l'Unione delle Dame è parte integrante del Comitato Centrale. L'unione sarà oggetto di approfondita trattazione in un capitolo a parte; qui si ricorda che il 1908 è la data storica della nascita del corpo delle infermiere volontarie²²¹, quelle che poi passeranno alla storia come le "crocerossine".

Concludo questa dissertazione sulla storia della Croce Rossa indicando un evento storico molto importante per il paese che ha avuto conseguenze dirette per l'associazione.

A seguito della "breccia di Porta Pia", datata 20 settembre 1870²²², lo Stato italiano trasferisce la propria Capitale da Firenze a Roma. La Croce Rossa al fine di una migliore organizzazione con il Ministero della Guerra e le altre istituzioni della Repubblica, decide di trasferire la propria sede centrale presso la capitale, di preciso con la delibera del 9 giugno del 1872²²³. Il trasferimento si conclude solo nel 1875, data dalla quale l'associazione passerà a chiamarsi da «Associazione italiana di soccorso ai militari feriti e malati in tempo di guerra» alla nuova dicitura «Associazione italiana della Croce Rossa»²²⁴.

Croce Rossa Italiana. Dinamiche, evoluzioni e cambiamenti fino al 1914

L'associazionismo come pratica si diffuse fundamentalmente dopo la Rivoluzione francese e si sviluppò in modo più compiuto del corso dell'Ottocento. Inizialmente il ritrovarsi insieme era conseguenza indiretta della vita in comunità, oppure aveva natura religiosa, attraverso cerimonie religiose od ordini monastici; con la Rivoluzione francese, invece, inizia quello stare insieme per motivi politici, quindi per un fine ed un obiettivo concreto²²⁵. Inizialmente l'associazionismo ottocentesco fu di stampo elitario, in quanto i sostenitori furono soprattutto gli intellettuali e la prima ad orientarsi verso l'associazionismo fu la borghesia, con i suoi ingegneri, medici, commercianti²²⁶. Lo

²²⁰ *Ivi*, p. 423.

²²¹ *Ivi*, p. 842.

²²² *Ivi*, p. 541.

²²³ *Ivi*, p. 542.

²²⁴ *Ibidem*.

²²⁵ *Ivi*, p. 300.

²²⁶ *Ivi*, p. 304.

sviluppo della Croce Rossa si deve anche al fenomeno nascente più vasto dell'associazionismo nel corso del Ottocento e Novecento.

È bene sottolineare che, fin dalla sua origine, la Croce Rossa fu aperta sia agli uomini che alle donne, e questo come vedremo fu un vettore di cambiamento sociale per la figura femminile²²⁷.

Alle sue origini, in generale, l'associazionismo fu connotato da una forte presenza aristocratica; anche la Croce Rossa non fece eccezione: rilevante ed importante fu la presenza nobiliare ed aristocratica al suo interno, quasi sempre ed unicamente ai vertici; il fenomeno si può spiegare con il tentativo delle classi più agiate di ottenere una legittimazione ed un riconoscimento da parte della opinione pubblica; dall'altra parte rappresentava per l'associazione anche una risorsa in quanto si aprivano canali e contatti, potenzialmente utili, al fine di raccolte fondi ed al fine di amalgamarsi con le istituzioni dell'epoca²²⁸. La nobiltà riuscì anche a dare alla Croce Rossa un riconoscimento politico istituzionale: basti pensare che il re Vittorio Emanuele II fu nominato «Protettore della suddetta struttura» e il principe ereditario Umberto I fu invece nominato presidente onorario. Fu proprio anche questa dinamica tra nobiltà, politica ed associazione a permettere alla Croce Rossa di svilupparsi in modo così profondo nella società e di poter prestare servizio a fianco della sanità militare.

Per quanto riguardano gli interventi che la Croce Rossa Italiana fece a partire dalla sua nascita fino al 1914, si tratta di operazioni che si sono svolte sia in tempo di pace che in tempo di guerra; per tale motivo, ho deciso qui di non dividerle in due filoni a se stanti, bensì di affrontare per ordine cronologico le varie vicende, in modo da dare idea della quantità di emergenze e della risposta date dalla associazione.

Tenendo conto della nascita della CRI a partire dal 15 giugno 1864, l'associazione ebbe modo di intervenire già a partire dal 1866 durante la Terza guerra d'indipendenza contro l'Austria²²⁹. 85 medici, 317 infermieri volontari e 4 squadriglie d'ambulanza erano stati predisposti e preparati per intervenire. Furono mobilitati il 2 luglio, in direzione di Pontevico (Brescia), si congiunsero al 1° Corpo d'armata e poi tornarono a Milano²³⁰. Le 4 squadriglie non ebbero impiego in zone "calde" e il loro impiego non fu così intenso

²²⁷ *Ivi*, p. 308.

²²⁸ *Ivi*, p. 223.

²²⁹ *Ivi*, p. 520.

²³⁰ *Ibidem*.

come ci si aspettava. Ad ogni modo, il 1866 segna l'anno della creazione del Corpo Militare della Croce Rossa²³¹ e del primo battesimo del fuoco. Da questa esperienza si ricavarono dei punti e delle riflessioni che furono poi affrontati al primo convegno nazionale dell'associazione, che si tenne nel 1867 per discutere sulla conduzione delle attività di soccorso nei teatri di guerra²³².

Bisogna attendere il 1870, per avere il primo intervento estero da parte della Croce Rossa Italiana, nello specifico durante la guerra franco-prussiana²³³. Le squadriglie di soccorso partirono il 19 agosto da Torino per Sedan, dove la maggior parte dei feriti presentava lesione da arma da fuoco²³⁴. Importante fu anche il supporto dato ai prigionieri francesi in terra tedesca da parte della Croce Rossa di Bergamo a partire dal 1871: è proprio in questi anni che nasce l'Agenzia centrale di ricerca della Croce Rossa con l'obiettivo di rintracciare feriti e prigionieri nei campi di battaglia al fine di soccorso e rimpatrio²³⁵.

Nel 1881 viene allestito il primo treno-ospedale italiano, che con successive modifiche fu presentato in via ufficiale alla grande Esposizione di Torino nel 1884²³⁶.

Il Comitato della Croce Rossa di Napoli intervenne anche a seguito del terribile terremoto che colpì l'isola di Ischia il 28 luglio 1883²³⁷. Si intervenne con volontari, materiali e beni di prima necessità.

Inoltre, nel 1884²³⁸, la Croce Rossa Italiana intervenne con campagne di prevenzione alla lotta contro il colera, che colpì l'Italia dal 1884 al 1887²³⁹. Fu una operazione fondamentale di informazione alla popolazione. Sebbene il colera come vedremo più avanti, ritornò verso il 1910, tale intervento è comunque da menzionare in quanto è il primo dovuto a causa di una epidemia, quando a Napoli, in soli 11 giorni di contagi, si contarono 420 decessi²⁴⁰.

Forse la sfida più gravosa e delicata per la Croce Rossa Italiana per quanto riguarda l'Ottocento furono le guerre coloniali.

²³¹ *Ivi*, p. 523.

²³² *Ivi*, p. 524.

²³³ *Ivi*, p. 526.

²³⁴ *Ivi*, p. 525.

²³⁵ *Ivi*, p. 529.

²³⁶ *Ivi*, p. 545.

²³⁷ *Ivi*, p. 607.

²³⁸ Cipolla, Vanni, *Storia della Croce Rossa Italiana*, cit., p. 582.

²³⁹ *Ivi*, p. 583.

²⁴⁰ *Ibidem*.

La prima sfida fu la campagna coloniale d'Eritrea incominciata nel 1882. Dal 1885 l'Italia tenta di penetrare verso l'interno dell'Eritrea, incontrando la forte resistenza degli abissini. Il 26 gennaio 1887 si tiene una delle battaglie più dure, quella a Dogali, che vede l'esercito italiano contro le truppe del ras Alula. La battaglia fu persa dal contingente italiano che conta ben 90 feriti e 430 caduti²⁴¹. La Croce Rossa non intervenne con personale volontario ma solo con l'invio di materiale sanitario viste le oggettive difficoltà logistiche. Interventi più corposi da parte della Croce Rossa Italiana iniziarono a partire dal 1895, con l'invio delle prime unità sanitarie di soccorso e con la presenza dell'ospedale da campo n. 29²⁴², che verrà montato ad Asmara, mentre ad Adi Ugri sorge un posto di primo soccorso. Per la prima linea la Croce Rossa Italiana impegna fino a 10 ambulanze nel corso della guerra. Ad ottobre del 1895 le forze della CRI in Eritrea consistono in un ospedale da guerra da 50 letti con capienza massima di 200 feriti e l'infermeria di Adi Ugri²⁴³.

A giugno 1896 venne dato l'ordine a tutto il personale CRI di rientrare in patria²⁴⁴. Tuttavia, proprio in quell'anno incomincia la fase più delicata del conflitto che ha anche rappresentato quella in cui l'aiuto della Croce Rossa è stato fondamentale, ossia l'assistenza e il rientro dei prigionieri di guerra e dei reduci. Secondo gli accordi, i prigionieri di guerra italiani si sarebbero stanziati ad Harrar. Il 9 settembre 1896²⁴⁵ il piroscafo Domenico Balduino salpa da Napoli per approdare il 22 ad Aden; la colonna di soccorso della Croce Rossa parte il 25 novembre²⁴⁶ composta da 240 colli su 120 cammelli e il campo di soccorso per prigionieri e reduci verrà montato ad Harrar a partire dal 23 dicembre 1896²⁴⁷. La Croce Rossa presta assistenza non solo ai prigionieri italiani ma anche alla popolazione indigena della zona guadagnandosi in breve tempo la fiducia della popolazione locale e del ras. Al 21 giugno 1897, con il rientro a Roma del contingente CRI, si può dire ufficialmente conclusa la missione di soccorso ai prigionieri e reduci italiani²⁴⁸.

²⁴¹ *Ivi*, p. 547.

²⁴² *Ivi*, p. 654.

²⁴³ *Ivi*, p. 660.

²⁴⁴ *Ivi*, p. 667.

²⁴⁵ *Ivi*, p. 672.

²⁴⁶ *Ibidem*.

²⁴⁷ *Ivi*, p. 673.

²⁴⁸ *Ivi*, p. 678.

Dopo le vicende africane si può dire conclusa l'azione della Croce Rossa Italiana per quanto riguarda l'Ottocento; si apre adesso un nuovo secolo che sarà ricco di sfide e di tragedie alle quali la CRI sarà chiamata al suo dovere.

Nel 1900 prese inizio la campagna antimalarica nell'Agro Romano, nella quale la CRI partecipò con 8 carri ambulanza e 18 medici con il compito di curare la popolazione e di provvedere alle vaccinazioni²⁴⁹.

Nel 1901 la Croce Rossa apre il suo primo posto di Primo Soccorso al porto di Genova²⁵⁰; fu un evento importantissimo, viste le condizioni di lavoro e il numero di incidenti, basti pensare che per il primo anno di attività furono soccorsi ben 788 infortunati sul lavoro²⁵¹, erano totalmente assenti i DPI (dispositivi di protezione individuale) e turni massacranti di 12 ore rappresentavano la realtà dei lavoratori dell'epoca, che spesso erano ancora bambini. Altro posto di soccorso fu quello aperto a Caltanissetta il 30 settembre 1901 presso la miniera di zolfo, soccorrendo in un anno 364 feriti²⁵². Per dare idea di quanto fossero utili e fondamentali questi punti di primo soccorso, a Giumentaro nel 1903 furono 1.675 vittime d'incidente²⁵³.

Il 27 agosto 1903 la Croce Rossa prende parte alle operazioni di soccorso per il disastro ferroviario di Beano di Codroipo (Udine)²⁵⁴. Da qui in avanti purtroppo si apre una triste stagione di gravi calamità naturali che colpiscono la popolazione civile della nazione. Tra la notte del 7 e 8 settembre 1905 un grave sisma colpisce la Calabria, di preciso la provincia di Catanzaro: la Croce Rossa Italiana interviene inviando generi alimentari di prima necessità, ben 3.000 tende da ospedale, oltre che medicinali²⁵⁵.

La terra non smette di tremare e il 18 marzo 1906²⁵⁶ ad essere colpita è Ustica: in questo caso la CRI invia personale e materiale sanitario e tra il 4 e 21 aprile²⁵⁷ dello stesso anno è impegnata nelle operazioni di soccorso alla popolazione civile a causa dell'eruzione del Vesuvio che fu una della più violente e gravose per numero di vittime. Vennero inviati

²⁴⁹ *Ivi*, p. 602.

²⁵⁰ *Ivi*, p. 587.

²⁵¹ *Ibidem*.

²⁵² *Ivi*, p. 588.

²⁵³ *Ibidem*.

²⁵⁴ *Ivi*, p. 485.

²⁵⁵ *Ibidem*.

²⁵⁶ *Ivi*, p. 488.

²⁵⁷ *Ivi*, p. 490.

soccorritori e materiale sanitario, in più vennero stanziati centri per la distribuzione degli aiuti alimentari, oltre ad ovviamente dei posti di Primo Soccorso.

Sempre nel 1906 la CRI prende parte alla campagna antimalarica dell'Agro Pontino estendendo poi la campagna vaccinale anche in Sicilia anche attraverso i posti di Primo Soccorso predisposti anni prima nelle zolfare²⁵⁸.

Nel 1907 interviene per un altro terremoto, di preciso a Ferrazzano il 23 ottobre 1907, con l'invio di 10 tende ospedale²⁵⁹.

Il 28 dicembre 1908²⁶⁰ si verificò una dei terremoti più devastanti che colpì il nostro paese: alle ore 5:20 del mattino una scossa di magnitudo 7,1 Mw colpisce Messina e Reggio Calabria radendole praticamente al suolo. La sera stessa il presidente della Croce Rossa Italiana, all'epoca Rinaldo Taverna, richiama l'associazione alla mobilitazione generale, inviando subito tutte le squadre disponibili e invitando i sottocomitati ad attivarsi. Alle ore 23:30, a 18 ore dall'evento, parte da Roma la prima ambulanza da montagna, la numero 64, con a bordo risorse ed attrezzature per il montaggio di un ospedale da campo da 20 tende circa²⁶¹. Successivamente viene mobilitato anche l'ospedale da guerra n. 7 e il XIII treno-ospedale²⁶² della Croce Rossa. La CRI era l'unica in Italia a possederne uno, né le altre associazioni, né lo Stato o l'esercito ne avevano in dotazione. Il treno-ospedale fece in tutto 3 viaggi per il trasporto dei feriti, ed era composto da 16 carrozze da 14 barelle, 1 carrozza farmacia, 1 sala medicazione, 1 vagone cucina, oltre ad altre carrozze destinate a usi diversi. Vennero mobilitati altri ospedali da campo (il n. 3 e il n. 5), insieme a cucine da più di 400 pasti²⁶³. Vennero predisposti vari posti di primo soccorso e mobilitato il personale medico. Altre strutture vennero montate dalla Croce Rossa con la funzione di rifugio per gli sfollati e da scuole per i bambini.

A gennaio 1909 altri ospedali da guerra vengono mobilitati dai vari comitati locali CRI, tra cui il n. 46²⁶⁴. In varie città italiane vennero predisposti strutture per l'accoglienza e il ricovero di feriti e sfollati; in più presso i maggiori scali ferroviari vennero predisposti posti di soccorso per l'assistenza dei feriti in viaggio.

²⁵⁸ *Ivi*, p. 603.

²⁵⁹ *Ivi*, p. 491.

²⁶⁰ *Ivi*, p. 683.

²⁶¹ *Ivi*, p. 688.

²⁶² *Ivi*, p. 690.

²⁶³ *Ivi*, p. 694.

²⁶⁴ *Ivi*, p. 698.

La Croce Rossa riuscì a soccorrere ed assistere dai 700 agli 800 feriti al giorno nei luoghi più colpiti dal terremoto²⁶⁵.

Un altro evento che rappresentò una grande sfida per la CRI fu la guerra tra l'Italia e la Turchia nel 1911-1912²⁶⁶. In questa guerra vennero testati per la prima volta mezzi e tattiche, come aerei, autoblindo, e motociclette, che poi vennero usate in modo più esteso durante la Prima guerra mondiale.

Anche in ambito di soccorso si testarono gli ultimi ritrovati: la Croce Rossa usò per la prima volta l'autoambulanza 15 TER tipo "Libia"²⁶⁷.

La nascita della Croce Rossa è avvenuta in un periodo storico in cui in Italia era in piena espansione in fenomeno dell'associazionismo: basti pensare che l'Associazione medica italiana è nata a Milano nel 1862 e l'Ordine degli avvocati nel 1874²⁶⁸: è un periodo, questo, in cui il solidarismo è un sentimento molto vivo all'interno del tessuto sociale. Si mira a costruire una nuova società, in cui si vanno a delineare le classi sociali, ma allo stesso tempo si vuole tenerle unite così da garantire un equilibrio sociale. Questo fu un elemento innovativo in quanto, prima dell'unità d'Italia, il senso di comunità era determinato soprattutto da motivi religiosi, coi suoi riti e i suoi luoghi di ritrovo come le chiese; l'identità, quindi, era fortemente legata al fatto di essere cristiani, più che a questioni politiche o sociali. L'associazionismo in Croce Rossa, invece, rappresenta in qualche modo un nuovo tipo di società, dove confluiscono più classi sociali come borghesia e nobiltà e, essendo nata insieme all'Italia, ne ricalca anche l'evoluzione dei vari assetti istituzionali. La Croce Rossa rappresentò una incredibile risorsa anche per l'associazionismo femminile, in quanto fin dall'inizio la presenza femminile diede un incredibile contributo alla causa. Donne che potevano riunirsi e riconoscersi sotto gli stessi ideali e, essendo operative, potevano interagire e operare all'interno della società con tutti i rischi e le dinamiche conseguenti, cosa che consentiva anche alla casalinga o alla aristocratica di entrare in contatto con realtà diverse dalla propria quotidianità, permettendo così loro una crescita anche umana (basti pensare alla nascita dell'Unione delle dame nel 1879, oggetto di trattazione nei prossimi capitoli²⁶⁹).

²⁶⁵ *Ivi*, p. 695.

²⁶⁶ *Ivi*, p. 561.

²⁶⁷ *Ivi*, p. 565.

²⁶⁸ *Ibidem*.

²⁶⁹ *Ivi*, p. 309.

La Croce Rossa, originariamente «Comitato dell'Associazione Italiana per il soccorso ai feriti ed ai malati in guerra», è stata fondata per soccorrere i militari feriti, dividendo i compiti su due filoni principali: in tempo di guerra, il soccorso e la fase operativa; in tempo di pace, la raccolta fondi per l'acquisto di attrezzature e beni, quindi una fase preparatoria all'impiego in caso di guerra²⁷⁰. In origine da statuto, il soccorso in tempo di pace e il soccorso alla popolazione civile in caso di calamità non era non solo contemplato ma ad opera di alcuni ritenuto addirittura non confacente alla natura dell'associazione. Come si è arrivati ad impiegare la Croce Rossa anche in aiuto alla popolazione civile? Fondamentalmente il problema è sempre stato più concettuale che pratico, in quanto operativamente i comitati locali si sono sempre attivati in caso di necessità²⁷¹; la dirigenza centrale invece fu almeno inizialmente prudente, essenzialmente per due motivi. Prima di tutto la Croce Rossa non era stata creata come normale associazione assistenziale, ma specificatamente per prestare soccorso ai militari in guerra; un secondo motivo era invece di natura economica: in tempo di pace la CRI avrebbe dovuto prepararsi, quindi i fondi erano destinati all'acquisto di attrezzature e si temeva che, con il soccorso in tempo di pace e alla popolazione civile, si sarebbero consumati quei fondi, con il rischio di trovarsi impreparati davanti al compito, in caso di guerra, per il quale la CRI era stata creata. Questa dinamica si superò grazie alla legge n. 3188 del 28 giugno 1885²⁷² che concesse alla CRI di contrarre un prestito da 15 milioni di Lire, cosa che le consentì di dotarsi di risorse e attrezzature in modo sufficiente, permettendo di poter affrontare sfide di diversa natura in maniera più distesa. Bisogna sottolineare che la questione se soccorrere o meno in tempo di pace e i civili si pose per tutte le associazioni nazionali, le quali fin dall'inizio non si limitarono a soccorrere solo i militari in guerra. Per quanto riguarda la Croce Rossa Italiana, il Comitato Centrale rimase fedele alla lettura originaria fino al 1884²⁷³. L'intervento di soccorso alla popolazione civile fu quasi sempre visto dai vari comitati locali di Croce Rossa come un dovere morale e iniziò concretamente dal 1900, con i posti di soccorso nel porto di Genova. Questa apertura, sancita anche dalla circolare del Comitato Centrale n. 133 del 25 luglio 1901²⁷⁴, è stata data anche da vari orientamenti internazionali che si sono sviluppati dentro il movimento internazionale di Croce Rossa

²⁷⁰ *Ivi*, p. 574.

²⁷¹ *Ivi*, p. 579.

²⁷² *Ivi*, p. 211.

²⁷³ *Ivi*, p. 579.

²⁷⁴ *Ivi*, p. 586.

e specificatamente nel 1869 durante la Conferenza Internazionale di Berlino e nel 1897 alla Conferenza Internazionale di Croce Rossa di Vienna²⁷⁵. L'estensione ufficiale dell'attività in tempo di pace e a favore dei civili è suggellata nel nuovo statuto del 2 ottobre 1911 che dichiarava espressamente²⁷⁶: «L'associazione Italiana della Croce Rossa, oltre allo scopo principale del soccorso in guerra, estende la propria attività anche in tempo di pace, nei casi di grande calamità e in quelli nei quali sarà autorizzata dal Comitato Centrale»²⁷⁷.

²⁷⁵ *Ivi*, p. 574.

²⁷⁶ *Ivi*, p. 843.

²⁷⁷ *Ivi*, p. 501.

CAP. III
LA CROCE ROSSA ITALIANA NELLA PRIMA GUERRA MONDIALE
EVOLUZIONE ED AZIONE

La Croce Rossa Italiana evolve. Statalizzazione e militarizzazione, una trasformazione inappropriata ma funzionale

A partire dal 1870, molte società nazionali di Croce Rossa videro una maggior integrazione tra l'associazione e i rispettivi eserciti del paese d'appartenenza; una simbiosi che fu sia organizzativa che materiale, infatti, i vertici delle associazioni venivano spesso affidati agli esponenti delle varie case reali o dell'aristocrazia, e molte risorse materiali, sviluppate ed integrate all'interno del sistema militare. Ciò andava ben oltre l'auspicio di Henry Dunant (ossia di avere un riconoscimento istituzionale) in quanto, tradendo lo spirito originario, si stava delineando - in una certa misura - la militarizzazione e la statalizzazione delle varie croci rosse, dinamica definita anche come «militarizzazione dell'umanitarismo²⁷⁸».

Anche la Croce Rossa Italiana seguì la stessa evoluzione, infatti, essa rimase coerente con la sua natura fino al 1871 circa, data del cambio alla presidenza, che vide Gucciardi e Cadorna subentrare al primo presidente Castiglioni (il quale aveva sempre impostato la gestione su una sana collaborazione tra associazione ed istituzioni, tenendole sempre però distinte), ed avviare così l'istituzionalizzazione della CRI. Secondo la mia analisi, non si deve guardare alla Croce Rossa come ad una vittima della militarizzazione e statalizzazione, infatti, l'interesse verso questa trasformazione era reciproco: da un lato, l'esercito e lo Stato avrebbero potuto contare su un servizio di sanità militare ausiliario; dall'altro, l'associazione, forte dei legami militari e politici, avrebbe avuto accesso con più facilità alle donazioni, ai finanziamenti e alle risorse necessarie. In un certo senso, questa evoluzione era vitale per lo sviluppo e la sussistenza dell'associazione, senza la quale, probabilmente, non avrebbe mai avuto accesso a quel quantum necessario all'adempimento del suo scopo; infatti, all'epoca l'adempimento di quest'ultimo, ossia di

²⁷⁸ Costantino Cipolla, Paolo Vanni, *Storia della Croce Rossa Italiana dalla nascita al 1914*, vol. I, Saggi, Milano, FrancoAngeli, 2019, p. 169.

preparare l'associazione nel prestare soccorso ai feriti in guerra, sembrava possibile solo accedendo a risorse e mezzi di scala istituzionale. Secondo la presidenza di Gucciardi, al fine di rendere l'associazione effettivamente in grado di portare soccorso ai feriti in guerra, erano necessari precisi presupposti che si possono riassumere nei seguenti punti:

- Riconoscimento giuridico della Croce Rossa Italiana da parte dello Stato
- Aumento delle risorse e consolidamento economico finanziario
- Tutela del logo e del nome di Croce Rossa Italiana da eventuali abusi²⁷⁹

Questi tre punti erano elementi fondamentali e imprescindibili e il venir meno di uno avrebbe seriamente minato la possibilità di CRI di compiere la sua missione.

Il riconoscimento giuridico. La CRI come Corpo Morale e la sua militarizzazione

Prima di essere riconosciuta giuridicamente, (ed eretta a corpo morale) la CRI era considerata facente parte delle Opere Pie, le quali erano state definite giuridicamente da una legge del 1862: era quindi considerata un'associazione privata con fini assistenziali. Non era previsto nessun vero controllo statale e i suoi fini non erano riconosciuti giuridicamente dello Stato, in più le associazioni riconosciute come Opere Pie erano soggette ad un blando controllo a livello provinciale; ciò per la Croce Rossa poteva rappresentare un pericolo in quanto c'era il rischio di veder applicati standard diversi nei vari comitati locali, in base al territorio, con conseguente disorganizzazione e mancata uniformità all'interno dell'associazione. Era quindi vitale ottenere un riconoscimento giuridico che la potesse compattare e dare anche autorità a livello istituzionale. La prima testimonianza ufficiale della volontà di ottenere tale riconoscimento avvenne il 24 dicembre 1878 in una seduta del Comitato Centrale, nella quale si propose la sua erezione a Ente morale.

Ma come mai era così fondamentale essere riconosciuti come corpo morale?

La risposta sta nel Codice Pisanelli, ossia il Codice civile del Regno d'Italia in vigore nel 1865. Infatti all'art.2 troviamo il seguente testo: «Art.2: I comuni, le provincie, gli istituti pubblici civili od ecclesiastici ed in generale tutti i corpi morali legalmente riconosciuti,

²⁷⁹ Ivi, p. 178.

sono considerati come persone, e godono dei diritti civili secondo le leggi e gli usi osservati come diritto pubblico.»²⁸⁰

Fondamentalmente essere riconosciuti come corpo morale significava ottenere la personalità giuridica, ecco perché tale riconoscimento era un passaggio vitale per l'associazione. Sempre secondo il Codice civile del 1865, il riconoscimento era vincolato al possesso di tre requisiti fondamentali ossia un'organizzazione di persone, di mezzi e di beni e uno scopo comune (tutte qualità che la CRI possedeva); inoltre l'elevazione a corpo morale e l'annesso riconoscimento giuridico potevano avvenire o attraverso legge del Parlamento o attraverso Regio decreto²⁸¹.

Gli anni fulcro di questo cambiamento furono il 1881 e il 1882, infatti, in una relazione datata 17 giugno 1881, indirizzata al CICR da parte di CRI si può leggere, «Il Comitato Centrale si adopera alacrememente per assicurare alla Croce Rossa un'esistenza giuridica, e fa voti perché la personalità, come Ente Morale, le venga attribuita per legge»²⁸².

Il primo passo ufficiale e concreto, per l'ottenimento della personalità giuridica da parte della Croce Rossa Italiana, avvenne il 22 novembre 1881, con la presentazione di un progetto di legge alla Camera, il cui testo era il seguente:

Art.1: L'associazione italiana della Croce Rossa per soccorso ai malati e feriti in guerra, rappresentata dal Comitato centrale costituito in seguito alle deliberazioni della Conferenza internazionale di Ginevra 26,29 ottobre 1863, e residente in Roma, è riconosciuta come corpo morale istituito a fine di pubblica utilità. L'associazione è retta dallo statuto che sarà approvato per decreto reale sulla proposta dei ministri della guerra e della marina.

Art.2: I titoli e i distintivi assunti dall'Associazione della Croce Rossa italiana in conformità dell'art.7 della Convenzione internazionale di Ginevra 22 agosto 1864, non possono essere adoperati da alcuna altra istituzione né da alcuna altra persona.

Art.3: Ai ministri della guerra, della marina e dei lavori pubblici è data facoltà di estendere, in tutto o in parte, all'Associazione della Croce Rossa italiana, secondo le necessità del servizio che deve prestare, tutte le disposizioni per i servizi militari di terra e di mare, riguardanti l'uso delle ferrovie, delle poste e dei telegrafi.²⁸³

²⁸⁰ *Ivi*, p. 180. Mia la sottolineatura.

²⁸¹ *Ivi*, p. 183.

²⁸² *Ivi*, p. 182.

²⁸³ *Ivi*, p. 184. Mie le sottolineature.

Oreste Barattieri, oltre alla presentazione del progetto, si rivolge alla Camera con testuali parole:

Anima di tutto è il comitato centrale; ma perché l'opera sua possa essere veramente efficace, ha bisogno di ottenere la sua personalità giuridica colle solennità di una legge, ha bisogno di centralizzare le sue forze, ha bisogno di accordarsi intimamente coi ministri della guerra e della marina e di entrare, per così dire, nella cerchia delle istituzioni militari. [...] Riconosce e accentra la sua direzione nel comitato centrale di Roma. È qui che siedono i delegati del Governo [...] All'uopo è necessario che l'ordinamento di pace sia conforme alle idee di chi deve condurre la guerra. Perciò nel secondo alinea dell'articolo primo ho proposto, che lo statuto fondamentale della Croce Rossa debba essere approvato per decreto reale sulla proposta dei ministri della guerra e della marina.²⁸⁴

È chiara la natura che sta prendendo l'associazione, col riservare, la proposta del suo statuto, ai ministeri della guerra e della marina; con tale progetto di legge, la CRI, diventa di fatto un organo statale militare, ovviamente non direttamente, ma per procura.

Una commissione parlamentare analizzò il testo del progetto di legge, apportandone alcune modifiche, che lo semplificavano in un unico articolo, il cui testo presentato il 24 gennaio 1882 era il seguente:

Il governo del Re è autorizzato ad erigere in corpo morale l'Associazione Italiana della Croce Rossa, rappresentata dal Comitato centrale residente in Roma, e costituitasi in seguito alle deliberazioni della conferenza internazionale di Ginevra 26, 29 ottobre 1863, e di dispensarla dalla tutela ordinaria delle opere pie, assoggettandola all'unica tutela e sorveglianza dei Ministri della guerra e della marina, ai quali apparterrà di approvarne lo statuto. Alla detta Associazione italiana della Croce Rossa il Governo del Re potrà concedere l'uso esclusivo dei distintivi e titoli che sono previsti dall'articolo 7 della convenzione internazionale di Ginevra 22 agosto 1864 e potrà pure, secondo le necessità del servizio accordarle l'uso gratuito delle poste, dei telegrafi e delle ferrovie dello Stato.²⁸⁵

Il 24 marzo la Camera votò a favore del progetto di legge, e 3 giorni dopo arrivò anche l'approvazione del Senato; il 30 maggio 1882 venne così emanata la legge 768 (serie III) del Regno D'Italia, che ergeva la CRI a corpo morale e ne sanciva la statalizzazione e la militarizzazione. Successivamente venne emanato anche il Regio Decreto attuativo

²⁸⁴ *Ivi*, p. 186.

²⁸⁵ *Ivi*, p. 187.

n.1243 (serie III) del 7 febbraio 1884, il quale riportava il progetto alla sua forma originaria di tre articoli:

Art.1: L'associazione italiana della Croce Rossa rappresentata dal comitato centrale residente in Roma è eretta in corpo morale e viene dispensata dalla tutela ordinaria delle opere pie, rimanendo soggetta all'unica tutela e sorveglianza dei ministri della guerra e della marina.

Art.2: Alla detta associazione vien concesso l'uso dei distintivi e titoli che sono previsti dall'art.7 della convenzione internazionale di Ginevra 22 agosto 1864.

Art.3: Alla associazione medesima potrà essere accordato in caso di guerra, l'uso delle poste, dei telegrafi e delle ferrovie dello Stato, come facente parte dell'esercito.²⁸⁶

La situazione patrimoniale della CRI prima della Grande Guerra. Il prestito e il consolidamento economico

Empatia, altruismo, preparazione e rispetto della vita sono valori che contraddistinguono chi opera nel campo del soccorso; questo però richiede un'organizzazione, delle risorse umane, che devono essere adeguatamente formate e vestite, dei mezzi efficienti (90.000€ è il costo medio attuale di un'ambulanza), l'acquisto di materiale sanitario, di attrezzature e così via. Oltre ai valori e ai principi umanitari, le associazioni di volontariato (in particolar modo quelle votate al soccorso come Croce Rossa), vedono la loro opera vincolata e connessa, ovviamente, alle disponibilità economiche. Anche l'assetto patrimoniale è il perno da cui inizia la concreta e materiale possibilità di portare soccorso, dagli eventi quotidiani a quelli straordinari, come catastrofi naturali e così via. Per analizzare l'azione di Croce Rossa durante la Grande Guerra, non si può non analizzare la sua situazione patrimoniale, in modo da capire come la CRI si preparò economicamente, nel corso degli anni, al compimento della sua missione. Anche in questo caso sono i bollettini che ci forniscono il quadro della situazione²⁸⁷:

²⁸⁶ *Ivi*, p. 189.

²⁸⁷ *Ivi*, p. 159.

Anno	Situazione patrimoniale		Totale	Corrispettivo In €	Var. %
	Materiale	Finanziaria			
1885	56.242,75	3.550.848,60	3.607.091,35	15.172.349,07	
1890	1.537.951,59	3.461.406,27	4.999.357,86	19.787.621,95	+ 38,59 %
1895	2.066.963,02	3.756.082,63	5.823.045,65	24.081.338,86	+ 16,47 %
1900	2.358.372,80	4.261.341,67	6.619.714,47	27.686.366,80	+ 13,68 %
1905	2.691.278,11	4.615.552,31	7.306.830,42	29.457.998,15	+ 10,38%
1910	3.219.665,19	4.905.270,05	8.124.925,24	31.058.990,88	+ 11,19%
1912	3.397.654,23	5.186.177,04	8.740.092,72	32.305.820,55	+ 07,57 %

Come si può notare, la crescita del patrimonio non ebbe notevoli sbalzi di valore, ma crebbe pian piano con piccoli incrementi. Inoltre, la situazione patrimoniale materiale ci dà anche un'idea del valore delle scorte di materiale presente nei magazzini dell'associazione. La presidenza di Gucciardi si mosse nella direzione di far diventare la Croce Rossa un vero e proprio servizio ausiliario alla sanità militare, ciò in cambio ovviamente anche di aiuti economici senza i quali difficilmente l'associazione avrebbe raccolto i fondi necessari per crescere e adempiere alla sua missione di soccorso; oltretutto, il Regno nel corso negli anni si sarebbe impegnato in varie operazioni militari estremamente gravose in termini di feriti.

Questa dinamica non fu esclusiva della realtà italiana, infatti, come detto, a partire dal 1870, l'integrazione tra esercito e Croce Rossa fu un *modus operandi* tipico delle varie società nazionali europee e extraeuropee.²⁸⁸ Fino al 1885 ad ogni modo l'associazione viveva in uno stato di povertà economica e di questo problema era ben consapevole il nuovo presidente Raffaele Cadorna (il primo nominato direttamente dal Re il 6 novembre 1884). La soluzione ideata da Cadorna per sistemare la problematica economica era quella di accedere ad un prestito a premi (ossia l'emissione di obbligazioni per raccogliere capitale), investirlo e restituirlo, con gli annessi interessi, agli investitori; le banche a cui si sarebbe data in mano l'operazione sarebbero state: la Banca Generale italiana e la *Länderbank* di Vienna²⁸⁹. Era fondamentale però, un appoggio ufficiale da parte dello Stato e difatti il 14 dicembre del 1884 venne presentato il primo disegno di legge per il

²⁸⁸ *Ivi*, p. 168.

²⁸⁹ *Ivi*, p. 193.

prestito alla Croce Rossa Italiana. Il DDL era formato dai seguenti 3 articoli che ben descrivono il progetto in questione:

Art.1: È data facoltà all'associazione della Croce Rossa Italiana per soccorso ai malati e feriti in guerra di contrarre prestito a premi dell'ammontare nominale di Lire 15.000.000 rappresentato da 600.000 obbligazioni di Lire 25 ciascuna al portatore, il cui rimborso combinato coi premi, verrà effettuato entro 52 anni mediante estrazioni annuali.

Art.2: Il Governo autorizzerà l'emissione delle dette obbligazioni, quando il fondo necessario per il loro ammortamento e pel pagamento dei premi sia stato interamente versato nelle casse dello Stato.

Art.3: Il piano dell'operazione del prestito e delle estrazioni annuali dovrà essere sottoposto all'approvazione del Governo sentito il Consiglio di Stato.²⁹⁰

Si aprì un'accesa discussione sull'art.2, il quale trovò definitivo accordo nella seduta del 28 maggio 1885; la nuova dicitura era la seguente²⁹¹:

Il governo autorizzerà la emissione del prestito quando sarà stata versata nelle casse dello Stato la somma che il ministro del Tesoro, sentito il Consiglio di Stato, riconoscerà sufficiente a garantire il pagamento delle obbligazioni e dei premi. Questa garanzia governativa sarà espressa nei titoli, che saranno sottoscritti anche da un delegato del Governo.

Il voto favorevole a tutti e tre gli articoli del DDL avvenne nella seduta del 1° giugno 1885, con 168 voti favorevoli su 192. Il 22 giugno venne letto in Senato, cui seguì la discussione generale e il voto favorevole di 62 senatori a favore su 71. Il DDL sul progetto del prestito a CRI era stato ufficialmente approvato e diventato legge, precisamente la Legge 3188 (Serie III) del 28 giugno 1885, convertita poi in Regio Decreto 3559 (Serie III) del 6 dicembre. Come primo risultato di detta operazione nel 1885 entrarono 3.175.000 L nella casse della Croce Rossa, che sommate al capitale preesistente lo portarono ad un totale di 3.607.091,35. Successivi interventi normativi di rifinitura, inerenti al prestito, furono il Regio Decreto 3643 (Serie III) del 31 gennaio 1886 (introduceva lievi cambiamenti all'art.2 del Regio Decreto 3559) e il Regio Decreto 453 del 2 gennaio 1913 (andava a riassumere sia la Legge 3188 che il Decreto 3559).²⁹²

²⁹⁰ *Ivi*, p. 194.

²⁹¹ *Ivi*, p. 200.

²⁹² *Ivi*, pp. 201-203.

La legislazione dello Stato a tutela dell'emblema

Fin dalla sua nascita la Croce Rossa si dovette scontrare con il serio problema degli abusi del suo logo; il marchio CRI, infatti, veniva spesso usato anche da altre associazioni o addirittura da esercizi commerciali a fini pubblicitari. È stato fin da subito un problema molto sentito e l'urgenza di un intervento legislativo a tutela del logo si fece sempre più urgente, anche con l'aumentare delle spedizioni militari italiane in territorio africano. L'intervento legislativo più importante a tutela dell'emblema venne fatto, infatti, nel 1912, proprio pochi anni prima l'inizio della Grande Guerra, attraverso la presentazione di un progetto legge di cui si riportano gli articoli più importanti:

Art.1: Chiunque, senza autorizzazione del Governo, adopera, come emblema, la Croce Rossa in campo bianco, o fa uso della denominazione di "Croce Rossa" o Croce di Ginevra è punito con gli arresti da uno a sei mesi o con l'ammenda da lire 300 a lire 2000. Alla stessa pena soggiace chiunque contraffà o altera l'emblema o la denominazione su ricordate o le adopera in guisa da generale confusione od inganno. Tali pene sono aumentate di un terzo se l'emblema o la denominazione di cui sopra si usano quel marchio o parte di marchio di fabbrica o di commercio, o come insegna o contrassegno in qualsiasi modo applicato, a scopo di lucro.

Art.2: I prodotti posti in commercio col segno della Croce Rossa, non autorizzato o contraffatto, saranno confiscati.

Art.3: Il divieto di cui all'art.1 si estende anche ai marchi, insegne o contrassegni in uso all'entrata in vigore della presente legge. Tuttavia i marchi, le insegne o i contrassegni in uso da un anno almeno all'entrata in vigore della presente legge, potranno ancora essere adoperati fino all'1° gennaio 1915.

Art.5: È punito con la reclusione da tre a quindici anni chiunque in guerra, usurpa, contraffà o illecitamente fa uso:

1. Delle insegne, del bracciale e delle denominazioni della Croce Rossa ed in genere di altri distintivi internazionali di neutralità;
2. Dei segni che in occasione del bombardamento distinguono gli ospedali ed i luoghi in cui sono riuniti infermi o feriti;
3. Dei segni destinati alla protezione dei bastimenti ospedalieri²⁹³.

²⁹³ *Ivi*, pp. 207-208.

Tale progetto divenne poi ufficiale a seguito dell'emanazione della Legge n.740 del 30 giugno 1912 a «Protezione dei feriti e dei malati in guerra e tutela dei segni internazionali di neutralità».²⁹⁴

La mobilitazione

La Croce Rossa Italiana fin dalle origini ha previsto nei suoi statuti il dovere di prepararsi al soccorso dei feriti in tempo di guerra. La CRI, in vista di un possibile coinvolgimento, nel periodo antecedente l'entrata in guerra, aveva iniziato, a partire dal 1914, una massiccia opera di approvvigionamento e di predisposizione di risorse. Il 24 maggio 1915 segna l'entrata in guerra dell'Italia e l'inizio della mobilitazione generale della Croce Rossa Italiana. La guerra segna anche un'ulteriore militarizzazione del personale di CRI, ora definitiva e completa attraverso l'emanazione del Regio Decreto del 23 maggio 1915 n.719 di cui si riportano i due articoli salienti:

Art.1: In caso di guerra o di mobilitazione totale o parziale dell'Esercito o dell'Armata, e limitatamente al detto periodo, gli iscritti nel personale mobile dell'Associazione della Croce Rossa italiana, sono considerati militari e sono soggetti, in ragione del grado, cui a norma dei regolamenti si trovano equiparati, alla disciplina militare, sia nei rapporti fra loro, sia reciprocamente nei rapporti con i militari del R. Esercito della R. Marina. Tale disposizione avrà effetto solamente quando siano chiamati a prestar servizio con le unità mobilitate. Nel caso suddetto, ai mancanti alle chiamate vengono applicate le disposizioni penali sancite per i militari del R. Esercito e della R. Marina.

Art.2: Il governo del Re è autorizzato a riconoscere i gradi che il personale riveste nell'Associazione al momento della chiamata in servizio con le Unità mobilitate (non oltre a quello di Maggiore) e quali Delegato Generale e Commissari Delegati presso le Armate. Il grado è provvisorio e verrà dato individualmente, volta per volta, al momento in cui assumono servizio, agli Ufficiali dei quali viene richiesto l'impegno ed a Delegati suddetti e per la durata del servizio stesso. Un apposito regolamento della Croce Rossa, approvato dai Ministeri della Guerra e della Marina, stabilirà le norme per l'applicazione del presente decreto.

La Croce Rossa italiana, con l'entrata in guerra dell'Italia, inizia la mobilitazione generale delle sue forze: ufficiali, sottufficiali e militi vennero subito richiamati in servizio; nonché le prime unità mobilitate, tra cui ospedali da guerra attendati, ospedali

²⁹⁴ *Ibidem.*

chirurgici mobili, ambulanze da montagna, posti di soccorso ferroviario, treni ospedale, l'ambulanza fluviale e lagunare, autolettighe e ambulanze radiologiche e molte altre strutture come docce campali, magazzini ecc. I centri di mobilitazione erano 14 di cui si riportano le risorse²⁹⁵:

Torino	Treno ospedale n.1 e n.20 Ospedale da guerra n.14, 31, 60 Ambulanze da montagna n.3, 29, 77 IX sezione automobili Sezione di sanità n.81 Posti di soccorso n.13, 45, 38
Alessandria	Ospedale da guerra n.9 Ambulanze da montagna n.60, 67 Ambulanza radiologica n.6
Milano	Treno ospedale n.2. 18, 22, 23 Ospedale da guerra n.7, 12, 15, 22 Ambulanza da montagna n.30, 45,50, 83, 91 V, VII sezione automobili Ospedali mobili chirurgici n.1, 2, 3 Ambulanze radiologiche 1, 2, 4 Posti di soccorso n.1, 40, 46, 47 Sezione di sanità n.82 vari magazzini e depositi di rifornimento
Genova	Treno ospedale n.3, 9, 11, 16 Ospedale da guerra n.16, 18, 24, 34, 48, 67 X, VIII sezione automobili Ambulanza da montagna n.20, 88 Ambulanza radiologica n.5 1 Sezione stomatologica Posti di soccorso n.1, 46, 47 Sezione di sanità n.83
Verona	Treno ospedale n.4, 5, 6 Ospedale da guerra n. 1, 2, 10, 11, 28, 35, 41, 53, 55, 56, 58, 59, 65, 7, 73 Ambulanza da montagna n. 7, 15, 37, 75 XI sezione automobili

²⁹⁵ Ettore Calzolari, Costantino Cipolla, *Il Corpo Militare della CRI nella Grande Guerra*, Milano, FrancoAngeli, 2021, pp. 21-22.

	<p>1 Ambulanza fluviale (Litta)</p> <p>Posti di soccorso n.5, 7, 25, 28, 30, 44, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66</p> <p>vari magazzini e depositi di rifornimento</p> <p>2 ospedali di tappa</p>
Bologna	<p>Treno ospedale n.7, 8</p> <p>Ospedale da guerra n.25, 32, 40, 49, 51, 57, 71</p> <p>Ambulanze da montagna 22, 40</p> <p>Posti di soccorso n.8, 12, 23, 32, 50, 51, 52, 59</p> <p>1 Ospedale di tappa</p> <p>1 deposito di rifornimento e 1 sezione automobili</p>
Ancona	<p>Treno ospedale n.19</p> <p>Ospedale da guerra n. 8, 29, 39</p> <p>Ambulanza da montagna n.49</p> <p>XIV sezione automobili</p> <p>Ambulanza radiologica n.3</p> <p>Posti di soccorso n.16, 24, 53</p>
Firenze	<p>Treno ospedale n. 10, 17</p> <p>Ospedale da guerra n.3, 4, 17, 21, 30, 45, 50, 61, 63, 64, 66</p> <p>Ambulanza da montagna n. 8, 9, 24, 33, 59</p> <p>XII sezione automobili</p> <p>Posti di soccorso n.2, 15, 19, 27, 37</p>
Roma	<p>Treni ospedale n. 13, 14</p> <p>Ospedale da guerra n. 5, 38, 42, 46, 68</p> <p>Ambulanze da montagna n. 32, 73</p> <p>Posti di soccorso n. 4, 20, 33, 36, 54, 55</p> <p>Sezione di sanità n. 84</p> <p>I, II, III, IV, XIII sezione automobili</p>
Napoli	<p>Treno ospedale n.15</p> <p>Ospedale da guerra n.20, 36</p> <p>Ambulanza da montagna n.10</p> <p>Posti di soccorso n.3, 10, 26, 56</p>
Bari	<p>Treno ospedale n.12</p> <p>Ambulanza da montagna n.31, 82</p> <p>Posti di soccorso n.6, 9, 18, 21, 34, 41</p>
Palermo	<p>Treno ospedale n.26</p> <p>Ospedale da guerra n.19, 26, 43, 44, 62</p> <p>Ambulanza da montagna n.48</p> <p>Posti di soccorso n.31, 35</p>

Venezia	Ospedale da guerra n.47 1 Ambulanza lagunare Posti di soccorso n.49, 57
Repubblica di S. Marino	Ospedale da guerra n.74

La Grande Guerra, un quadro clinico

Capire le conseguenze della Grande Guerra, in termini di morti e feriti, può essere utile per avere un'idea della complessità dello scenario e della mole di lavoro che si riversò sul sistema dei soccorsi. Al contrario di quanto si possa credere, durante il conflitto mondiale la maggior parte dei morti non li fecero le ferite di guerra tipiche degli scontri bellici, bensì le malattie. Questa tabella ci aiuta ad inquadrare il fenomeno²⁹⁶:

Anno	Feriti	Ammalati
1915	190.400	306.530
1916	285.620	586.170
1917	367.200	795.950
1918	103.420	770.030
Totale	946.640	2.458.680

Il fenomeno delle malattie è fonte di grave preoccupazione per i vertici dell'esercito, non solo per una questione di efficienza delle unità, ma anche perché lo stesso fronte interno, quello civile, è colpito da malattie epidemiche, rappresentando un serio problema per quanto riguarda la capacità di arruolamento. Fin dagli inizi della guerra, con la presenza dei soldati nelle trincee, si registrano gravi epidemie, la più seria ed aggressiva è quella di colera, a cui seguono quelle di tifo e vaiolo. Il primo caso di colera si registra nel luglio del 1915 nelle trincee del Carso, per poi diffondersi presso altre linee; il contagio è rapidissimo e dopo un mese si registrano casi di colera in tutta la 3° e la 2° Armata. Dalle statistiche risulta che quella maggiormente colpita è la fanteria, colpendo più del 10% dei soldati, arrivando addirittura al 20% in determinate circostanze. Organizzare interventi e profilassi è praticamente impossibile per via delle azioni di guerra e dei continui

²⁹⁶AA.VV., *Malattia e medicina durante la Grande Guerra 1915-1919*, Udine, Gaspari Editore, 2000, p. 17.

spostamenti di truppe, inoltre, isolare i contagi richiederebbe la bonifica e il ritiro dalla zona di guerra; questo tipo di intervento è stato possibile solo durante l'inverno tra il 1915 e il 1916, a cui si sono aggiunte le vaccinazioni e l'isolamento degli infetti. L'epidemia di vaiolo invece si registra a partire dal 1917 (sembra per il passaggio di prigionieri rumeni) e si diffonde rapidamente in tutto il paese, arrivando anche a Napoli; sempre nello stesso anno si registrano numerosi casi di malaria tra le fila dell'Esercito, che al 1917 portano al ricovero più di 20.000 soldati e l'anno dopo nel 1918, le truppe vengono colpite anche dall'epidemia di Spagnola (argomento che sarà oggetto di una trattazione a parte nel prossimo capitolo). Un'altra malattia a larga diffusione tra i soldati fu la tubercolosi, la quale colpì in tutto 100.000 soldati. Preoccupante fu anche la diffusione di malattie veneree come la gonorrea e la sifilide. La diffusione delle malattie è da attribuirsi in massima parte alle condizioni imposte dal conflitto mondiale e in primis dall'essere una guerra di posizione; infatti, proprio la trincea fu un fattore determinante: ammassamento di soldati, scarse condizioni igieniche, cibo scarso, mal conservato e mal cotto, esposizione alle intemperie e molto altro, il tutto unito a difese immunitarie estremamente basse e a una condizione psicologica di altissimo stress.²⁹⁷

Dopo aver trattato brevemente le malattie, possiamo ad analizzare il fenomeno delle ferite da guerra. Partirei da una prima considerazione, ossia che gli assalti frontali fuori dalle trincee spesso portavano alla morte, facendo così venir meno la possibilità di operare sulle ferite; questo per due motivi principali: prima di tutto agli inizi della guerra gli italiani saltavano fuori dalle trincee affrontando il campo aperto di battaglia sotto una pioggia di proiettili, senza aver in dotazione un elmetto, ossia a capo scoperto. Infatti, la protezione balistica del capo fu introdotta solo a partire dal 1916 e oltretutto non venne diffusa a tutti i soldati²⁹⁸. Il secondo motivo risiede nella conformazione delle trincee, le quali profonde circa 1,50m obbligavano i soldati ad esporre il capo (a volte attraverso una feritoia) per poter osservare il nemico, con la conseguenza che se un colpo colpiva il soldato l'avrebbe sicuramente fatto nell'organo vitale per eccellenza o avrebbe comunque comportato gravi danni invalidanti (se il malcapitato era più fortunato sarebbe stato colpito ad una spalla o ad un braccio, organi che comunque vedono sempre la presenza di arterie)²⁹⁹. Inoltre i soldati dopo l'assalto e il superamento della terra di mezzo, si confrontavano col nemico

²⁹⁷ *Ivi*, pp. 18-25.

²⁹⁸ *Ivi*, p. 33.

²⁹⁹ *Ivi*, p. 32.

in cruenti corpo a corpo attraverso l'uso di picconi, baionette e mazze ferrate, tutte armi bianche che provocavano ferite profonde e mortali.

Ma come mai esser feriti durante la Grande Guerra portava a probabilità di morte molto alte? Per rispondere bisogna analizzare due ulteriori elementi: il primo riguarda la tipologia di armi che vennero impiegate, ossia artiglieria pesante, granate, bombe a mano e grossi calibri che portavano a ferite gravissime nei casi più semplici, in altri casi invece portavano direttamente allo smembramento di tutto l'arto o dell'intero corpo nel caso di fuoco d'artiglieria. Il secondo elemento è che nel caso della Prima Guerra Mondiale quando si nomina ferita, si nomina anche infezione. Sempre la trincea è la colpevole, infatti le ferite, che fossero addominali o di altra natura, spesso si infettavano per via delle scarse condizioni igieniche e del fango presente nella vita di trincea³⁰⁰.

Altre volte l'infezione non era dovuta alle condizioni igieniche scarse, ma direttamente dall'agente bellico; infatti, i proiettili nella fase di perforazione portavano con sé dentro la ferita i detriti dell'uniforme o le schegge dei bottoni infranti e di altri resti metallici, stessa cosa per quanto riguarda le granate e le bombe a mano³⁰¹.

Per quanto riguarda i soccorsi? L'elemento fondamentale da tenere in considerazione è questo e riguardò tutti i soccorritori, che siano stati di Croce Rossa o altre associazioni, ossia che durante le fasi di assalto era estremamente complicato portare soccorso, spesso bisognava aspettare che cessasse il fuoco nemico, per non rischiare di perdere anche preziosi soccorritori. Oltretutto i feriti in una prima fase del soccorso venivano portati in trincea per essere assistiti ed è lì che avveniva l'infezione da detriti e fango, e solo dopo venivano evacuati presso altre strutture magari sempre sovraffollate per via dell'altissimo numero di feriti. Infatti, la sanità militare operò sempre in uno stato di emergenza in quanto uomini e risorse non bastavano ad affrontare l'altissimo numero di feriti e il più colpito da tale situazione fu sicuramente l'ambito chirurgico. Per i motivi descritti sopra, le ferite di guerra si risolvevano spesso in amputazioni³⁰².

Recenti ricerche stimano che la Prima guerra mondiale in Italia abbia provocato circa 650.000 morti e 984.000 feriti anche se rimane estremamente complicato fornire cifre esatte e definitive (molto spesso i feriti lievi non venivano segnati). Per dare un'idea del dramma, si consideri che tra questi 984.000 feriti, ben 463.000 rimasero invalidi o mutilati,

³⁰⁰ *Ivi*, p. 33.

³⁰¹ *Ivi*, p. 34.

³⁰² *Ivi*, p. 33.

molti dei quali al 100%, altri invece in misura del 10% della propria capacità lavorativa. Si consideri anche, che i richiamati alle armi furono in totale 5.903.000, di cui 4.872.000 inviati in zona di guerra. La tabella seguente fornisce un quadro del dramma umano inerente agli invalidi di guerra³⁰³.

Patologia	Numeri di casi
Ciechi da un occhio	21.220
Ciechi da entrambi gli occhi	1.940
Resi diversamente abili	74.620
Tubercolotici	25.716
Neuropatici	19.600
Mutilati al volto	5.440
Privi di entrambe le mani	120
Muti	3.260
Sorsi	6.740
Malarici	100.000
Altre invalidità	12.000

La Croce Rossa e il soccorso ai feriti

Questo paragrafo è estremamente importante perché andrà ad analizzare l'azione della CRI durante la Grande Guerra, nell'adempimento di quella che è la sua missione, che ne giustifica nascita ed esistenza: salvare vite e alleviare le sofferenze umane.

La prima premessa da fare riguarda la dinamica, o meglio la ratio con la quale vennero organizzati e gestiti i soccorsi, ossia la celerità. I feriti non potevano essere stabilizzati sul posto come si punta a fare oggi, principalmente per la grandissima mole di feriti e per la pericolosità del campo di battaglia: la zona di guerra rappresenta una minaccia per i soccorritori. Un'opera di soccorso orientata al cosiddetto *scoop and run*, ossia al recupero ed evacuazione dei feriti il più rapidamente possibile, in quanto l'eventuale stabilizzazione del ferito in loco avrebbe messo in pericolo sia i soccorritori che il ferito; tuttavia, la stabilizzazione veniva attuata appena possibile. Furono quindi le circostanze

³⁰³ Costantino Cipolla, Susanna Vezzadini, *Le vittime della Grande Guerra e il ruolo della Croce Rossa*, Milano, FrancoAngeli, 2018, p. 118.

e le dinamiche del conflitto bellico ad orientare ed imporre le connotazioni del soccorso sanitario.

Partiamo dal principio, ossia l'azione di soccorso ai militari feriti sul campo di battaglia a seguito di una azione di guerra. I portaferiti della Croce Rossa corrono a soccorrere il ferito, caricandolo su una barella e portandolo al riparo il più presto possibile. Il primo posto dove venivano portati i feriti era il posto di medicazione. Si trattava del primo luogo sicuro in zona di guerra, ricavato spesso da strutture di fortuna lungo o nei pressi delle trincee di comunicazione a 150/200m dal campo di battaglia. Nei posti di medicazione veniva effettuato un primo *triage* con un sistema a tagliandi (secondo la tabellina **diagnostica** mod. 905)³⁰⁴ per certi versi simili a quello adottato oggi giorno che suddivideva i feriti in³⁰⁵:

Situazione	Colore Tagliando	Azione
Ferito leggero	Nessuno	Invio alle sezioni di sanità o ritorno in trincea
Ferito grave trasportabile	Verde	Inviati alle sezioni di sanità o agli ospedaletti/ospedali da campo
Ferito grave non trasportabile	Rosso	Trasportati con autolettighe o carri verso nuclei chirurgici od ospedali mobili chirurgici
Ferito morente	Nessuno	Raccolta degli oggetti e delle volontà personali, successivamente viene chiamato il cappellano militare

In questi posti di medicazione venivano effettuate le prime cure come fasciature e medicazioni, inoltre, potevano essere fornite le prime dosi di antidolorifici, erano quindi fondamentalmente delle infermerie. Ogni qualvolta fosse possibile, lo spostamento da e verso queste strutture avveniva a braccio o a piedi se lo stesso ferito era in grado di camminare, lasciando così libere le autolettighe o i carri ippotrainati ai feriti più gravi non in condizioni di camminare; nei casi più gravi i feriti potevano essere trasportati direttamente alle sezioni di sanità³⁰⁶.

³⁰⁴ Vedi allegato n.6.

³⁰⁵ <https://www.sanita-grande-guerra.it/index.php/sanita-in-guerra/servizio-sanitario-militare/posto-di-medicazione-o-di-soccorso>

³⁰⁶ Calzolari, Cipolla, *Il Corpo Militare della CRI nella Grande Guerra*, cit., p. 18.

Successivamente il ferito che necessitava di ulteriori cure veniva trasportato verso le sezioni di sanità o gli ospedaletti da campo. Quest'ultimi, se presenti, erano collocati tra i posti di medicazione e le sezioni di sanità: ad inizio della guerra ammontavano a 126 unità (sanità militare), per poi aumentare fino a 195 a fine 1916 fino ad un massimo di 223³⁰⁷. L'ospedaletto da campo aveva una capienza di 50 posti letto (aumentabile in base a risorse e necessità) e veniva predisposto presso strutture già esistenti come baracche o fabbricati in villaggi o paesi; qualora questo non fosse possibile, veniva predisposto con le tende in dotazione, la cui configurazione attendata era costituita da n.1 tenda riservata a reparto di medicazione, n.2 tende 9x11m e n.2 tende 7x9m come reparti di ricovero³⁰⁸. Al suo interno avvenivano tutte quelle le cure atte a stabilizzare il ferito in modo da renderlo trasportabile presso altre strutture ospedaliere. Tutta la dotazione dell'ospedaletto da campo era distribuita in 172 colli in modo da garantirne la mobilità attraverso muli o carri³⁰⁹.

Anche la Croce Rossa Italiana mobilitò questo tipo di strutture, le quali però non portavano il nome di ospedaletto da campo, infatti quelli dell'associazione erano definiti ospedali di guerra. Avevano una capienza da 50 a 300 posti letto ed erano strutture mobili, la cui movimentazione era garantita da 7 autocarri; la Croce Rossa mobilitò un totale di 65 ospedali di guerra. Gli ospedali di guerra della CRI fornirono un contributo di notevole importanza, in quanto fungevano anche da laboratorio analisi e potevano contare su bagni, lavanderie, reparti odontoiatrici, stomatologici e oculistici.

Come detto, se non presenti ospedaletti da campo normalmente dai posti di medicazione i feriti venivano spostati verso le sezioni di sanità. Si tratta di strutture di fondamentale importanza in quanto fungevano da punti di collegamento tra i posti di medicazione in prima linea e strutture sanitarie territoriali fuori la zona di guerra. In tutto vennero mobilitate 89 sezioni di sanità, di cui 4 della Croce Rossa Italiana. Nelle sezioni di sanità venivano fornite cure più complete rispetto alle semplici fasciature e medicazioni normalmente erogate presso i posti di medicazione in prima linea; tuttavia, per garantire

³⁰⁷ Claudio Scroccaro, Claudio Pietrobon, *Pianeta Sanità La sanità militare italiana nel veneto durante la Grande Guerra*, Treviso, Antiga Edizioni, 2015, p. 20.

³⁰⁸ <https://www.sanitagrandedeguerra.it/index.php/sanita-in-guerra/servizio-sanitario-militare/posto-di-medicazione-o-di-soccorso>.

³⁰⁹ <https://www.sanitagrandedeguerra.it/index.php/sanita-in-guerra/servizio-sanitario-militare/ospedaletto-da-campo-da-50-letti>.

³² Paolo Scandaletti, Giuliana Variola, *Le Crocerossine nella Grande Guerra. Aristocratiche e borghesi nei diari e negli ospedali militari. Una via all'emancipazione femminile*, Udine, Gaspari editore, 2008, p. 34.

un soccorso tempestivo, queste non dovevano sorgere troppo lontano da quest'ultimi poichè il trasposto dei feriti avveniva essenzialmente a braccio. Le sezioni di sanità erano strutture estremamente mobili in quanto fundamentalmente seguivano gli spostamenti delle truppe e venivano solitamente impiantate presso villaggi o fabbricati con alle vicinanze risorse idriche a patto che fosse garantito il riparo dal fuoco nemico. Erano dotate di propri portaferiti in modo da evacuare e trasportare i feriti dai posti di medicazione o verso altre strutture sanitarie ed erano costituite da due mezze sezioni in modo da sdoppiarsi in caso di necessità, avvicinandone una ai posti di medicazione che avrebbe seguito più da vicino le truppe. Tutto il materiale della sezione di sanità era trasportabile in 166 colli in quanto 83 erano necessari per ogni mezza sezione, per la movimentazione di tutta la sezione erano comunque necessari circa 25 muli. Molta della dotazione di ospedaletti da campo e delle sezioni di sanità era simile tant'è che i colli di queste due strutture erano permutabili in modo da garantire la massima mobilità ed implementazione³¹⁰.

Nelle sezioni di sanità normalmente i feriti se non necessitavano di cure specialistiche venivano completamente medicati e rispediti al fronte, i più gravi dopo essere stati stabilizzati invece venivano trasportati presso altre strutture dopo un ulteriore *triage*.

Il ferito che necessitava di ulteriori cure o di passare un periodo di degenza veniva trasportato verso gli ospedali da campo, che potevano essere da 100 o 200 posti letto³¹¹. La sanità militare arrivò a predisporre ben più di 160 ospedali da campo da 100 posti letto ciascuno e 42 da 200. Piccole operazioni chirurgiche potevano essere eseguite anche presso le sezioni di sanità, tuttavia le operazioni chirurgiche più delicate erano invece eseguite presso questi ospedali campo in quanto dotate di nuclei chirurgici; per questo motivo a coloro che nei posti di medicazione veniva dato il tagliandino rosso veniva evacuato direttamente presso gli ospedali da campo senza passare per le sezioni di sanità. I nuclei chirurgici degli ospedali da campo provvedevano quindi alle ferite cavarie ossia quelle più profonde, provocate da esplosioni, proiettili o armi bianche. Ogni nucleo

³¹⁰ <https://www.sanitagrandeguerra.it/index.php/sanita-in-guerra/servizio-sanitario-militare/sezione-di-sanita>

³³ <https://www.sanitagrandeguerra.it/index.php/sanita-in-guerra/servizio-sanitario-militare/ospedale-da-campo-da-100-letti>

chirurgico era composto da 1 capo chirurgo, 2 chirurghi aiutanti e due assistenti, per un personale di 5 persone. I nuclei chirurgici recensiti dalle fonti sono ad oggi³¹²:

Nucleo chirurgico	Struttura	Ubicazione
n.1	Ospedale da campo n.0168	Camposampiero (PD)
n.2	Ospedale da campo n.057	Strà (VE)
n.3	Ospedale da campo n.145	Vicenza
n.4	Ospedale da campo n.0157	Castel Godego (TV)
n.5	Ospedale da campo n.020	Cittadella (PD)

La Croce Rossa Italiana dava ulteriore supporto agli ospedali da campo attraverso le sue ambulanze radiologiche.

La direzione di sanità presto si rese conto che i nuclei chirurgici non bastavano a soddisfare le esigenze chirurgiche, dato che molti feriti gravi non facevano in tempo a raggiungere gli ospedali da campo. Al fine di salvare più vite possibili, nel tempo la chirurgia si avvicinò sempre più al fronte, a tal fine la sanità militare predispose le ambulanze chirurgiche d'armata e la Croce Rossa gli ospedali chirurgici mobili.

La Croce Rossa Italiana mobilitò in tutto 3 ospedali chirurgici mobili³¹³ che ebbero un ruolo strategico di fondamentale importanza per salvare vite, infatti la ratio era quella di portare soccorso a tutti quei feriti gravi con traumi spinali, addominali e così via, che per le loro gravi condizioni non potevano essere spostati dalle sezioni di sanità verso gli ospedali da campo. Gli ospedali chirurgici mobili furono introdotti a partire dal 1916 e avevano una capienza di circa 100 posti letto e potevano essere impiantati anche in fabbricati o altri impianti in modo temporaneo. L'intero apparato poteva essere montato e smontato e la sua mobilità era garantita dal fatto che tutto il materiale dell'ospedale chirurgico mobile era trasportabile su 6 camion³¹⁴. Gli ospedali chirurgici mobili di Croce Rossa erano³¹⁵:

³¹² <https://www.sanitagrandeguerra.it/index.php/sanita-in-guerra/servizio-sanitario-militare/nucleo-chirurgico>

³¹³ Vedi allegato n.7.

³¹⁴ Scandaletti, Variola, *Le Crocerossine nella Grande Guerra. Aristocratiche e borghesi nei diari e negli ospedali militari. Una via all'emancipazione femminile*, cit., p. 27.

³¹⁵ <https://www.sanitagrandeguerra.it/index.php/sanita-in-guerra/cri/ospedale-chirurgico-mobile>

Numerazione	Denominazione
I	Ospedale Chirurgico Mobile “Città di Milano”
II	Ospedale Chirurgico Mobile “Provincie Lombarde”
III	Ospedale Chirurgico Mobile “Giovanbattista Monteggia”

Nel progetto originario era composto da un totale di 9 tende così suddivise³¹⁶:

Struttura	Reparto
Tenda	Ricovero feriti
Tenda	Isolamento infettivi
Tenda	Farmacia
Tenda	Contabilità
Tenda	Ricovero ufficiali
Tenda	Infermiere Volontarie
Tenda	Soldati
Tenda	Spogliatoio/bagno ricoverati
Tenda/Baracca	Disinfettazione, sterilizzazione strumenti chirurgici e sala di preparazione
Tenda a tela doppia	Sala operatoria

La tabella di cui sopra fa riferimento alla configurazione attendata, qualora fosse possibile sarebbe stato invece predisposto presso fabbricati già esistenti. Negli ospedali chirurgici mobili prestavano usualmente servizio anche i cappellani di Croce Rossa. L’ambulanza chirurgica d’armata della sanità militare era fondamentalmente il corrispettivo dell’ospedale chirurgico mobile della Croce Rossa, si trattava sempre di autocarri trasportanti materiale per predisporre un piccolo avamposto attendato destinato alle operazioni chirurgiche. Croce Rossa Italiana e sanità militare cercavano di avvicinare il più possibile queste strutture al fronte, preferibilmente collocandole nei pressi o nelle vicinanze delle sezioni di sanità, a patto che rimanessero al sicuro dai bombardamenti nemici. I militari feriti curati e operati presso gli ospedali da campo potevano poi essere evacuati dalla zona di guerra con destinazione gli ospedali territoriali di Croce Rossa presenti lungo tutto il paese, in quella che era definita zona territoriale. In queste strutture

³¹⁶ *Ibidem.*

trascorrevano il periodo di degenza necessario a rimettersi in forze, potevano essere svolte anche operazioni chirurgiche, generalmente però di minor portata rispetto a quelle che venivano svolte in zona di guerra. Infatti, le ferite cavitali e gli altri traumi maggiori provocati da esplosioni si tendeva ad operarli come detto presso i nuclei chirurgici degli ospedali da campo o dalle strutture chirurgiche mobile viste in precedenza.

Accanto a queste strutture ne operavano altre, come gli ospedali di tappa, i depositi di convalescenza, i magazzini e così via, ma normalmente non si trattava di strutture di Croce Rossa. Il tema dei soccorsi sanitari durante la Grande Guerra è un tema di portata vastissima, ma ancora oggi è difficoltoso avere un quadro preciso e definitivo dell'argomento: spesso le fonti usano nomi diversi per indicare le stesse strutture, e riportano indicazioni diverse riguardo a dinamiche e spostamenti. Ancora oggi molti storici di Croce Rossa e di sanità militare continuano ad analizzare la tematica e i documenti per ricostruire con esattezza la gestione dei soccorsi, inoltre bisogna ipotizzare che durante le fasi più concitate del conflitto molti spostamenti e adempimenti burocratici non siano stati compiuti o siano andati persi. Concludo il paragrafo con una tabella riassuntiva del contributo di Croce Rossa durante la Grande Guerra (cifre riguardanti il periodo dal 1915 al 1917)³¹⁷:

	Zona di guerra	Zona territoriale	Totale
Ospedalizzazioni	340.215	321.326	661.541
Cure ambulatorie	995.376	139.750	1.135.126
Infermi trasportati	898.718	n.d	898.718
Giornate di degenza	2.520.922	9.396.422	11.917.344

Nello specifico³¹⁸:

Struttura/Unità	Prestazione	Numero interventi
Posti di soccorso	Prest.ambulatorie	377.639
Ospedali di guerra	Ospedalizzazioni	287.965
	Giornate di degenza	2.314.629
	Cure ambulatorie	117.587

³¹⁷ Scandaletti, Variola, *Le Crocerossine nella Grande Guerra. Aristocratiche e borghesi nei diari e negli ospedali militari. Una via all'emancipazione femminile*, cit., p. 41.

³¹⁸ *Ibidem*.

Ospedali mobili chirurgici	Ospedalizzazioni	3.354
	Giornate di degenza	29.019
	Cure ambulatorie	1.833
	Trasportati	1.845
Sezioni di sanità	Ospedalizzazioni	14.520
	Giornate di degenza	8.666
	Cure ambulatorie	115.414
	Trasportati	101.712
Ambulanze radiologiche	Radioscopie	29.916
	Radiografie/vario	9.586
Sezioni automobili	Ospedalizzazioni	4.460
	Giornate di degenza	14.686
	Cure ambulatorie	83.943
	Trasportati	198.105
Ambulanze da montagna	Ospedalizzazioni	29.916
	Giornate di degenza	153.922
	Cure ambulatorie	298.960
	Trasportati	67.372
Amb. fluviale "Litta"	Infermi trasportati	n.d
Amb. lagunare	Infermi trasportati	28.082
Treni ospedale	Infermi trasportati	529.684
	Chilometri trasportati	1.952.595

Guerra e conseguenze psicologiche. La Croce Rossa e l'assistenza psicologica, la figura delle Dame Visitatrici

La guerra è uno degli eventi più traumatizzanti e da molto tempo la scienza ha riconosciuto i suoi effetti devastanti per la mente umana: oggi si parla di disturbo post traumatico da stress, mentre una volta era definito come nevrosi da guerra. La Grande Guerra fu il primo conflitto bellico a manifestare in modo diffuso le gravi e preoccupanti conseguenze psicologiche patite dai soldati; in primis per il livello di violenza a cui erano

sottoposti i combattenti e poi perché di fatto si trattava della prima guerra di massa. Fin da subito si pose il problema della salute mentale delle truppe, tant'è che già nel 1917 il 15% degli esonerati nell'esercito inglese era dato per motivi psicologici (definito anche come "shock da granata"). Quando la guerra si trasformò in guerra di posizione e logoramento, anche in Italia iniziò ad emergere la problematica in modo molto serio. L'Esercito e le istituzioni adottarono provvedimenti ad hoc: dopo pochi mesi erano stati mobilitati ben 170 psichiatri verso la zona di guerra.

Inoltre, presso gli ospedali da campo, vennero creati reparti neuropsichiatrici, dove fornire le prime cure in ambito psicologico clinico. Vennero predisposti anche dei piccoli villaggi vicino le zone di guerra dove i soldati potevano trovare ristoro psicologico; nel caso invece di patologie più gravi venivano trasferiti in zona territoriale verso i manicomi. L'assistenza psicologica della Croce Rossa si tradusse inizialmente soprattutto attraverso l'opera delle Infermiere Volontarie, le quali non solo davano conforto morale ai feriti ma erano anche operative presso i manicomi provinciali del paese. Nello specifico viene da chiedersi se la Croce Rossa avesse strutture apposite per curare i malati psichiatrici provocati dal conflitto; la domanda non è di facile risposta in quanto molti documenti sono andati persi; tuttavia, le fonti suggeriscono l'esistenza di una struttura che può definirsi come l'unica ufficiale di Croce Rossa destinata all'assistenza psichiatrica. Si tratta dell'Ospedale psichiatrico S. Artemio di Treviso, il quale tra l'altro venne trasferito a Bologna dopo Caporetto. Il manicomio di S. Artemio era composto da 15 padiglioni, e al suo interno durante la guerra ospitò un ospedale territoriale di Croce Rossa. Un'altra fonte restituisce un ulteriore approfondimento, ossia che uno dei quindici padiglioni venne affidato alla Croce Rossa nello specifico al Comitato di Treviso, il quale a partire dal 1° giugno 1915 ne inaugurò il reparto psichiatrico. Purtroppo, ad oggi non ci sono ulteriori fonti che possano confermare tale versione.

La Croce Rossa riuscì a portare soccorso psicologico in modo capillare e diffuso, questo perché non solo l'aiuto psicologico era ed è componente di ogni opera di soccorso sul campo, ma anche e soprattutto perché la CRI vide l'opera specifica delle cosiddette "Dame Visitatrici"³¹⁹. Volute dalla patrona e Presidente Onoraria della CRI la regina Elena, si trattava per lo più di socie CRI provenienti dalle sezioni femminili e di classe agiata; la loro divisa era di color chiaro con lo stemma della Croce Rossa e portavano il

³¹⁹ Cipolla, Vezzadini, *Le vittime della Grande Guerra e il ruolo della Croce Rossa*, cit., p. 163.

velo nero in testa. Al contrario delle Infermiere Volontarie non avevano il compito di portare soccorsi sanitari tecnici bensì un soccorso più morale e psicologico, al fine di sostenere l'umore dei soldati, aiutandoli a far fronte alle sofferenze e alle giornate di degenza; il loro, quindi, era più un fronte di intervento sociale. Una circolare del Comitato di Como datata 19 giugno 1915, delinea chiaramente i loro compiti e la loro posizione³²⁰:

[...] le visitatrici sono scelte tra le socie della Croce Rossa non infermiere. È ufficio delle visitatrici di occuparsi esclusivamente di quanto riguarda l'assistenza morale degli infermi, nonché di mettersi in rapporto con l'Ufficio Informazioni per i militari e le famiglie. Dovranno astenersi di ingerirsi di quanto riguarda la cura dei singoli malati o l'andamento generale dell'ospedale.

Quotidianamente facevano visita ai feriti e agli ammalati negli ospedali, intrecciando dialoghi, ascoltando le loro storie, le loro paure, le loro confidenze, spesso gli portavano anche biancheria pulita e dolci; infine, si attivavano anche per organizzare feste, giochi, comuni ricorrenze e così via³²¹. L'ascolto attivo che fornivano le Dame Visitatrici era di fondamentale importanza in quanto permetteva al soldato di poter parlare con qualcuno, di poter riportare alla memoria scene e sfogare tensioni, potendo così rielaborare il trauma. Senza l'assistenza psicologica fornita da queste donne, le patologie e le conseguenze psicologiche e psichiatriche sofferte dai soldati sarebbero state probabilmente molte di più. Le dame visitatrici di Croce Rossa non fornivano assistenza psicologica solo ai soldati bensì anche alle loro famiglie con cui tenevano i rapporti, e, nel caso ci fossero dei defunti, aiutavano quest'ultime ad organizzare il funerale raccogliendo i fondi necessari, anche a favore dei relativi orfani.

Le dame prestavano opera soprattutto negli ospedali territoriali ma non raramente potevano trovarsi anche in zona di guerra, qui si prendevano cura anche delle tombe, onorando i caduti, tant'è che nel corso della guerra nacque anche la figura delle "onoratrici di tombe"³²². La figura della Dama Visitatrici non fu esclusiva di Croce Rossa infatti altre associazioni provvidero alla costituzione di tale componente: ne sono esempio le Dame Visitatrici della Croce Bianca e dell'Opera Pia. In Croce Rossa, nel caso non ci

³²⁰ *Ivi*, p. 172.

³²¹ *Ivi*, p. 164.

³²² *Ivi*, p. 168.

fossero disponibili donne dalla sezione femminile, tale incarico poteva essere affidato anche alle Infermiere Volontarie³²³.

Soccorrere anche l'anima. I cappellani della Croce Rossa Italiana

Fin da subito la Croce Rossa capì che non si trattava di soccorrere solo la carne bensì l'individuo nella sua totalità, poiché le ferite patite arrivavano anche al livello più intimo e profondo della coscienza. Fu per questo che la CRI fu forse la prima associazione a preoccuparsi di predisporre anche un soccorso - o quantomeno un supporto - di carattere spirituale. Il primo passo prese avvio già a partire dal 1886 con la prima convenzione con i frati Cappuccini con un primo coinvolgimento di circa 30 frati che arrivarono alla cifra di 60 nel corso del 1892³²⁴. Inizialmente erano inquadrati col grado di capitano, poi con la guerra a partire dal 1915 gli venne dato il grado di tenente. Il primo impiego fu presso le strutture che vennero mobilitate dalla CRI, ossia treni ospedale, ospedali territoriali e così via. Erano impegnati in una duplice direzione, da un lato verso l'esterno nell'assistenza spirituale verso i feriti e dall'altra una interna svolta tra gli stessi volontari dell'associazione. L'opera dei cappellani della Croce Rossa era tipica di ogni pastore, ossia dare i sacramenti, assistenza spirituale e così via; ma nel concreto cosa faceva un cappellano CRI in zona di guerra? Si può sintetizzare in questo elenco³²⁵:

- Svolgimento della Santa Messa
- Estrema unzione nei confronti dei feriti e dei moribondi e raccolta delle loro ultime volontà
- Cura dei cimiteri, mantenimento del decoro e della pulizia di tombe e giardini, issare le croci con i dati dei defunti
- Accompagnamento delle salme al cimitero
- Informare e tenere i rapporti con le famiglie

Negli ospedali territoriali la loro opera andava ben oltre a quella tipica di uomini di chiesa; infatti, spesso accompagnavano i feriti nei vari spostamenti, gli facevano compagnia oppure sistemavano i magazzini degli ospedali; spesso li si vedeva impegnati anche ad

³²³ *Ivi*, p. 173.

³²⁴ Calzolari, Cipolla, *Il Corpo Militare della CRI nella Grande Guerra*, cit., p. 243.

³²⁵ *Ivi*, p. 244.

organizzare piccoli momenti di distrazione e svago per i soldati come operette teatrali, cinema o biblioteche³²⁶.

L'opera della Croce Rossa Italiana a favore dei mutilati e invalidi di guerra

Come accennato nei paragrafi precedenti, la Grande Guerra rese molti soldati invalidi per tutta la vita, poiché le nuove armi e i nuovi ritrovati bellici erano capaci di provocare ferite devastanti. I mutilati e gli invalidi di guerra rappresentarono un'eredità pesantissima fin da subito, si trattava di uomini messi fuori combattimento in modo definitivo, senza poter più tornare in zona di guerra con un ruolo attivo, spesso nemmeno in società. Per questi soldati iniziava un iter lungo e complesso in zona territoriale, in quelle che venivano definite le "Case di rieducazione"³²⁷. Il problema degli invalidi si presentò fin dall'inizio, dai primi combattimenti, tant'è che già nell'estate del 1915 tale problema era già sentito come un'emergenza di carattere nazionale. A partire dal 1916 il Parlamento iniziò a cercare una soluzione che si concretizzò nella legge n.481 del 25 marzo 1917 con la fondazione dell'Opera Nazionale per la protezione e l'assistenza degli Invalidi di guerra, la cosiddetta ONIG³²⁸. Successivamente lungo il paese nacquero vari Comitati di Assistenza, poi confluiti nella Federazione Nazionale dei Comitati Assistenza ai militari ciechi, storpi e mutilati. Infine, nacque anche la ANMIG, Associazione Nazionale fra Mutilati ed Invalidi di Guerra, ad opera degli stessi militari feriti³²⁹. Ma quale fu l'azione della Croce Rossa verso gli invalidi e mutilati di guerra? Bisogna permettere che, come sugli altri fronti, anche in questo l'azione delle varie associazioni come la CRI fu fondamentale in quanto la sola sanità militare si rivelò non sufficiente e largamente inadeguata di fronte alla mole di invalidi che restituiva la zona di guerra. La Croce Rossa investì moltissime risorse per la loro assistenza; una fonte ufficiale, ossia l'archivio storico dell'associazione, dà precisa testimonianza di tale impegno:

[...] oltre poi agli ospedali per le cure generali, medicina e chirurgia, la Croce Rossa ne ha impiantati degli altri destinati esclusivamente alla rieducazione fisica degli storpi e mutilati: macchine speciali formano il materiale svariatissimo per tali bisogni: in questi ospedali sono impiantate scuole di

³²⁶ Vedi allegato n.8.

³²⁷ Cipolla, Vezzadini, *Le vittime della Grande Guerra e il ruolo della Croce Rossa*, cit., p. 42.

³²⁸ *Ivi*, p. 45.

³²⁹ *Ivi*, p. 46.

cultura generale, di telegrafia, telefonia, stenografia, dattilografia, nonché scuole di arti e mestieri per rendere utili alla Società tanti e tanti valorosi militari, la cui sorte sarebbe indubbiamente l'indigenza e la morte spirituale se una provvida mente, la Croce Rossa, non avesse pensato per mezzo di queste scuole, a farli riaffacciare nella vita moralmente elevati, materialmente fattivi. Istituti di tal genere sono Migliarina a Monte, Marina di Massa, Saltocchio, Bergeggi. Ma più specialmente va ricordata la grande scuola per fabbricazione di apparecchi ortopedici istituita presso l'Ospedale territoriale n.2 di Brescia, la quale largamente provvede al rifornimento degli arti artificiali per militari mutilati³³⁰.

Come si può evincere dal documento emerso dall'archivio storico dell'associazione, la prima preoccupazione della Croce Rossa era quindi quella di permettere a questi uomini di recuperare la propria abilità lavorativa. Si trattava di un aspetto fondamentale di primaria importanza anche dal punto di vista sociale: se gli invalidi e mutilati di guerra fossero rimasti senza assistenza ciò si sarebbe tradotto in decine di migliaia di uomini senza lavoro, totalmente a carico delle comunità. La loro riabilitazione inoltre aveva importanti risvolti psicologici sugli invalidi, assumendo i contorni di vera e propria salvezza psicologica: gli uomini tornavano a sentirsi utili, reinseriti nella vita sociale, con la speranza di un nuovo inizio finita la guerra; in poche parole, era anche una questione di ritornare in possesso della propria dignità di essere umani³³¹.

La tutela dei prigionieri di guerra: il ruolo della Commissione prigionieri di guerra della Croce Rossa Italiana

La Croce Rossa ebbe un ruolo di primo piano nel soccorso e nell'assistenza ai prigionieri di guerra.

Inizialmente il problema dei prigionieri non era di competenza della Croce Rossa, la quale era stata creata e fondata principalmente con lo scopo di prestare soccorso ai militari feriti in tempo di guerra. Da dove deriva allora questa competenza che ancora oggi la vede tra i protagonisti più impegnati e fondamentali, se non come unico attore titolato in materia attraverso il Comitato Internazionale di Croce Rossa (CICR)?

³³⁰ *Ivi*, p. 47.

³³¹ *Ibidem*.

La Croce Rossa ha fin dagli inizi espresso interesse per le sorti dei prigionieri di guerra, fu addirittura lo stesso fondatore ad esprimersi al riguardo; dal punto di vista legislativo la prima tappa riguardante il CICR e la tutela dei prigionieri di guerra fu la Risoluzione IV della Conferenza di Berlino dell'aprile del 1869 la quale testualmente riportava: «in caso di guerra, il Comitato Internazionale controllerà la formazione in località opportunamente scelte di un ufficio di posta e d'informazione che faciliti in ogni modo lo scambio delle comunicazioni tra i comitati e la trasmissione dei soccorsi».³³²

La codificazione più importante avviene nella Convenzione de L'Aja del 1899 sulle leggi e gli usi della guerra terrestre precisamente agli articoli 14 e 15:

Art. 14 Fin dal principio delle ostilità, s'istituirà in ciascuno degli Stati belligeranti e, dato il caso, nei paesi neutrali che abbiano accolto dei belligeranti sul loro territorio, un Ufficio d'informazioni sui prigionieri di guerra. Quest'ufficio, incaricato di rispondere a tutte le domande concernenti i prigionieri di guerra, riceve dai vari servizi competenti tutte le indicazioni necessarie per poter riempire una scheda per ogni singolo prigioniero. Esso è tenuto al corrente degli internamenti e delle mutazioni, nonché delle entrate negli ospedali e dei decessi. L'ufficio d'informazioni raccoglie inoltre tutti gli oggetti d'uso personale, valori, lettere, ecc., che venissero trovati sul campo di battaglia o lasciati dai prigionieri decessi in ospedali o ambulanze, e li trasmette agli interessati.

Art. 15 Le società di soccorso per i prigionieri di guerra, regolarmente costituite secondo le leggi del proprio paese e che abbiano per scopo di servire da intermediarie dell'azione caritatevole, riceveranno da parte dei belligeranti, per sé stesse e per i loro agenti debitamente accreditati, tutte le facilitazioni compatibili colle necessità militari e colle regole amministrative, onde possano soddisfare al loro compito umanitario. I delegati di queste società potranno essere ammessi a distribuire soccorsi nei depositi d'internamento, nonché ai luoghi di fermata dei prigionieri rimpatriati, sempre che si provvedano a tal uopo di un permesso personale rilasciato dall'autorità militare, e s'impegnino per iscritto ad assoggettarsi a tutte le misure di ordine e di polizia da quest'ultima prescritte.³³³

Il problema che emergeva dalla Convenzione è che non specificava quale associazione avesse il compito di costituire uffici informazioni, allo stesso tempo in tutta Europa sembrava assurdo dover costituire associazioni ad hoc per il soccorso e l'assistenza dei prigionieri quando c'era già la Croce Rossa. All'interno del movimento fin da subito nacque la volontà di estendere il soccorso e l'attività anche a favore dei prigionieri,

³³² Costantino Cipolla, *I prigionieri di guerra italiani negli imperi centrali e la funzione di tutela della Croce Rossa Italiana*, Milano, FrancoAngeli, 2020, p. 17.

³³³ *Ivi*, pp. 20-21.

sfruttando anche in parte il vuoto normativo lasciato dalla convenzione del 1899. I primi interventi sul tema vennero delineati ed affrontati nella VII Conferenza Internazionale di Croce Rossa del 1902 e si estesero anche per gli anni successivi durante l'ottava edizione di tale conferenza nel 1907, quando le società nazionali di Croce Rossa all'unanimità votarono a favore dell'estensione dei propri compiti, aggiungendo anche le attività a tutela e soccorso dei prigionieri di guerra, la cui ufficializzazione definitiva avvenne durante la nona edizione di Washington nel 1912, con la seguente risoluzione:

La Nona Conferenza Internazionale della Croce Rossa, considerando le Società della Croce Rossa naturalmente chiamate ad assistere i prigionieri di guerra [...], esprime l'auspicio che queste Società organizzino, nel tempo di pace, una "Commissione speciale" incaricata in tempo di guerra di raccogliere e affidare alle cure del Comitato internazionale di Ginevra i soccorsi che gli saranno inviati per i militari in prigionia. Il Comitato internazionale, con l'intermediazione di delegati neutrali accreditati presso i governi interessati, assicurerà la distribuzione dei soccorsi che saranno destinati a prigionieri individuati personalmente e spartirà gli altri doni tra i differenti campi dei prigionieri tenendo conto delle intenzioni dei donatori, dei bisogni dei prigionieri e delle istruzioni delle autorità militari. I costi sostenuti dal Comitato internazionale saranno a carico delle Società della Croce Rossa interessate. Le Commissioni speciali per i prigionieri di guerra si metteranno in contatto con il Comitato internazionale di Ginevra.

Ad agosto del 1914 il CICR aveva ufficialmente costituito l'Agenzia internazionale dei prigionieri di guerra, come riportato dal bollettino del segretario generale Paul Des Gouttes sull'attività del primo giorno di tale agenzia:

21 agosto 1914

Apertura dell'Agenzia internazionale dei prigionieri di guerra, in conformità alla risoluzione di Washington. Telegrammi inviati alla Croce Rossa tedesca, francese, belga, annunciano la nascita dell'Agenzia. Comunicati ai giornali di Ginevra annunciano questa apertura. Avviso per lettera alle Croci Rosse dei paesi belligeranti, per invitarle a trasmettere le liste prigionieri. Ricevuta comunicazione, da parte della Croce Rossa francese, che la loro Commissione speciale è pronta ad entrare in funzione³³⁴.

La Commissione dei prigionieri di guerra della Croce Rossa Italiana viene istituita nel dicembre 1914 e inizia la sua attività a partire dal 1915, mentre a novembre 1916 porta a

³³⁴ *Ivi*, p. 28.

termine il suo primo scambio di prigionieri con l'Austria³³⁵. L'azione della commissione vedeva due fronti, uno rappresentato dal soccorso verso i prigionieri italiani con la raccolta di informazioni, le spedizioni di pacchi alimentari, di vestiario ecc. e l'altro rappresentato dalle famiglie, dal tenerle aggiornate e in contatto con i loro cari in prigionia; inoltre, la commissione aveva il compito di tenersi in stretto contatto con quella austriaca per lo scambio delle liste di prigionieri. Un ruolo estremamente complesso ma anche utile riuscendo a fare da cuscinetto e ponte di contatto tra la popolazione militare prigioniera e la popolazione civile. Nello specifico i compiti della commissione erano³³⁶:

- Accogliere richieste di ricerca dispersi e prigionieri
- Soccorso morale ed economico ai prigionieri
- Mantenere canali d'informazione tra prigionieri e famiglie e relativa corrispondenza
- Invio di denaro e pacchi soccorso ai prigionieri
- Effettuare matrimoni per procura
- Consegna delle reliquie dei soldati deceduti alle rispettive famiglie d'appartenenza
- Provvedere allo scambio di prigionieri, malati e feriti
- Visite dei campi di prigionia attraverso delegati autorizzati

La commissione era composta da vari uffici, ognuno con competenze e compiti precisi che nel corso della guerra arrivarono a ben 15. Alla fine del 1917, la commissione contava in tutto: 1 segretario generale, 10 ufficiali, personale femminile in 280 unità, di cui 180 regolarmente stipendiate e altri 54 militi³³⁷. Analizzando brevemente la struttura uno dei più importanti era sicuramente l'*Ufficio informazioni*. Ad esso si rivolge chiunque abbia bisogno di informazioni riguardo i militari dispersi o sotto prigionia inoltre dava anche indicazioni su come inviare denaro e pacchi viveri a quest'ultimi. Le persone ricevute sono state circa 70.000.³³⁸

Ma dove venivano raccolte tutte le informazioni riguardanti i prigionieri? In quello che è l'ufficio forse più importante della commissione, intorno al quale opera l'organizzazione e che allo stesso tempo ne è garante in un certo senso del corretto funzionamento: ossia lo *schedario* . La commissione, nello schedario predispone una scheda per ogni prigioniero contenente tutte le informazioni riguardanti il suo status, le sue condizioni e

³³⁵ *Ivi*, p. 37.

³³⁶ *Ivi*, pp. 38-39.

³³⁷ *Ivi*, p. 47.

³³⁸ *Ibidem*.

l'iter della prigionia oltre agli eventuali invii di aiuti di denaro e così via, vengono annotate addirittura le richieste fatte dalla famiglia, insomma tutto ciò che riguarda il prigioniero viene annotato nello schedario. In esso si possono contare 600.000 schede organizzate in 1.500 cassette, che nel caso contengono anche le reliquie dei prigionieri. L'ufficio vede l'opera di sole donne tranne per 1 sottoufficiale e 1 ufficiale, tutto il personale era comunque di CRI. L'attività dell'archivio, sintetizzando, può essere suddivisa in 4 fasi: in primis l'arrivo delle richieste di notizie sul prigioniero italiano in Austria, poi successivamente arrivava la risposta della Croce Rossa austriaca, si passava allora alla consegna delle schede provenienti dall'ufficio tesoreria e soccorso e infine la consegna all'ufficio delle notizie dei telegrammi spediti dagli italiani³³⁹. Ma la commissione non provvedeva soltanto ai militari fatti prigionieri, aveva infatti provveduto a predisporre un *Ufficio Civili* che aveva il compito di raccogliere informazioni e mantenere i contatti con i civili dei territori occupati³⁴⁰.

Un altro ufficio invece è preposto a tenere le comunicazioni con le famiglie dei prigionieri, si tratta dell'*Ufficio Comunicazioni e Liste*. Aveva il compito di dare informazioni riguardo il prigioniero alla sua famiglia d'appartenenza, sia nel caso fossero positive o negative o anche nel caso ci fosse un'interruzione di aggiornamenti sulla prigionia; solo nel caso di morte tale comunicazione passava di competenza ad un altro ufficio. Complessivamente l'ufficio ha prodotto 160.000 lettere e 105 volumi³⁴¹. Nel caso i familiari volessero far arrivare del denaro al prigioniero dovevano invece rivolgersi all'*Ufficio Tesoreria e Reliquie* della commissione, il quale ha anche il compito di raccogliere e recapitare alle famiglie gli oggetti personali dei prigionieri che decedevano durante la prigionia³⁴². Per quanto riguarda invece l'invio di viveri, aiuti umanitari, indumenti o altro la competenza spettava all'*Ufficio Servizio Soccorsi*.³⁴³

Un altro ufficio importante è l'Ufficio Protocollo, che ha il compito di conservare tutta la corrispondenza e le pratiche evase (nell'ottobre ammontano rispettivamente a 525.000 e 198.452). Gli atti protocollati passavano poi all'Ufficio Copia il quale provvedeva a trascrivere tutta la corrispondenza traducendola in 3 lingue diverse, ossia il francese, l'inglese e l'italiano, il tutto attraverso l'opera di 20 dattilografe. Eventuali lettere o

³³⁹ *Ivi*, pp. 50-51.

³⁴⁰ *Ibidem*.

³⁴¹ *Ivi*, p. 52.

³⁴² *Ivi*, p. 53.

³⁴³ *Ivi*, p. 55.

telegrammi venivano invece inviati dall'Ufficio Inchieste e Telegrammi. Un ultimo ufficio che vale la pena menzionare è l'Ufficio Postale il quale era diviso in due sezioni: la sezione spedizioni, la quale era retta da un caporale maggiore della Croce Rossa, aveva il compito di spedire tutta la posta e le lettere preparate nei vari uffici della Commissione, inoltre provvedeva anche alla spedizione dei pacchi di Croce Rossa destinati ai prigionieri; la sezione corrispondenza prigionieri e famiglie provvede, invece, allo smistamento di tutte le lettere inviate dai prigionieri verso le loro famiglie e ogni lettera era inserita in una busta con sopra il logo CRI, sigillata e chiusa. A settembre 1917 si contano 12.774.924 lettere di prigionieri italiani verso le loro famiglie in Italia, 8.555.705 lettere di prigionieri tedeschi e 11.271.473 lettere di familiari italiani verso l'Austria³⁴⁴. La firma dell'armistizio il 4 novembre 1918 segnò la fine della guerra e la liberazione degli oltre 500.000 prigionieri italiani detenuti nei campi di concentramento. Il loro ritorno a casa però non fu indolore soprattutto per la filosofia adottata dal comando centrale che vedeva nell'esser fatti prigionieri un'onta, finendo così per essere soggetti a punizioni ed accanimento una volta tornati in patria. Il loro rimpatrio venne gestito in maniera del tutto disordinata e superficiale da parte delle autorità italiane, col risultato che gli italiani si incamminavano verso la via di casa in maniera del tutto improvvisata a piccoli gruppi, col risultato che molti di loro non sopravvivevano al viaggio. La CRI ebbe un ruolo fondamentale anche nella gestione degli aiuti e dell'assistenza ai prigionieri in rientro finita la guerra, una crisi umanitaria di dimensioni notevoli ed importanti, basti considerare che nel solo mese di novembre del 1918 si misero in cammino ben 400.000 prigionieri italiani. Poiché il comando supremo vedeva i prigionieri come un'onta, prevalse una concezione punitiva: i prigionieri appena arrivati in Italia dovevano essere interrogati dai comandi militari italiani³⁴⁵. L'intento punitivo si esprime anche nel non far arrivare gli aiuti umanitari, infatti, ai privati e alla stessa Croce Rossa venne proibito di inviare pacchi; gli ex prigionieri dovevano ricevere assistenza direttamente dallo Stato e sotto il suo controllo, in appositi centri di raccolta detti anche campi di riordino per poi essere interrogati e passare anche un periodo di quarantena. Di fatto però lo Stato non forniva alcuna assistenza e in queste strutture gli ex prigionieri erano completamente abbandonati a se stessi, in condizioni igieniche malsane, con poco cibo e senza vestiti

³⁴⁴ *Ivi*, pp. 48-49.

³⁴⁵ *Ivi*, pp. 294-295.

nuovi³⁴⁶. La CRI inizialmente estromessa dal suo ruolo assistenziale riuscì comunque a far arrivare aiuti agli ex prigionieri anche grazie all'aiuto del CICR; la Croce Rossa avendo previsto il dramma umano che si sarebbe consumato con la liberazione dei prigionieri, aveva preventivamente inviato fin da subito squadre di soccorso e militi con il compito di prestare assistenza ai prigionieri in viaggio; vennero predisposti ed installati dei posti di soccorso (sicuramente uno a Innsbruck, uno a Verona e uno a Trento) sia in territorio italiano che austriaco; inoltre, vennero installati anche dei posti di ristoro che avevano la funzione di dare almeno un pasto ai connazionali in fuga. La Croce Rossa inoltre inviò 3 treni ospedale per il trasferimento dei prigionieri, di preciso uno in Germania, uno in Austria e uno in Boemia: il primo treno ospedale CRI per soccorrere i prigionieri italiani partì il 30 novembre 1918; successivamente installò anche un posto di soccorso a Bardonecchia per i prigionieri che rientravano attraverso la Francia³⁴⁷. L'opera della CRI fu fondamentale e rappresentò quasi l'unica chance di sopravvivenza per molti ex prigionieri in cammino; infatti, lo Stato italiano, determinato nel suo accanimento non solo aveva allontanato la Croce Rossa o quantomeno limitato la sua opera presso i campi di riordino in madrepatria, ma non aveva neanche curato il loro rientro attraverso un'adeguata assistenza lungo le vie del rientro. Ma il contributo non fu solo materiale bensì anche istituzionale: fu proprio il presidente della Croce Rossa a sensibilizzare i vertici governativi sulla situazione degli ex prigionieri, invitando lo Stato all'invio di più cibo e al far ricongiungere il prima possibile i soldati alle proprie famiglie³⁴⁸.

Le strutture della Croce Rossa in zona territoriale

La Croce Rossa allestì numerose strutture fuori dalla zona di guerra, lungo tutto il paese: la struttura principale fu l'ospedale territoriale. Nell'arco del conflitto, la Croce Rossa allestì ben 200 ospedali, per una copertura di ben 30.000 posti letto circa. I soldati feriti accolti e curati in queste strutture ammontano a 321.326 per un totale di 9.936.422 giornate di ricovero. Si trattava di ospedali dotati anche di moderne attrezzature per gli standard dell'epoca come radiografie, radioscopie e così via. Queste strutture potevano in caso di necessità essere ricavate attraverso il riadattamento di strutture già esistenti, come

³⁴⁶ *Ivi*, pp. 296-297.

³⁴⁷ *Ivi*, pp. 299-300.

³⁴⁸ Vedi allegato n.9 e 18.

scuole, asili, ville e così via³⁴⁹. Altre strutture predisposte dalla Croce Rossa furono i posti di soccorso ferroviario e di ristoro³⁵⁰. I posti di soccorso ferroviario vennero predisposti nelle stazioni ferroviarie, precisamente attraverso il riadattamento di alcune stanze o locali di queste, al fine di avere dei punti dove soccorrere i feriti che passavano o scendevano dai treni ospedale, inoltre fungevano da punti di ristoro dove i soldati potevano riposare e sostare tra un viaggio e l'altro. I posti di soccorso ferroviario di Croce Rossa furono in tutto 29 in tutta Italia, prestando all'incirca 140.000 assistenze³⁵¹. Completavano l'assistenza in zona territoriale tutte quelle strutture predisposte dalla Croce Rossa per l'assistenza ai colpiti da malattie come gli ospedali per tubercolotici e i vari istituti climatici. Facendo un quadro riassuntivo, l'azione della Croce Rossa in zona territoriale si tradusse in³⁵²:

Ospedalizzazioni	321.326
Giornate di degenza	9.396.422
Prest. ambulatoriali	139.759

Il trasporto dei feriti

In guerra, oltre all'opera di soccorso, è necessaria una grandissima disponibilità di posti letto, la quale dev'essere garantita e sufficiente per tutto l'arco del conflitto, fino a cessate esigenze. Nella dinamica della gestione dei posti letto, un elemento di fondamentale importanza lo riveste il trasporto dei feriti: infatti proprio i trasporti garantiscono lo sgombrò ed evitano situazioni di attesa o ingorgo presso gli ospedali; si consideri a riguardo che ad un'azione di guerra potevano aversi anche 5.000 feriti. La catena dei trasporti da un lato garantiva l'arrivo e lo spostamento presso e tra le strutture di soccorso e medicazione, e dall'altro evitava il loro congestionamento. Era fondamentale evitare un effetto tappo, in cui i feriti non trovavano posti letto liberi perché occupati da ammalati o guariti in attesa di essere trasportati presso altre strutture. Nella dinamica dei trasporti

³⁴⁹ Scandaletti, Variola, *Le Crocerossine nella Grande Guerra. Aristocratiche e borghesi nei diari e negli ospedali militari. Una via all'emancipazione femminile*, cit., p. 34.

³⁵⁰ Vedi allegato n.10.

³⁵¹ *Ivi*, p. 35.

³⁵² *Ivi*, p. 41.

possiamo poi distinguere tra trasporti lenti e trasporti veloci o urgenti; nello specifico a determinarli è la gravità dei feriti o l'evolversi degli eventi bellici: a seguito di un'offensiva o di un pesante attacco, una delle prime esigenze era lo sgombrò di tutti i feriti leggeri presso altre strutture in modo da liberare più posti letto possibile dai vari ospedali per accogliere i feriti. Ma nello specifico come si articolò il trasporto dei feriti durante la Grande Guerra da parte della Croce Rossa italiana? Le metodologie e i mezzi impiegati variavano in base a zona ed esigenze. In campo di battaglia, il trasporto avveniva a mano attraverso l'uso di barelle portaferiti (barelle slitta se in zona di montagna), o teli quando il soccorso avveniva sotto il fuoco nemico. Successivamente si trasportava o trascinava in zona sicura il ferito ma nelle trincee era estremamente difficoltoso e spesso impossibile l'uso di barelle. Il trasporto a braccio attraverso l'aiuto dei militi di CRI avveniva essenzialmente fino ai posti di soccorso o alle sezioni di sanità, da qui in poi invece entravano in funzione mezzi a trazione animale o meccanica per il trasporto verso gli ospedali da campo, infine, il trasporto da quest'ultimi verso la zona territoriale avveniva con i treni ospedale della Croce Rossa. I trasferimenti dalle stazioni ferroviarie agli ospedali di competenza avveniva poi oltre che con i soliti carri e autolettighe anche attraverso il servizio tramviario appositamente predisposto³⁵³.

I mezzi di soccorso. Le ambulanze della Croce Rossa Italiana

Per tutta la Grande Guerra il trasporto dei feriti fu un problema centrale per quanto riguarda l'assistenza sanitaria in guerra; ciò non solo per via del grande numero di feriti e all'utilizzo di nuove armi ma fondamentalmente per la logica che caratterizzava il sistema di soccorso, il quale era basato non sulla stabilizzazione e medicazione del ferito in loco, bensì sul suo più rapido possibile trasporto in ospedale (quello che oggi viene definito *scoop and run*): parlare dei mezzi di soccorso è quindi di centrale importanza. Nonostante la logica del prendi e porta via, non venne mai meno l'attenzione alle esigenze dei feriti, infatti, i mezzi utilizzati nel soccorso dalla Croce Rossa erano comunque sempre adattati al compito, con specifiche sospensioni e soluzioni tecniche³⁵⁴. Durante la guerra vennero usati sia mezzi trainati da animali che mezzi a motore; il soccorso sanitario

³⁵³ Calzolari, Cipolla, *Il Corpo Militare della CRI nella Grande Guerra*, cit., pp. 166-167.

³⁵⁴ *Ivi*, p. 175.

vedeva la copresenza di questi due mezzi per varie ragioni: prima di tutto il motore a scoppio era ancora agli inizi e la sua diffusione non era ancora alta, richiedeva non poche risorse materiali e un supporto logistico ad hoc, inoltre i mezzi a motore non potevano essere utilizzati ovunque. La compresenza delle due tipologie di mezzo aveva infatti ragioni anche funzionali: i mezzi di soccorso a trazione animale venivano utilizzati soprattutto nelle immediate retrovie in quanto la presenza di fango o ambiente montano rendeva difficoltoso l'uso delle autolettighe³⁵⁵. Tra i principali mezzi di soccorso a trazione animale si trovano i carreggi, ossia carri ippotrainati, riadattati al trasporto dei feriti ma derivanti dai carri in dotazione all'esercito e la loro larga diffusione era anche una conseguenza delle numerose requisizioni per esigenze di guerra. Il primo mezzo, quello più semplice, utilizzato dalla Croce Rossa era la "Carretta di Battaglione" che non veniva utilizzata con lo scopo principale di trasporto feriti, ma come mezzo per trasportare viveri, medicine, lenzuola e altro materiale per rifornire gli ospedali CRI. Aveva una portata di circa 1100Kg ed era dotata di balestre semiellittiche e freno di stazionamento³⁵⁶. Il mezzo ippotrainato destinato al vero trasporto dei feriti era il "Carro d'Ambulanza", che era il riadattamento a scopi sanitari del "Carro Bagaglio per Cavalleria ed Artiglieria" in dotazione all'Esercito³⁵⁷; aveva una portata di 2000Kg e poteva trasportare 10 feriti seduti o 4 barellati³⁵⁸. Non si può non nominare anche un altro mezzo non a motore, forse il principale, ossia la "lettiga", una struttura in legno con due ruote sulla quale veniva adagiato il ferito, spinta o trainata dalle due guide da due militi della Croce Rossa, era presente anche una struttura telata come protezione da sole o pioggia³⁵⁹. Ma anche il mezzo non a motore per eccellenza fu usato dalla CRI, ossia la bicicletta. Era usata soprattutto dal personale medico per spostarsi da un ospedale all'altro o per recarsi dove necessitava il loro servizio; successivamente evolse in bicicletta-barella³⁶⁰ nella configurazione di due biciclette parallele con in mezzo lo spazio per una lettiga. Passiamo ora alla motorizzazione della Croce Rossa e all'avvento delle prime ambulanze come le conosciamo noi oggi, ossia all'impiego delle prime autolettighe nella Grande Guerra. Prima dell'avvento del motore a scoppio, nell'ambiente della sanità militare, il

³⁵⁵ *Ibidem*.

³⁵⁶ *Ivi*, p. 172.

³⁵⁷ Vedi allegato n.11.

³⁵⁸ *Ivi*, p. 173.

³⁵⁹ *Ivi*, p. 175.

³⁶⁰ *Ibidem*.

termine ambulanza stava ad indicare usualmente dei carri, spesso a trazione animale, sui quali venivano poi adagiati i feriti³⁶¹. Nel 1906 all'esposizione internazionale di Milano la CRI presentò il suo primo prototipo di ambulanza, si trattava di un mezzo basato sul Fiat Tipo 1 mentre la prima ambulanza di Croce Rossa fu immatricolata nel 1911: si tratta della famosa "CRI 1" del Comitato di Bergamo³⁶². Si trattava di una Maccagno Esperia 20-40 HP con lettiga scorrevole e pareti lisce per agevolarne la pulizia, non ancora munita di lampeggianti e sirena, bensì di una lampada a petrolio e una tromba azionata dall'autista. Le barelle erano due disposte a castello sulla parete di sinistra. Pochi anni dopo la CRI fece uso delle sue ambulanze in guerra: erano le Fiat 15 BIS, di preciso la "Tipo Libia" in quanto la CRI la impiegò per la prima volta proprio nel corso del conflitto italo-turco del 1911. Proprio la Fiat 15 TER diventò l'ambulanza più diffusa nell'arco del primo conflitto mondiale: si trattava di un autocarro col cassone telato destinato a vano sanitario nel quale trovavano alloggio 4 barelle con struttura in legno sorrette da catene. Il mezzo era lungo 4,5m ed era dotato di un motore benzina di 4.400 cm cubici per una velocità massima di 45Km/h³⁶³. Le autoambulanze a motore erano rare ma la Croce Rossa dal 1906 aveva in un certo senso fissato gli standard per quel tipo di mezzi, i quali dovevano essere dotati di pareti lisce, di un sistema di ammortizzamento, di vetri apribili, di almeno due barelle e di due o tre militi. Man mano che la guerra proseguiva il numero di autoambulanze aumentò e questo fondamentalmente perché molte officine incominciarono ad adattare mezzi già esistenti, magari in maniera artigianale ma efficace, inoltre un regio decreto del 1917 vietava l'uso delle automobili civili ai privati se non in casi eccezionali³⁶⁴. Alla fine del conflitto le autolettighe schierate si avvicinarono ai 1000 esemplari. Durante la Grande Guerra, la Croce Rossa dispiegò un gran numero di ambulanze per portare soccorso e trasportare feriti, e come vedremo vennero introdotte varie tipologie di mezzi. La classica ambulanza come la conosciamo noi oggi, ossia mezzo di soccorso allestito partendo da un furgone, era operativa ed operante anche durante la Prima Guerra Mondiale. Venivano impiegate per il soccorso e il trasporto dei feriti, spesso erano in funzione o presso gli ospedali, o presso le sezioni di sanità, o anche individualmente. Un altro mezzo che affiancò il Fiat 15 TER nella flotta ambulanze della

³⁶¹ *Ivi*, p.169.

³⁶² *Ivi*, p. 177.

³⁶³ <https://www.cribresso.org/pillole-di-cri/i-mezzi-storici/758-la-storia-delle-ambulanze-cri-seconda-puntata.html>

³⁶⁴ Calzolari, Cipolla, *Il Corpo Militare della CRI nella Grande Guerra*, cit., p. 179.

Croce Rossa durante la Grande Guerra fu il Fiat 18 BL e BLR; inoltre, la flotta poteva contare anche su vari esemplari di Isotta Fraschini OC5, Tipo 1 e 2³⁶⁵. Oltre a questi modelli “base”, la Croce Rossa utilizzò ulteriori ambulanze con particolari caratteristiche ed allestimenti per adempiere a specifiche funzioni di soccorso ed assistenza ai feriti. È il caso delle ambulanze radiologiche: si trattava di autocarri Fiat 18 BLR allestiti a servizio radiologico mobile³⁶⁶ e in tutto la Croce Rossa Italiana ne dispiegò 6, che si recavano a richiesta soprattutto presso ospedali di guerra o di campo per eseguire radiografie, radioscopie e altri esami radiologici al fine di individuare proiettili, fratture e altre lesioni³⁶⁷.

Un altro modello speciale messo in servizio dalla Croce Rossa è l’ambulanza elettro vibratore: questo apparecchio permetteva al chirurgo di individuare ed estrarre celermente il proiettile penetrato nel corpo del ferito; attraverso una carica magnetica, faceva vibrare i corpi metallici come bossoli e frammenti di granata, permettendone così la rapida individuazione ed estrazione da parte del chirurgo³⁶⁸. Un’altra unità mobile dispiegata dalla Croce Rossa Italiana fu l’ambulanza da montagna, ma non si deve pensare ad autocarri destinati ad uso fuoristradistico in zone montane, si trattava infatti di materiale sanitario che veniva fissato e trasportato attraverso l’uso di quadrupedi³⁶⁹. In tutto le ambulanze da montagna CRI furono 36 con una numerazione non lineare e ad oggi le fonti riferiscono le seguenti unità³⁷⁰:

Unità	Matricola	Unità	Matricola
Amb. da Montagna CRI	n.3	Amb. da Montagna CRI	n.45
Amb. da Montagna CRI	n.7	Amb. da Montagna CRI	n.48
Amb. da Montagna CRI	n.8	Amb. da Montagna CRI	n.49
Amb. da Montagna CRI	n.9	Amb. da Montagna CRI	n.50
Amb. da Montagna CRI	n.10	Amb. da Montagna CRI	n.59
Amb. da Montagna CRI	n.15	Amb. da Montagna CRI	n.60
Amb. da Montagna CRI	n.20	Amb. da Montagna CRI	n.67
Amb. da Montagna CRI	n.22	Amb. da Montagna CRI	n.73
Amb. da Montagna CRI	n.24	Amb. da Montagna CRI	n.75
Amb. da Montagna CRI	n.29	Amb. da Montagna CRI	n.77

³⁶⁵ *Ivi*, p. 180.

³⁶⁶ Vedi allegato n.13.

³⁶⁷ Scandaletti, Variola, *Le Crocerozzine nella Grande Guerra. Aristocratiche e borghesi nei diari e negli ospedali militari. Una via all’emancipazione femminile*, cit., p. 26.

³⁶⁸ *Ivi*, p. 28.

³⁶⁹ *Ivi*, p. 25.

³⁷⁰ <https://www.sanitagrandedeguerra.it/index.php/sanita-in-guerra/cri/ambulanza-da-montagna>

Amb. da Montagna CRI	n.30	Amb. da Montagna CRI	n.82
Amb. da Montagna CRI	n.31	Amb. da Montagna CRI	n.83
Amb. da Montagna CRI	n.32	Amb. da Montagna CRI	n.85
Amb. da Montagna CRI	n.33	Amb. da Montagna CRI	n.87
Amb. da Montagna CRI	n.37	Amb. da Montagna CRI	n.88
Amb. da Montagna CRI	n.40		

Il materiale trasportato poteva essere destinato alla predisposizione di punti ristoro o di riposo, di infermerie o piccoli ospedaletti chirurgici, da posti riservati agli infetti e così via e vennero usati sia in prima che seconda linea.

Infine, tra i mezzi più particolari che mise in servizio la Croce Rossa, ci sono sicuramente quelli destinati al trasporto e al soccorso dei feriti via acqua: si tratta delle ambulanze fluviali e dell'ambulanza lagunare. In origine il primo progetto di ambulanza fluviale risale al 1891 e si trattava concettualmente della trasposizione in ambiente acquatico del treno ospedale, infatti, queste ambulanze fluviali³⁷¹ erano fondamentalmente degli ospedali galleggianti. Con ambulanza fluviale non si indica un unico mezzo poiché di per sé questa era composta da più imbarcazioni tant'è che il progetto in origine parlava di "Progetto di Convogli Ospedali Fluviali" ed era costituito da 9 barconi ricovero più 3 di riserva, per un totale di 300 feriti trasportabili più il personale d'assistenza. La prima ambulanza fluviale CRI fu la "Brunetta d'Ussaux" che entrò in servizio nel 1891 presso il Lago Maggiore mentre nel 1894 prese servizio la "Lario" presso il lago di Como. L'ambulanza fluviale predisposta dalla CRI per il servizio durante la Grande Guerra fu invece, la Alfonso Litta, che prestò servizio sembra solo fino al 1916³⁷². Era costituita da 4 chiatte a fondo piatto di 14 metri di lunghezza e 4 di larghezza. Una chiatta era riservata a cucina, posto di medicazione, alloggio del personale direttivo e farmacia, le altre tre invece erano riservate ai feriti, munite 46 barelle e posti a sedere³⁷³. Simile all'ambulanza fluviale, fu l'ambulanza lagunare di CRI, che entrò in servizio a partire dal 26 maggio 1915. Composta da 3 barconi dotati ciascuno di 18 barelle, per un totale di 54 feriti alettati o 200 in piedi. A giugno 1917 aveva già trasportato 28.082 feriti di cui 4.465 in barella. Il suo servizio era destinato soprattutto al trasporto dei feriti da un ospedale a un altro nel

³⁷¹ Vedi allegato n.14.

³⁷² Scandaletti, Variola, *Le Crocerossine nella Grande Guerra. Aristocratiche e borghesi nei diari e negli ospedali militari. Una via all'emancipazione femminile*, cit., p. 24.

³⁷³ <https://www.ilgiornaledelpo.it/1915-1918-ambulanze-e-ospedali-sullacqua/>

territorio lagunare, e affianco a lei presero servizio altri motoscafi e l'autoscafo "Regine Elena"³⁷⁴.

I treni-ospedale della Croce Rossa Italiana

Il primo treno ospedale della CRI risale al 1884, che rappresenta anche il primo treno ospedale in Italia³⁷⁵. Il primo intervento effettuato da un treno ospedale di CRI fu il terremoto di Messina nel 1908 dove vennero messi a disposizione due convogli³⁷⁶.

Allo scoppio della guerra la CRI mobilitò in un primo momento ben 6 treni ospedale, e in tutta la guerra ne mise in servizio ben più di 22. In totale per tutto il conflitto i treni ospedale della Croce Rossa trasportarono 529.684 feriti con una percorrenza di ben 1.952.595 Km, distribuiti in 4.500 viaggi. Ma come era fatto un treno ospedale della Croce Rossa? Ogni treno era formato da 14 carrozze di tipo CLZ1910 trainate da una locomotiva FS290 (oltre varianti) per un totale di 234m di lunghezza, e 340 tonnellate di peso; quelle riservate ai feriti erano munite di 36 barelle circa e la carrozza poteva essere suddivisa in due reparti da 18 barelle ciascuno³⁷⁷. In tutto, il treno poteva trasportare circa 300 feriti, ma il numero poteva aumentare se c'era la possibilità di mettere seduti i pazienti; infatti, il numero più alto di feriti trasportati mai registrato in un treno ospedale di Croce Rossa fu di 412³⁷⁸. Ogni carrozza inoltre era dotata di riscaldamento, ventilazione e illuminazione. La composizione del convoglio era la seguente³⁷⁹:

Treno ospedale della Croce Rossa Italiana	
N°. Carrozza	Allestimento
1°	Bagagliaio (per gli indumenti e bagagli dei feriti)
2°	Alloggi personale direttivo
3°	Cucina
4°	Presente una sala da pranzo, 1 magazzino viveri e posto per 14 feriti
5°	Riservata ai feriti (36 barelle)
6°	Riservata ai feriti (36 barelle)
7°	Riservata ai feriti (36 barelle)

³⁷⁴ <https://www.sanitagrandedeuerra.it/index.php/sanita-in-guerra/cri/ambulanza-fluviale-lagunare>

³⁷⁵ Di tale treno si dà una approfondita descrizione nel bollettino di Croce Rossa n.4 del 4 settembre 1887.

³⁷⁶ Calzolari, Cipolla, *Il Corpo Militare della CRI nella Grande Guerra*, cit., p. 172.

³⁷⁷ Vedi allegato n.15.

³⁷⁸ *Ivi*, p. 183.

³⁷⁹ Scandaletti, Variola, *Le Crocerossine nella Grande Guerra. Aristocratiche e borghesi nei diari e negli ospedali militari. Una via all'emancipazione femminile*, cit., p. 24.

8°	Riservata ai feriti (36 barelle)
9°	Riservata ai feriti (36 barelle)
10°	Riservata ai feriti (36 barelle)
11°	Riservata ai feriti (36 barelle)
12°	Farmacia, bagno e sala di medicazione
13°	Alloggio personale di assistenza
14°	14 posti letti riservati a feriti contagiosi

Infine, in ogni treno trovavano servizio 4 Infermiere Volontarie, 1 farmacista, 1 contabile, 1 cappellano, 10 sorveglianti, 24 infermieri, 4 cuochi, 4 assistenti, 1 ispettore amministrativo e 1 medico capo³⁸⁰. La Direzione Generale delle Ferrovie dello Stato nell'agosto del 1914 emanò l'Ordine di servizio n.157 con il quale si prescrivono gli standard delle barelle che dovevano essere predisposte nei vari treni ospedali. Si trattava fondamentalmente di un telo portaferiti con due stanghe di legno della lunghezza totale di 2,28m, sul quale poteva trovare riposo un ferito di 1,90m massimo³⁸¹.

Il tram-ambulanza

Dalle fonti non si riesce ad evincere con chiarezza se questi mezzi furono propri dell'associazione di Croce Rossa, ma è sicuro che vi prestarono servizio i suoi militi. Si tratta di mezzi meno noti rispetto ai treni ospedale ma vale sicuramente la pena nominarli visto il loro prezioso contributo durante la Grande Guerra. Data la non larga diffusione di autolettighe, quando i feriti dei treni ospedale arrivavano in stazione, si presentava l'annoso problema del loro trasferimento: da qui, la funzione fondamentale dei tram, che fornivano un ponte di collegamento tra i treni ospedale e gli ospedali cittadini. Le prime città in cui vennero predisposti i tram ambulanza furono Roma, Milano, Torino, Bologna e Padova³⁸². Per prima cosa vennero costruite nuove linee di collegamento per servire direttamente le stazioni ferroviarie e i principali ospedali, allo stesso tempo si procedeva a modificare le carrozze dei tram, le quali fondamentalmente dovevano fungere solo da trasporto feriti; si modificava quindi il telaio aggiungendo molle per ammortizzare le vibrazioni, inoltre si aggiungevano agganci e supporti per le barelle che potevano variare

³⁸⁰ <https://www.sanitagrandeguerra.it/index.php/sanita-in-guerra/cri/treno-ospedale>

³⁸¹ Calzolari, Cipolla, *Il Corpo Militare della CRI nella Grande Guerra*, cit., p.184.

³⁸² *Ivi*, p. 185.

da 6 a 8 per carrozza³⁸³. Ogni tram poteva avere al seguito più carrozze ma solitamente non più di 4. Per esempio, a Roma la AATM allestì specificatamente allo scopo 21 carrozze, e modificò la motrice in modo che potesse trainare fino a 4 carrozze, contro le due che trainava normalmente. Vennero creati anche ulteriori 3Km di binari e 15 nuove fermate, tra cui una interna alla Stazione Termini e una per l'ospedale del Celio. In tutto, questi tram ambulanza smistarono tra la stazione Termini e i vari ospedali ben 50.000 militari feriti³⁸⁴. Anche a Milano questi tram ambulanza vennero usati per servire e collegare i vari ospedali di Croce Rossa, infatti l'amministrazione comunale fece nuove linee elettriche e dotò di sospensioni più morbide i tram, in modo da poterli trasportare anche dei feriti. I treni ospedale della Croce Rossa arrivati nelle varie stazioni, venivano deviati verso dei binari morti, dove ad attenderli c'era il personale di CRI che provvedeva al trasbordo dei feriti dai vagoni del treno alle carrozze dei tram ambulanza, che li avrebbero poi trasportati nei vari ospedali militari o di Croce Rossa.³⁸⁵

La guerra e il dramma della scarsità di medici

È bene analizzare la situazione medico sanitaria alla fine del 1915 dopo le offensive sull'Isonzo, in quanto fu proprio l'aggravarsi della situazione medico sanitaria a portare all'esperienza dell'Università Castrense di San Giorgio di Nogaro.

La prima offensiva incominciò nella primavera del 1915 e proseguì nella prima battaglia dell'Isonzo tra giugno e luglio dello stesso anno. Il bilancio è drammatico, le strutture sanitarie davanti all'incredibile mole di feriti incominciano a collassare, le brigate in prima linea impiegate nei combattimenti contano tra il 50 e il 70% di uomini messi fuori combattimento; il bilancio è di 11.495 feriti e 1.916 morti³⁸⁶.

Subito dopo, tra luglio e agosto, la seconda battaglia dell'Isonzo mette fuori combattimento 41.864 uomini, la terza tra ottobre e novembre 66.938 (10.663 morti, 44.290 feriti, 11.985 dispersi) e infine la quarta battaglia 54.500 (7.400 morti, 40.000 feriti, 7.100 dispersi). Per dare idea del massacro (e di conseguenza, dello sforzo e delle

³⁸³ Vedi allegato n.16.

³⁸⁴ *Ibidem*.

³⁸⁵ *Ivi*, p. 186.

³⁸⁶ Daniela Baldo, Massimiliano Galasso e Daniele Vianello, *Studenti al fronte. L'esperienza della Scuola medica da campo di San Giorgio di Nogaro - L'Università Castrense*, Gorizia, Libreria Editrice Goriziana 2010, p. 33.

necessità mediche) la III armata in meno di un anno su 352.000 uomini, ne perse 173.000, ossia più de 40% e, come se non bastasse, tra le fila dell'esercito scoppiarono epidemie di tifo e colera infettando altri 21.000 uomini, dei quali 2.229 morirono. Il sistema sanitario, i medici, gli infermieri, i soccorritori e le strutture erano completamente surclassati dal numero di feriti e morti. Il personale medico era insufficiente e costretto ad operare in condizioni difficilissime, in quanto anche le operazioni chirurgiche più complesse dovevano compiersi con estrema celerità con conseguenze a volte nefaste per i pazienti. Fondamentalmente il problema era nello scarso numero di medici chirurghi, che rendeva le varie strutture sanitarie (ospedali da campo o altro) fondamentalmente incapaci di far fronte alle esigenze sanitarie in quanto tutto il sistema di sanità militare era stato travolto.

Verso la fine del 1915 i comandi dell'Esercito si resero conto che dovevano trovare al più presto una soluzione alla scarsità di medici. Per dare idea della drammaticità dello scenario, in base all'art. 457 tomo 3 del "Regolamento di Mobilitazione" chiunque si fosse laureato in medicina, entrava in automatico nel Corpo di Sanità Militare, quindi fin dall'inizio nonostante l'assorbimento di tutti i neolaureati, ergo di tutte le forze disponibili, i soccorsi si son sempre dimostrati insufficienti³⁸⁷.

L'idea di una Università Castrense e il Decreto Luogotenenziale n° 38

Appariva chiaro che per risolvere la crisi, nel momento in cui nemmeno i neolaureati in medicina bastavano, era necessario in qualche modo mobilitare anche gli studenti. Il bisogno urgente di medici fu la ratio che portò alla nascita dell'Università Castrense, che nonostante tutto, può essere ritenuta una pagina sì triste ma anche gloriosa dell'Università di Padova. Un'idea, quella di impiegare anche gli studenti, che fu fin da subito abbastanza conflittuale: forti furono le contrapposizioni tra il mondo accademico e il mondo militare, in quanto portatori di interessi e di visioni contrapposti; senza dilungarsi troppo nell'analisi di dinamiche politiche o lobbistiche, l'Università Castrense vide la luce il 9 gennaio 1916 con il Decreto Luogotenenziale n° 38 del Governo (in seduta a Camere chiuse), anche grazie alle pressioni del Capo di Stato Maggiore, Luigi Cadorna e in generale del Comando Supremo.

³⁸⁷ *Ivi*, p. 54.

Riporto qui di seguito i passaggi e gli articoli più importanti del suddetto decreto:

In virtù dell'autorità a noi delegata:

Considerata l'opportunità di istituire corsi di medicina e chirurgia nella zona di guerra per gli studenti del 5° e 6° anno di medicina che sono sotto le armi, allo scopo di provvedere ai bisogni sanitari dell'Esercito combattente e al tempo stesso di fornire agli studenti il modo di continuare i loro studi nella zona di guerra; [...]

Abbiamo decretato e decretiamo:

ART. 1 – Sono istituiti a San Giorgio di Nogaro Corsi di medicina e chirurgia nella zona di guerra per gli studenti del 5° e 6° anno di medicina e chirurgia che si trovano sotto le armi.

ART. 2 – La direzione dei Corsi sarà affidata dal Ministro della Pubblica Istruzione d'accordo con quello della Guerra, ad un insegnante interno di grado ordinario di Università, il quale provvederà allo svolgimento didattico secondo le norme vigenti per la Facoltà Universitaria di medicina e chirurgia, tenendo conto delle particolari esigenze e delle finalità speciali dei corsi medesimi. Anche tutti gli insegnanti saranno scelti dal Ministero dell'Istruzione, d'accordo con quello della Guerra.

ART.3 – I corsi predetti sono obbligatori per gli studenti del 5° anno di medicina e chirurgia in servizio militare in zona di guerra e facoltativi per quelli in zona territoriale. Ad essi potranno essere iscritti anche gli studenti militari del 6° anno che ne facciano domanda e desiderino approfittarne invece del Corso accelerato istituito presso le Università con Decreto Luogotenenziale 28 Novembre 1915.

ART. 5 – I corsi dipenderanno amministrativamente e disciplinarmente dalla Intendenza Generale dell'Esercito. Alle spese occorrenti per essi provvederà il Ministero della Guerra.³⁸⁸

San Giorgio di Nogaro

Ma perché fu scelta proprio la località di San Giorgio di Nogaro? Prima di tutto bisogna far notare che San Giorgio di Nogaro, situata nel Friuli Orientale in provincia di Udine, non era molto lontana dalla prima linea del fronte, infatti, divenne fin dall'inizio della guerra un grosso centro militare con depositi di munizioni, autorimesse, centri di comando, depositi di vestiario, di dormitori per il personale militare e tanto altro. La

³⁸⁸ *Ivi*, pp. 235-236.

caratteristica che forse più contribuì a sceglierla come sede per l'Università Castrense fu quella di essere diventata anche un importante centro di organizzazione sanitaria e di concentrazione di materiale medico³⁸⁹; ciò è testimoniato dal fatto che ad inizio ostilità, a San Giorgio di Nogaro, nel 1915, furono organizzati ed adibiti ben 8 ospedali militari, di cui 6 della Croce Rossa e 2 dell'Esercito. Non si deve pensare a moderne strutture ospedaliere come quelle attuali, gli ospedali all'epoca furono ricavati in strutture preesistenti come asili, scuole, granai, ville e altri edifici, le quali venivano riadattate in base alle esigenze sanitarie.

Tra le strutture sanitarie a San Giorgio di Nogaro c'erano:

6 ospedali della Croce Rossa³⁹⁰:

- N° 16, presso la scuola elementare
- N° 39 e N° 40 predisposti presso due ali del municipio
- N° 42, N° 8 presso edifici di proprietà privata
- N° 5, presso una fattoria

2 ospedali dell'Esercito (II Gruppo ospedaliero della III Armata) ossia³⁹¹:

- N° 238, allestito in una casa privata "Casa Margreth" poi trasferito in una fornace
- N° 234, allestito nella sezione di un asilo nell'agosto 1915.

Tra l'Università Castrense e gli ospedali militari, specialmente il N°234 e il N° 238, si instaurerà un rapporto molto stretto.

Nel 1916 vengono allestiti altri 3 ospedali, portando così gli ospedali militari a 11³⁹²:

- N° 50, presso casa privata
- N° 10, di fronte alla stazione presso un ricovero
- N° 34 presso edificio in Via Emilia

Inoltre, vennero anche istituiti particolari servizi sanitari destinati a soddisfare precise specialità mediche:

- Servizio psichiatrico e neuropatologico, presso l'ospedale N° 234³⁹³
- Servizio neurologico della III Armata, così organizzato: un reparto neurochirurgico presso l'ospedale N°8 (CRI), due reparti avanzati presso gli ospedali N° 5 (CRI) e 76

³⁸⁹ *Ivi*, p. 71.

³⁹⁰ *Ivi*, p. 74.

³⁹¹ *Ivi*, p. 75.

³⁹² *Ibidem*.

³⁹³ *Ivi*, p.100.

(questo dislocato a Sagrado), ed infine un reparto di osservazione presso l'ospedale N° 234³⁹⁴

- Servizio di oculistica e otorinolaringoiatrica, presso l'ospedale N° 234 a partire da luglio 1916³⁹⁵

Purtroppo, l'organizzazione sanitaria di San Giorgio di Nogaro fu stravolta da due episodi: il primo fu il pesante bombardamento subito tra il 1916 e 1917 dagli austriaci proprio per la sua importanza militare, e poi la disfatta di Caporetto. Questi due episodi costrinsero allo smantellamento di tutte le strutture sanitarie, che vennero trasferite altrove decretando la fine di San Giorgio di Nogaro come centro militare e sanitario³⁹⁶.

Primo anno accademico dell'Università Castrense

Le lezioni dell'Università Castrense iniziarono il 14 febbraio 1916 e terminarono il 24 maggio dello stesso anno; questo arco di tempo rappresenta il primo anno accademico della suddetta Università³⁹⁷. Come detto, gli studenti che potevano essere ammessi a frequentare l'Università di San Giorgio di Nogaro erano quelli iscritti al 5° e 6° anno della facoltà di medicina, e potevano provenire da qualsiasi Università del paese; in tutto gli iscritti al primo anno di corso furono 366, di cui 356 del quinto anno e 10 del sesto³⁹⁸.

La tabella sottostante riassume la provenienza degli studenti in base al loro ateneo³⁹⁹:

Università	V° anno	VI° anno	Totale
Università di Padova	39	1	40
Università di Catania	16	1	17
Università di Genova	14	1	15
Università di Firenze	13	1	14
Università di Modena	13	1	14
Università di Napoli	81	0	81

³⁹⁴ *Ivi*, p.102.

³⁹⁵ *Ivi*, p.103.

³⁹⁶ *Ivi*, p. 77.

³⁹⁷ Vedi allegato n.17.

³⁹⁸ *Ivi*, p.107.

³⁹⁹ *Ivi*, p.121.

Università di Bologna	40	0	45
Università di Palermo	28	0	28
Università di Parma	10	1	16
Università di Pavia	34	0	34
Università di Pisa	9	0	9
Università di Roma	34	3	37
Università di Sassari	1	0	1
Università di Siena	6	0	6
Università di Torino	18	1	19
TOTALE	356	10	366

Ma cosa studiavano gli studenti e come era organizzato il primo anno di corso?

Le ore di lezione settimanali erano 47 o 51, nel caso gli studenti dovessero ancora sostenere gli esami di patologia medica⁴⁰⁰; le lezioni erano le stesse di qualunque facoltà di medicina, ma per gli studenti dell'Università Castrense si aggiungevano dei corsi complementari, ossia clinica chirurgica, traumatologia di guerra, protesi degli arti e logistica sanitaria. Il motivo sta nel fatto che gli studenti sarebbero stati fin da subito impiegati nella cura dei soldati feriti di ritorno dal fronte⁴⁰¹.

Il calendario settimanale delle lezioni era così organizzato⁴⁰²:

Insegnamento	Ore a settimana
Clinica chirurgica e medicina operatoria	5,5 h
Traumatologia di guerra	1,5 h
Protesi e chirurgia degli arti	1,5 h
Otorinolaringoiatria	2 h
Stomatoiatria	1 h
Clinica medica generale	4,5 h
Clinica pediatrica	3 h
Clinica ostetrica e ginecologia	3 h
Clinica oculistica	3 h
Clinica dermosifilopatica	3h

⁴⁰⁰ *Ivi*, p. 111.

⁴⁰¹ *Ivi*, p. 108.

⁴⁰² *Ivi*, pp. 111-112.

Malattie nervose e mentali	3 h
Igiene	3 h
Profilassi ed epidemiologia	1,5 h
Anatomia patologica	6 h
Medicina legale	2 h
Logistica sanitaria	1 h
TOTALE	47 h

Nel primo mese le lezioni furono 158 e i casi clinici analizzati dagli studenti furono ben 1.762⁴⁰³. Finite le ore di lezione quotidiane, gli studenti erano tenuti a svolgere il normale servizio ospedaliero; proprio la vicinanza al fronte e la grande quantità di ospedali nel territorio, permettevano agli studenti dell'università Castrense di vedere dal vivo numerosi casi clinici e avere così la possibilità di mettere fin da subito in pratica gli insegnamenti ricevuti. Nell'assistenza ai soldati feriti gli studenti poterono approfondire il trattamento delle ferite da lacerazione, delle lesioni traumatologiche, delle gangrene, delle scottature, delle congelazioni e in genere di tutti i vari tipi di ferita in base al munizionamento come proiettili, bombe a mano, granate e così via⁴⁰⁴. A testimonianza di quanto importante e fondamentale fosse permettere agli studenti di fare pratica ed osservare casi reali, si possono citare due circolari del maggiore generale medico Lorenzo Bonomo, professore dell'Università Castrense e Direttore di Sanità della III armata. Il professore nella circolare n.1962 del 5 febbraio 1916 chiede che vengano trasferiti presso l'ospedale N° 234 tutti quei feriti e pazienti che possano fungere da casi di studio e in una circolare del 3 agosto dello stesso anno chiede che gli arti mutilati e i cadaveri provocati da ferite di guerra non vengano distrutti, bensì vengano ricomposti ed inviati a San Giorgio di Nogaro per essere utilizzati come materia di studio. Infine nella direttiva datata 11 dicembre 1916, Bonomo chiede che i cadaveri vengano tenuti a disposizione fino a 24 ore dopo la morte, per eventualmente essere utilizzati nelle lezioni di chirurgia o di anatomia patologica del professor Antonio Dionisi⁴⁰⁵.

Un altro passaggio fondamentale per comprendere la realtà dell'Università Castrense è capire dove si svolgevano le lezioni. È bene precisare che tutti gli studenti erano destinati

⁴⁰³ *Ivi*, p. 113.

⁴⁰⁴ *Ibidem*.

⁴⁰⁵ *Ivi*, p. 106.

all'ospedale N° 238, e le lezioni si tenevano presso 4 aule che erano ricavate da edifici esistenti oppure da costruzioni di legno, appositamente realizzate dal genio militare⁴⁰⁶.

Dei 366 studenti del primo anno di corso, solo 103 erano in pari con gli esami; per normalizzare la situazione a metà del corso venne concessa agli studenti una licenza per sostenere gli esami arretrati: per l'esattezza tra il 15 e il 26 aprile 1916. Gli studenti che usarono la licenza furono 221 e diedero in tutto 809 esami arretrati, il bilancio fu positivo contando solo 10 bocciati⁴⁰⁷.

Ma come mai il primo anno di corso durò solo pochi mesi?

Dalle fonti purtroppo si evince che le lezioni del primo anno furono bruscamente sospese (facendole terminare il 24 maggio 1916), per via della temuta "Strafexpedition" che era prevista sull'Altipiano di Asiago, imponendo una chiamata alle armi e in generale un trasferimento di truppe per rinforzare quell'area. Gli esami di giugno furono sospesi e gli studenti furono promossi al grado di Aspiranti medici della Sanità Militare⁴⁰⁸.

Il secondo anno accademico dell'Università Castrense

Dopo l'offensiva austriaca, nelle sfere politiche e militari c'è grande preoccupazione e nervosismo: la vittoria tanto decantata non arriva e si instaura la consapevolezza che la guerra durerà a lungo. La situazione è drammatica, tutti gli studenti sono stati richiamati al fronte e molte aule di scuole superiori e università rimangono vuote. Tutto nel paese viene tradotto e impiegato per scopi bellici, per dare supporto all'Esercito del Regno.

La situazione era delicata, da un lato c'erano le esigenze di guerra e dall'altro le esigenze accademiche; gli studenti del 5° e 6° anno di medicina erano stati richiamati verso il fronte in modo da essere impiegati, il che rendeva estremamente complicato se non impossibile, dargli licenza per permettergli di sostenere gli esami presso le varie Università di appartenenza; in più c'era il problema che l'Università Castrense doveva ottenere il riconoscimento da parte del ministero della Pubblica Istruzione, in modo da dare valore legale ai vari esami sostenuti, in quanto come sappiamo il decreto fondativo, il n° 38, nacque soprattutto su spinta del Comando Supremo e del Capo di Stato Maggiore.

⁴⁰⁶ *Ivi*, p. 107.

⁴⁰⁷ *Ibidem*.

⁴⁰⁸ *Ivi*, p. 108.

Se non si trovava una soluzione, si rischiava che gli studenti di medicina impiegati al fronte non avrebbero potuto continuare gli studi e di conseguenza dare gli esami sono una volta terminata la guerra⁴⁰⁹.

Fu proprio l'intervento dell'Università di Padova, a portare all'emanazione del Decreto Luogotenenziale n° 1.678 del 26 novembre 1916.

Il decreto sanciva che gli studenti di medicina e chirurgia iscritti al III, IV, V e VI anno e che erano stati destinati al servizio in zona di guerra, a partire dal 16 novembre 1916 erano iscritti d'ufficio presso l'Università di Padova, indipendentemente dall'Ateneo di provenienza.

Inoltre, potevano seguire i corsi della Scuola di San Giorgio di Nogaro, gli iscritti al 5° e 6° anno, che ora era da ritenersi come una sezione staccata della facoltà di medicina dell'Università di Padova. In questo modo l'Università Castrense, poteva ritenersi una vera e propria università a tutti gli effetti.

Riporto qui gli articoli fondamentali del Decreto Luogotenenziale n. 1678 che bene fanno capire la dinamica tra Università di Padova e la Scuola di San Giorgio di Nogaro:

ART. 1 – Gli studenti iscritti al 3° ed al 4° anno della Facoltà di medicina e chirurgia delle Università del Regno, vincolati al servizio militare in zona di guerra e gli studenti iscritti al 5° e 6° anno nelle predette Facoltà, vincolati al servizio militare tanto in zona di guerra quanto in zona territoriale dal 16 novembre 1916 sono iscritti di ufficio ai rispettivi anni di corso presso la R. Università di Padova. Essi, pur restando sempre alla dipendenza diretta della Autorità militare, debbono seguire il Corso obbligatorio delle lezioni secondo l'ordine e l'orario determinati dal Consiglio di quella facoltà medico-chirurgica.

ART. 2 – Il corso delle lezioni per gli studenti militari del 3°, 4°, 5° e 6° anno, iscritti nella Facoltà di medicina e chirurgia della R. università di Padova, giusta l'articolo precedente, incomincerà il 16 novembre 1916 e si chiuderà il 30 marzo 1917. [...]

L'articolo fondamentale che fa capire il rapporto tra Università di Padova e San Giorgio di Nogaro è il terzo:

ART. 3 – Per rendere più spedito ed efficace l'insegnamento nei corsi presso la Facoltà medico-chirurgica di Padova, e per corrispondere alle necessità di ordine militare circa la immediata

⁴⁰⁹ *Ivi*, p. 130.

disponibilità degli aspiranti ufficiali medici la Facoltà stessa si gioverà degli impianti e del materiale dei corsi di medicina e chirurgia istituiti a San Giorgio di Nogaro con decreto luogotenenziale del 9 gennaio 1916, num.38.⁴¹⁰

E' da sottolineare che questo decreto abroga il Decreto Luogotenenziale n°38.

Per il secondo anno accademico, si contano 832 studenti che, come per il primo anno, sono destinati all'ospedale n°238⁴¹¹. Un problema rilevante e che preoccupava le autorità accademiche era che molti studenti per colpa della guerra non erano riusciti a seguire i corsi né a sostenere gli esami nelle loro università di provenienza; quindi, ci si trovava davanti a molti studenti indietro rispetto al programma di studi. Gli studenti vennero divisi in gruppi e gli insegnanti furono costretti a fare lezione tutti i giorni a cui si aggiunsero due ore di esercitazioni pratiche al giorno. Per dare una idea della quotidianità riporto una tabella riportante le routine quotidiana degli studenti⁴¹².

<i>Orario previsto da novembre 1916 a gennaio 1917</i>	
Università di Padova	
Facoltà di Medicina e Chirurgia sezione di San Giorgio di Nogaro	
Anno accademico 1916-1917	
<i>Mansione</i>	<i>Orario</i>
<i>Sveglia, pulizia personale e caffè</i>	<i>6.30 – 7.30</i>
<i>Lezioni:</i>	<i>7.30 – 12.00</i>
<i>Colazione, libera uscita</i>	<i>12.30 – 14.00</i>
<i>Lezioni – Esercizi clinici e di laboratorio</i>	<i>14.00 – 18.00</i>
<i>Pranzo e libera uscita</i>	<i>18.00 – 20.00</i>
<i>Studio</i>	<i>20.00 – 22.30</i>
DOMENICA	
<i>Studio</i>	<i>9.00 – 11.00</i>
<i>Libera uscita</i>	<i>11.00 – 12.00</i>

⁴¹⁰ *Ivi*, p. 237.

⁴¹¹ *Ivi*, p. 137.

⁴¹² *Ivi*, p. 139.

Per dare un'idea delle difficoltà di dover da un lato essere al fronte e dall'altro di essere anche uno studente, su 191 studenti del V anno, solo 32 erano in pari con gli esami, e dei 621 studenti del VI anno, erano in pari solo in 83. Per tamponare per quanto possibile questa situazione, venne concessa una sessione straordinaria nel gennaio 1917; nonostante ciò, su 3.943 iscrizioni d'esame, si contarono 1.314 esami non superati. Un'altra sessione d'esami si tenne a marzo, mentre tra il 2 e il 6 aprile si tennero le sessioni di laurea a Padova, le cui commissioni erano composte da 11 professori di cui 3 provenienti dalla Scuola di San Giorgio di Nogaro. In tutto, gli iscritti al VI anno erano 621, di questi 467 sostennero l'esame finale e si laurearono⁴¹³ seguendo quanto prescritto dall'art.7 del Decreto Luogotenenziale 1.678, sullo svolgimento della prova finale infatti:

Rispetto all'esame di laurea è data facoltà agli studenti militari di omettere la presentazione e la discussione della tesi scritta, sostituendola, a forma del decreto Luogotenenziale 10 ottobre 1916, n. 1402, con la discussione orale di un tema che sarà assegnato dalla Commissione esaminatrice dieci giorni prima di quello fissato per l'esame⁴¹⁴.

L'Università Castrense e la Croce Rossa Italiana

Quale potrà mai essere il collegamento tra la Croce Rossa e la scuola di San Giorgio di Nogaro? Un collegamento c'è ed è da vedersi nel suo fondatore e ideatore: il tenente colonnello medico della Croce Rossa Italiana Giuseppe Tusini.

Nato a Sarzana l'8 marzo 1866, si laureò in medicina all'Università di Genova nel 1890. I primi incarichi furono a fianco del prof. Antonio Ceci tra Genova e Pisa, sempre in ambito chirurgico, per poi passare come ricercatore e insegnante di Patologia chirurgica presso l'Università di Pisa, nella quale tramite concorso divenne titolare di cattedra nel 1906. Con l'entrata in guerra dell'Italia, decide di arruolarsi come volontario nella Croce Rossa e di operare al fronte, come chirurgo per i militari feriti. Fu proprio in questo periodo di impegno come volontario CRI e come chirurgo al fronte che maturò l'idea di proporre al Comando Supremo l'istituzione di una scuola medica da campo al fronte⁴¹⁵.

⁴¹³ *Ivi*, pp. 140-143.

⁴¹⁴ *Ivi*, p. 239.

⁴¹⁵ *Ivi*, pp. 177-178

Ne troviamo traccia anche nel suo discorso inaugurale del primo anno di corso dell'Università Castrense, fatto il 13 febbraio 1916 a San Giorgio di Nogaro:

È assai dolce al mio cuore poter dire che l'idea prima della Scuola sorse per un debito di riconoscenza verso i giovani studenti fatti soldati. Trovai non consono al mio sentimento accettare quello che le Autorità militari offrivano alle attività dei Clinici italiani in zona territoriale, ma pensai fosse mio dovere, come il più giovane dei Clinici italiani, venire a ritrovare i miei discepoli ed essere loro compagno di lavoro qui sul campo della lotta. Come ero stato loro maestro nelle aule universitarie. La guerra deve inevitabilmente fare opera di distruzione, ma nella guerra pur qualche cosa si semina, germoglia e si manifesta fra il cumulo delle fumanti rovine; come tutto ciò che nasce e cresce fra le asprezze è qualche cosa di forte che saprà poi resistere alle violente tempeste della vita; cresce e si matura il nostro carattere, si consolida la nostra coscienza, e si radica in noi inestirpabilmente la convinzione che il valore della vita sia tutto nel potere noi prima di ogni altro intimamente stimare noi stessi⁴¹⁶.

Tra il 1932 e il 1936 fu membro del Consiglio superiore dell'Educazione nazionale, e nel 1937 divenne preside della facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Genova. Nel 1939 divenne Senatore del Regno per poi essere nominato grande ufficiale dell'Ordine della Corona d'Italia. Il professor Tusini, morì a Milano il 22 maggio 1940⁴¹⁷. Per la sua attività come medico chirurgo al fronte venne insignito della medaglia d'oro della Croce Rossa Italiana, della Croce di guerra e della medaglia di benemerita per i volontari di guerra. Infine, gli venne conferita anche la medaglia d'argento al valore militare dal Duca d'Aosta in persona, con la seguente motivazione:

Dal principio della guerra infaticabilmente sollecito nel prestare l'opera propria di chirurgo anche nei posti più avanzati, incurante di ogni pericolo, si prodigò sempre con generoso ed ardente slancio, riuscendo, oltretutto di immediato soccorso ai militari feriti, di esempio ai mille giovani medici che furono suoi allievi nella Università Castrense, e dimostrò costantemente altissimo senso del dovere e sereno coraggio.⁴¹⁸

⁴¹⁶ *Ibidem*.

⁴¹⁷ *Ivi*, p.179.

⁴¹⁸ *Ivi*, p. 182.

CAP. IV

LA CROCE ROSSA E LA PANDEMIA DI SPAGNOLA

L'origine della spagnola e la diffusione nel territorio italiano.

L'influenza è una malattia respiratoria, che può manifestarsi con sintomi lievi, come mal di testa, febbre, tosse e dolori muscolo articolari: o gravi, con febbre alta, difficoltà respiratoria e vertigini. Il virus responsabile è l'Influenzavirus, che si divide in 4 tipi, ossia l'influenzavirus A, l'influenzavirus B, l'influenzavirus C e l'influenzavirus D, dai quali derivano 4 tipi di influenze, ossia l'influenza di tipo A, di tipo B, di tipo C e di tipo D. Caratteristiche e potenzialità di contagio dipendono dalle specifiche genetiche e scientifiche proprie di ogni tipologia di virus, con dirette conseguenze sull'uomo e sulla società; in riferimento a ciò, le influenze di tipo C sono le meno contagiose e forti; al contrario, le influenze di tipo A e di tipo B hanno una pericolosità maggiore, poiché possono provocare epidemie, ma solo l'influenza di tipo A è la più pericolosa, in quanto è l'unica che, per le sue caratteristiche, può diffondersi ed evolvere fino allo stadio di pandemia. L'influenza spagnola che colpì il mondo nel 1918 è stata appunto classificata come influenza di tipo A⁴¹⁹. L'epidemia vede il contagio di una collettività in uno spazio localizzato e per un tempo limitato; nel caso di una pandemia, invece, il contagio può estendersi a nazioni ed interi continenti, non c'è, quindi, un limite spaziale, in quanto la diffusione può arrivare ad essere globale. Sotto il profilo scientifico, per gran parte della durata della pandemia di spagnola, la medicina ufficiale non è riuscita a trovare né una cura definitiva né una spiegazione alla malattia; non c'erano pareri uniformi all'interno del mondo accademico e le tesi si moltiplicavano, tant'è che molti medici la pensavano in modo diverso, alcuni addirittura la classificavano come una normale influenza e non come un nuovo ceppo influenzale; a testimoniare è la terminologia con la quale veniva registrata nelle cartelle cliniche, dal termine generico di influenza "grippe", oppure col termine "febbre dei tre giorni" o "febbre delle trincee"; in oltre i termini potevano cambiare in base al paese: per

⁴¹⁹ Laura Spinney, *1918 l'influenza spagnola. La pandemia che cambiò il mondo*, Venezia, Marsilio Editori, 2018, p. 198.

esempio in Francia la chiamavano “fièvre de Parme”, in Inghilterra “febbre delle Fian-dre”, in Spagna “Soldato di Napoli” e così via. Proprio un uso non uniforme della termi-nologia tecnica è l’elemento che più ha reso difficoltoso il calcolo certo dei morti e degli infetti, situazione aggravata ancor di più, se si considera che all’epoca per molto tempo non ci fu l’obbligo di denuncia della malattia. Questi elementi fanno sì che, difficilmente, si riesca ad ottenere il numero esatto di vittime a livello globale, ad oggi stimato tra i 20 e i 100 milioni.

Ma come si arrivò al termine di uso comune di “influenza spagnola” per indicare questa epidemia? Il nome “spagnola” si diffuse in un secondo momento, con l’aumentare dei casi in Spagna, quando arrivarono al numero impressionante di 8 milioni. La stampa spagnola, che durante il conflitto non era sottoposta a censura, in quanto il paese era neutrale, poteva parlarne tranquillamente, questo fece sì che le uniche notizie riguardo l’influenza, almeno inizialmente, venissero date quasi esclusivamente dalla stampa iberica; per questo motivo, la stampa estera incominciò a parlarne, indicandola come l’influenza spagnola, cosa che poi portò a diffondere tale dicitura in tutto il mondo⁴²⁰.

Ma quale fu l’origine della spagnola? Della storia della spagnola si conoscono due ondate: della prima si sa ben poco, si espresse con sintomi lievi, tanto che fu ritenuta una sindrome da raffreddamento o tutt’al più come una banale influenza. In tempi di guerra, infatti, la sanità si concentrava nella cura e nella catalogazione di malattie ritenute più debilitanti, come la diffusione del tifo, del colera e delle malattie veneree lungo le trincee; per questo motivo non c’era l’obbligo di denuncia o registrazione di una semplice influenza in cartelle cliniche o altro tipo di documento⁴²¹. Questa prima ondata coincide con gli inizi del 1918 e il punto di partenza del focolaio rimane ad oggi oggetto di controversia: alcune tesi indicano il Kansas negli Stati Uniti, altre la Francia, altre ancora la Cina e il sud-est asiatico, ma è dagli Usa che arrivano le testimonianze più precise. Nel marzo 1918 alla Ford Motor Company, si registrano 1000 operai influenzati, successivamente tra aprile e maggio, sono ammalati 500 detenuti su 1900 del carcere di San Quentin e sempre il mese di marzo segna l’inizio del contagio anche tra le fila dell’esercito americano: il giorno 4 la spagnola arriva a Camp Funston (Fort Riley) nel Kansas, che all’epoca ospitava 20.000 reclute, successivamente il virus raggiunse altre 12 basi militari⁴²².

⁴²⁰ *Ibidem*.

⁴²¹ *Ibidem*.

⁴²² *Ivi*, p. 15.

Infatti le prime testimonianze, riguardo ad una forma influenzale, provengono dai soldati statunitensi, che attraverso i loro spostamenti nei campi bellici europei, estero il contagio in tutti i paesi del vecchio continente. Proprio i soldati del 15° Cavalleria americano, in viaggio verso l'Europa, furono i primi a dargli un nome, chiamandola "febbre dei tre giorni": a testimonianza di ciò, le parole di John C.Acker, sergente della 32° Divisione dell'esercito degli Stati Uniti, che in una lettera scrive:

hanno voglia, qui, a chiamarla "febbre dei tre giorni"; in realtà, non si può nascondere il fatto che dura una settimana o anche più. Ci si ammala all'improvviso e la febbre sale a tal punto da far scoppiare la colonnina di mercurio: la faccia diventa paonazza, le ossa dolgono tutte e il mal di testa è così forte che rischi di impazzire. Questi sintomi continuano per tre o quattro giorni e poi, dopo grandi sudate, scompaiono; ma il mal di testa continua per una settimana o due⁴²³.

Successivamente, in aprile si diffuse in Francia, tra i militari americani, francesi, inglesi, e tra la popolazione civile; a maggio ad essere colpita è invece l'Inghilterra, dove anche re Giorgio V si ammalò e per dare un'idea di quanto fosse debilitante il virus, la Grand Fleet (la principale flotta della Royal Navy, con più di 40 navi di cui 32 corazzate) non salpò a causa di 10.313 marinai costretti a letto e la 29° Divisione fu costretta a rinviare l'attacco a La Becque, sempre a causa di soldati influenzati. Ovviamente anche la Germania fu colpita, tanto che i soldati incominciarono a chiamare quell'influenza "febbre delle fiandre"⁴²⁴. Finalmente durante l'estate del 1918 data forse la sensibilità al caldo del virus, il numero dei contagi e degli episodi influenzali scesero.

Come detto, nel complesso la prima ondata si presentò con sintomi lievi, come febbre e un po' di stanchezza, tant'è che le autorità non si allarmarono più di tanto, non vennero in generale dati allarmi, né vennero prese contromisure come quarantene o altre forme di distanziamento sociale.

Ma l'influenza si ripresentò verso l'autunno del 1918 con l'abbassamento delle temperature, in quella che è ritenuta la seconda ondata⁴²⁵. È proprio in questa seconda ripresa, che incomincia a manifestarsi con la caratteristica della letalità: da qui in poi non

⁴²³ Gina Kolata, *Epidemia. Storia della grande influenza del 1918 e della ricerca di un virus mortale*, Milano, Mondadori, 2000, p. 14.

⁴²⁴ *Ibidem*.

⁴²⁵ *Ivi*, p. 16.

sarà più una semplice malattia respiratoria da raffreddamento, ma appunto la temibile influenza spagnola.

Statisticamente ora l'80% dei contagiati la presenta in forma letale e i sintomi erano febbre altissima, allucinazioni, brividi, dolori muscolari, e gravi difficoltà respiratorie, cosa che impediva agli ammalati di introdurre abbastanza ossigeno nei polmoni, i quali colpiti dall'infezione, spurgando essudato, si riempivano di liquido portando allo svenimento e spesso alla morte. Questa poteva sopraggiungere immediatamente o dopo pochi giorni dal contagio; i più fortunati si salvavano solo dopo una lunga degenza; in questa seconda ondata, solo un 20% continuava a contrarre la malattia in forma lieve non letale⁴²⁶.

Le prime testimonianze di questa seconda ondata giungono da Boston nel Massachusetts, e da una base militare, a 50km di distanza verso ovest: si tratta di Ford Devens, che all'epoca contava circa 50.000 uomini. La situazione era talmente preoccupante e fuori dall'ordinario che Washington inviò 4 medici ispettori. Per dare un'idea della gravità dello scenario alla base militare, tra il giorno prima e quello dell'ispezione le vittime furono 129 e l'ospedale della base, che era costruito per una capienza massima di 2.000 pazienti, ne aveva in cura ben 8.000⁴²⁷. La testimonianza di un medico della base sintetizza bene il dramma:

A due ore dall'accettazione, i loro zigomi si colorano di viola e presto la cianosi si estende alle orecchie e a tutto il viso, tanto che si fatica a distinguere l'uomo di colore dal bianco. Ancora poche ore e cominciano a boccheggiare nel disperato tentativo di respirare, finché muoiono soffocati. È orribile. Si può sopportare di vedere uno, due o anche venti uomini morire, ma i nervi non ti reggono quando guardi questi poveri diavoli venir falciati come mosche. In media registriamo cento decessi al giorno, e la cifra continua a salire⁴²⁸.

Il medico continua affrontando anche il problema delle sepolture:

Per parecchi giorni non abbiamo avuto abbastanza bare e i cadaveri si sono ammassati senza sosta. Molte volte siamo andati all'obitorio (direttamente dietro al mio reparto) per guardare quei ragazzi stesi in lunghe file: è uno spettacolo ancora più terribile di quelli che si è assistito in Francia dopo

⁴²⁶ *Ibidem*.

⁴²⁷ *Ivi*, p. 17.

⁴²⁸ *Ivi*, p. 18.

una battaglia. Hanno evacuato una caserma dalle lunghe camerate per adibirla a obitorio, e non si può rimanere impressionati camminando accanto all'infinita serie di soldati in uniforme sistemati in doppia fila. Non abbiamo requie, qui: ci si alza la mattina alle cinque e mezzo e si lavora indefessamente fino alle nove e mezzo di sera; poi si dorme e si ricomincia da capo⁴²⁹.

Fortemente colpita è anche Philadelphia, che a novembre del 1918 conta 4500 morti. È proprio nella seconda ondata che viene introdotto l'obbligo di denunciare i casi di influenza spagnola, che negli Stati Uniti scatta precisamente a partire dal 21 settembre 1918; per coincidenza, nello stesso giorno viene scoperto anche l'agente patogeno responsabile dell'epidemia, ossia il bacillo Pfeiffer, che prende il nome proprio dal suo scopritore, il professor Richard Pfeiffer già allievo del premio Nobel per la medicina Robert Koch⁴³⁰.

Nel complesso, fortissimo fu il contagio tra le truppe francesi, inglesi e tedesche. Ma quale fu la diffusione dell'influenza spagnola in Italia? Il nostro territorio vide ben 3 ondate di influenza spagnola: le prime due nel 1918, rispettivamente in primavera e a ottobre, e infine la terza agli inizi del 1919, portando nel complesso circa 600.000 persone alla morte, bilancio che fece dell'Italia uno dei primi paesi per tasso di mortalità; si consideri che nel 1918 i morti totali furono 1,3 milioni quindi quasi il 50% derivante da influenza spagnola e che all'epoca il tasso di mortalità era superiore a quello di natalità di ben 15 punti percentuali⁴³¹. Vennero colpiti mortalmente soprattutto i giovani, poiché i nati prima del 1889 erano già entrati in contatto con ondate di influenza e altri virus, cosa che aveva reso il loro sistema immunitario più resistente agli attacchi virali rispetto a quello di coloro che sarebbero entrati in contatto col virus della Spagnola come loro prima forma influenzale⁴³². L'elevato numero di morti è dato anche dall'imponente mobilitazione di uomini a fini bellici: infatti, le prime due ondate di contagio furono corrispondenti e probabilmente agevolate da due episodi cruciali del conflitto, ossia l'offensiva sul Piave in estate e la battaglia di Vittorio Veneto in autunno, entrambe nel 1918. Lo scenario bellico funse quindi da incubatrice perfetta per il virus: i soldati nelle trincee, feriti e spossati da cattiva alimentazione, intemperie, condizioni igieniche

⁴²⁹ *Ibidem.*

⁴³⁰ *Ivi*, p. 23.

⁴³¹ Eugenia Tognotti, *La "spagnola in Italia". Storia dell'influenza che fece temere la fine del mondo (1918- 19)*, Milano, FrancoAngeli, 2015, p. 48.

⁴³² Nicola Bortoletto, Giovanni Silvano, *Croce Rossa Italiana e welfare dal 1914 al 1927. Esperienze di interventismo umanitario*, Pisa, Edizioni ETS, 2018, p. 159.

terrificanti e da altre malattie, (dal tifo a quelle di natura venerea), avevano le difese immunitarie estremamente deboli. Questo elemento, insieme alla costretta promiscuità della trincea, rappresentavano la condizione ideale per il diffondersi del contagio. Se i primi ad essere colpiti furono quindi i soldati, ossia la parte di popolazione impegnata al fronte, come si diffuse al resto dell'Italia l'influenza spagnola? Il contagio fu ulteriormente esteso ed accelerato dall'inevitabile e necessario spostamento di truppe lungo il paese, per motivi logistico militari o familiari, attraverso la concessione di licenze o anche soprattutto per motivi sanitari, attraverso il trasferimento dei feriti presso gli ospedali civili o militari di tutta Italia. Fu questa la dinamica che portò la Spagnola ad espandersi così diffusamente tra la popolazione italiana⁴³³.

Come per gli Stati Uniti, anche per l'Italia, la prima ondata, si presentò in forma assai lieve tant'è che si produsse la stessa identica dinamica, ovvero la Spagnola anche qui si scambiò per una semplice influenza dato che i sintomi sembravano essere del tutto gli stessi e anche nel nostro paese inizialmente non era previsto l'obbligo di denuncia della malattia.

Sulla non letalità della prima ondata è esplicativa la testimonianza del Dott. Ferruccio Schupfer, autorevole clinico a Firenze: «Passati i 3-5 giorni i malati per lo più guarivano, senza che in generale si presentassero complicanze, tanto che fu da tutti considerata come una forma morbosa a carattere estremamente benigno.»⁴³⁴

I casi denunciati parlano di 14.750 infetti a maggio, 9.755 a giugno e solo 45 a luglio, e testimoniano che la prima ondata, iniziata in primavera, durò circa due mesi, per finire appunto in estate verso il mese di luglio⁴³⁵, e che nel suo complesso si manifestò in modo abbastanza uniforme da nord a sud.

La seconda ondata, che si presentò come detto in forma letale, in Italia come in Usa, si fa coincidere con l'autunno, ma nel nostro paese sembra che già a partire dal mese di luglio del 1918, nell'ambiente della medicina, incominciasse a farsi largo il timore che non si trattasse di una semplice influenza; ai vertici sanitari venne però suggerito il silenzio o quantomeno una grande prudenza nelle dichiarazioni e tale forma di censura è da ricollegarsi soprattutto al clima politico e sociale successivo agli episodi di Caporetto⁴³⁶.

⁴³³ Tognotti, *La "spagnola in Italia"*, cit., p. 81.

⁴³⁴ *Ivi*, p. 51.

⁴³⁵ *Ivi*, p. 52.

⁴³⁶ *Ivi*, p. 55.

Espressamente della seconda ondata parla la relazione ufficiale del Consiglio superiore di sanità, fatta dal direttore Alberto Lutrario, che esplicitamente dichiarava:

La malattia comparve anche da noi fin dalla scorsa primavera [...]. Nei primi del mese di luglio, quando potrebbe dirsi esaurita questa prima fase, irruppe nella Calabria e in una forma più violenta e più grave. Iniziata a Rosarno, si diffuse rapidamente nella provincia di Reggio e poi in quella di Catanzaro, quindi passò nelle provincie di Palermo, di Cosenza, di Chieti, di Caserta, di Parma, di Alessandria, di Torino e in Liguria⁴³⁷.

La relazione riguardò l'ispezione al 62° Fanteria, nei pressi di Parma condotta in data 20 agosto 1918 da parte di una commissione militare e ciò potrebbe rappresentare il primo documento ufficiale che testimonia l'inizio della seconda ondata di spagnola presso le fila dell'esercito. Questa commissione certifica che, su 1.600 uomini, si contano 500 ammalati e 13 morti, portando i commissari a dichiarare che è in corso un'epidemia di "grippe" (nome con cui in Italia e in Francia a partire dell'800 si chiamava l'influenza). Infatti proprio Parma fu una delle prime città italiane a registrare decessi da spagnola nella seconda ondata, con appunto 77 morti a partire dal mese di agosto⁴³⁸.

Con il caso del 62° Fanteria, la Spagnola veniva ufficialmente dichiarata esistente in Italia, attraverso una nota a tutti i prefetti da parte del Ministero dell'Interno.

Per capire portata e gravità della situazione può essere utile fare un quadro della situazione: l'Italia in quei anni contava 35.415.915 abitanti e, secondo i calcoli, la spagnola arrivò a fare 600.000 vittime, praticamente più di 16 morti ogni 1000 abitanti (si consideri che la più grave epidemia di colera in Italia nel 1854-1855 fece meno della metà delle vittime); dato che ogni 11-12 casi si registrava una morte, si può quindi ipotizzare che gli italiani contagiati furono quasi 6 milioni: praticamente 1 italiano su 7 prese la Spagnola⁴³⁹.

Dal punto di vista geografico tutto il paese fu colpito e, secondo i casi denunciati, sembra con un andamento da sud a nord, con le regioni del sud particolarmente colpite. L'influenza si diramava dalle grandi città verso le province, raggiungendo campagne e piccoli paesi di montagna, con conseguenze drammatiche per quanto riguarda la

⁴³⁷ *Ivi*, p. 53.

⁴³⁸ *Ivi*, p. 55.

⁴³⁹ *Ivi*, p. 173.

possibilità di avere soccorsi e aiuti. Le regioni con il più elevato numero di morti furono la Lombardia e la Sicilia, con rispettivamente 36.653 e 29.966 vittime, mentre quelle con i tassi di mortalità più bassi furono il Veneto e il Piemonte; ma nel complesso fu il sud a soffrire maggiormente, soprattutto per via della mancanza di adeguati servizi e strutture. Nel suo andamento normale i deceduti da spagnola rappresentavano il 50% delle morti totali e durante l'ondata autunnale si arrivò addirittura a picchi dell'86%; infatti la città di Roma il 19 ottobre 1918 registrò 226 morti da influenza su un totale di 260, ossia l'87% del totale dei contagiati. Milano invece un 84% con 127 vittime su 151 infetti; se si considera un triennio, la città di Milano a settembre 1916 contava 792 morti, ma nello stesso mese del 1918, in piena epidemia, ne contava invece ben 1969⁴⁴⁰. Per concludere riporto in una tabella l'incidenza della mortalità da Spagnola regione per regione, ogni 10.000 abitanti⁴⁴¹:

	1917	1918	1919	1920
Piemonte	0,6	64,4	11,2	5,4
Liguria	1,2	63,8	10,4	7,8
Lombardia	0,7	72,6	8,6	5,1
Veneto	0,6	37,9	4,8	4,0
Emilia	0,7	67,1	11,0	6,3
Toscana	0,5	76,5	9,7	8,4
Marche	0,8	72,3	12,5	8,8
Umbria	1,3	73,3	13,8	10,8
Lazio	0,6	114,7	9,6	8,9
Abruzzo/Mo- lise	1,5	93,8	8,1	8,6
Campania	1,2	78,0	8,3	8,5
Puglia	1,8	89,8	4,8	5,2
Basilicata	3,0	105,1	16,5	8,6
Calabria	2,0	104,8	10,4	7,5
Sicilia	0,9	76,1	4,9	4,5
Sardegna	2,8	108,8	10,7	12,4

⁴⁴⁰ *Ivi*, pp. 175-179.

⁴⁴¹ *Ivi*, p. 180.

Ormai la situazione appariva chiara: non si era di fronte ad una semplice e classica influenza, l'epidemia di spagnola era ufficialmente riconosciuta. Rimane ora da capire come si mossero le istituzioni per fronteggiare l'emergenza.

La risposta del mondo scientifico tra *fake news* e strategie di cura. Gestione e censura dell'emergenza da parte delle istituzioni.

In mancanza di un vaccino e di una cura definitiva, la strategia maggiormente usata dalla medicina ufficiale fu quella di fronteggiare l'influenza spagnola con una terapia sintomatica; si cercò quindi di intervenire sui sintomi esteriori, cercando di abbassare la febbre e ridurre il dolore⁴⁴². A tal fine vennero utilizzati i medicinali più comuni che erano disponibili all'epoca, come l'aspirina o la salicina, basti pensare che durante la pandemia l'Ospedale Santa Chiara di Pisa arrivò ad ordinarne 1.500 Kg. Anche il salasso, metodo antichissimo ma ormai in disuso, tornò ad essere riutilizzato, tuttavia vista la mancanza di flebotomi, la maggior parte di queste operazioni vennero eseguite da barbieri⁴⁴³. In generale, per la difficoltà respiratoria veniva somministrato ossigeno e la morfina, mentre il veronal, il cloralio e i bagni caldi venivano usati per calmare eventuali stati confusionari o deliranti nei malati più gravi⁴⁴⁴. Nonostante le numerose sperimentazioni, non si arrivò mai ad una cura definitiva, tant'è che anche sull'uso dell'aspirina i pareri erano discordi; il mondo scientifico e la medicina ufficiale si ritrovarono impotenti di fronte all'epidemia, le cure e i trattamenti nei test sembravano all'inizio apparentemente efficaci per poi rivelarsi inutili nel giro di qualche giorno. La scienza, che per varie ragioni non riusciva a dare risposte né sull'origine, né sulle possibili cure, lasciava spazio alla sfiducia verso la medicina ufficiale, cosa ulteriormente favorita dalla massiccia diffusione da parte della stampa di *fake news*, le quali alimentavano la suggestione e il panico nella popolazione come per esempio quella relativa all'alcool, a cui veniva data la capacità di eliminare il bacillo responsabile della malattia; *fake news* prontamente condannata dal mondo scientifico, e a tal proposito, esplicativo è il monito di un medico sul giornale «L'Avanti!»:

⁴⁴² *Ivi*, p. 127.

⁴⁴³ *Ivi*, p. 128.

⁴⁴⁴ *Ivi*, p. 130.

A proposito dell'influenza vi è in giro una leggenda, balorda ma assai nociva, che vorrebbe far credere che l'uso dell'alcool, specie se distillato – acquavite, cognac – è un eccellente metodo preventivo e anche una buona cura della malattia. [...] Chi resiste meno a questa, come in genere a tutte le infezioni, sono – insieme ai vecchi, ai denutriti, agli affaticati – gli intossicati all'alcool⁴⁴⁵.

Le *fake news*, o leggende – come si diceva allora – potevano riguardare anche le possibili cure, infatti i giornali pubblicavano notizie e consigli riguardo agli ultimi ritrovati miracolosi contro il morbo; i vari composti, spacciati come curativi dell'influenza (mai validati dalla comunità scientifica), spesso si rivelavano in realtà, delle operazioni pubblicitarie da parte di fase farmaceutiche al fine di arricchirsi⁴⁴⁶.

Fake news a parte, davanti ad una terapia puramente sintomatica e in assenza di una cura definitiva e senza la possibilità di somministrare un vaccino alla popolazione, appariva ancora più fondamentale cercare di limitare il diffondersi del virus e dei contagi; indispensabili quindi, erano le misure di contenimento e prevenzione.

Come si mossero le autorità e le istituzioni in tal senso?

I primi provvedimenti furono emanati a partire dall'agosto del 1918: la risposta istituzionale fu attivata quindi a ridosso della seconda ondata, quando la Spagnola incominciò a dilagare mortalmente facendo precipitare la situazione⁴⁴⁷.

La preoccupazione più urgente delle istituzioni era quella di fermare la diffusione del virus, infatti le prime ad essere introdotte furono due misure di contenimento, ossia la quarantena e l'obbligo di distanziamento sociale tant'è che vennero sconsigliati l'abbraccio, il bacio, e la stretta di mano.

In merito, il 3 ottobre scrive il «Resto del Carlino»: «E smettiamola, una buona volta, con certe convenienze sociali che sono vere sconvenienza igieniche: come sarebbero il baciamento, e anche la stessa stretta di mano»⁴⁴⁸. In tema di distanziamento e assembramenti, si deve anche tener conto che la vittoria e l'armistizio fecero piombare il paese in uno stato di esultanza ed euforia, col conseguente riunirsi di folle di persone in tutte le piazze italiane⁴⁴⁹.

⁴⁴⁵ *Ivi*, p. 105.

⁴⁴⁶ *Ivi*, pp. 124-125.

⁴⁴⁷ *Ivi*, p. 82.

⁴⁴⁸ *Ivi*, p. 91.

⁴⁴⁹ *Ivi*, p. 95.

Ma in pieno conflitto, controlli e distanziamenti erano praticamente impossibili, basti pensare alla linea del fronte e a tutto il movimento di uomini lungo il paese per esigenze belliche⁴⁵⁰. Questa fu una delle principali dinamiche che rese così mortale e difficile da gestire la Spagnola. Anche un'altra dinamica, che si rivelò forse la più micidiale, rendeva impossibile alle persone il rispetto delle direttive riguardanti il distanziamento sociale. All'epoca, per la miseria, la guerra e altre motivazioni anche culturali, le famiglie normalmente coabitavano sotto lo stesso tetto, spesso in piccole abitazioni e in nuclei molto numerosi⁴⁵¹; un sovraffollamento che rappresentò un fattore di spinta potentissimo al contagio, un mix micidiale se si considera anche la mancanza del servizio idrico nella maggior parte delle abitazioni; lo scenario come se non bastasse, veniva aggravato dal fatto che generalmente molti edifici non avevano accesso alla rete fognaria e all'energia elettrica e che le case non erano protette dal freddo (appare così sempre più chiaro l'entità del dramma, considerando che la Spagnola colpisce in primis le vie aeree). Sulla mancanza di energia elettrica bisogna fare due precisazioni: la prima, è che non si trattava di una vera e propria mancanza, bensì a volte di una limitazione per motivi strategici, soprattutto di notte, veniva interrotta la corrente e di conseguenza la luce, per esigenze di difesa antiaerea; la seconda precisazione è per far notare che in mancanza di corrente elettrica, i telefoni erano fuori uso, rendendo completamente isolata la popolazione, con notevoli ripercussioni anche per eventuali richieste di soccorso o mandare allarmi⁴⁵². Ri-capitolando, si affrontava un virus allora sconosciuto, nel pieno del peggior conflitto mai conosciuto dall'uomo, alle prese con una popolazione affamata, costretta in abitazioni piccole sovraffollate e senza accesso ai servizi minimi indispensabili, come luce, acqua potabile, gabinetti e fogne.

Ma quarantene e distanziamento sociale non furono le uniche disposizioni, infatti, si adottarono provvedimenti molto simili a quelli che abbiamo conosciuto attualmente con il Covid-19. Nello specifico, venne imposta la chiusura di determinate attività e luoghi; si incominciò prima di tutto con la chiusura degli istituti scolastici, per poi estenderla a chiese e teatri; poi si vietarono anche le riunioni e le manifestazioni pubbliche. Furono proibite o limitate anche le cerimonie, compresi i funerali in forma pubblica che da rito

⁴⁵⁰ *Ivi*, p. 81.

⁴⁵¹ *Ivi*, p. 99.

⁴⁵² *Ivi*, p. 100.

collettivo diventano rito individuale, poiché le funzioni religiose vennero pian piano vietate⁴⁵³; basti pensare che, a Milano, solo il sacerdote era ammesso a seguire il feretro, ma nessuna sosta in chiesa era consentita: il funerale veniva così svolto come rito d'ufficio senza la presenza del defunto. Anche le visite agli ammalati e i viaggi in treno (se non indispensabili) vengono proibiti e infine si impose la chiusura anticipata di ristoranti e osterie ai quali vennero indicati nuovi modi di conservazione dei cibi⁴⁵⁴. A tutte queste direttive si univa ovviamente l'invito, poi diventato obbligo, di denunciare il prima possibile episodi di contagio.

Oltre al contenimento, appariva fondamentale la prevenzione, in questo senso l'igiene e la disinfezione incominciano ad essere ritenuti fondamentali per limitare e bloccare il proliferare del virus, diventando così le principali misure in tal senso⁴⁵⁵. Le autorità civili fecero proprio l'assioma sporco uguale contagio, ma era una presa di posizione puramente ideologica; fin da subito la comunità scientifica criticò tale teoria, in quanto il virus sulle superfici resisteva ben poco, ma nonostante ciò partì la disinfezione di marciapiedi e strade, seguito dallo smaltimento immediato delle immondizie, soprattutto nei quartieri più poveri.

Prendiamo a titolo d'esempio una direttiva emanata dal sindaco di Fucecchio, in provincia di Firenze:

- Si proibisce di spargere e gettare in strada la spazzatura e la mondata degli ortaggi.
- La spazzatura e la mondata va messa dentro secchi tappati che verranno prelevati dagli spazzini. Il loro passaggio sarà segnalato dal suono di una trombetta.
- Nessun secchio può essere depositato davanti casa dopo il passaggio degli spazzini.
- È proibito urinare ai muri e gettare escrementi.
- Lo svuotamento delle fogne e dei pozzi neri deve essere fatto di notte, dalle ore 22 alle ore 6.
- È vietata l'esposizione delle carni macellate nelle vie pubbliche.
- È proibito spellare e pulire animali uccisi nelle strade.
- Non possono circolare nelle vie e piazze cittadine capre e pecore.
- È vietato far circolare polli.
- È proibito l'allevamento dei conigli nelle stanze adibite ad abitazione.
- È proibito l'esercizio di qualsiasi mestiere nelle vie.
- È proibito esporre al pubblico qualsiasi genere alimentare.

⁴⁵³ *Ivi*, p. 163.

⁴⁵⁴ *Ivi*, p. 83.

⁴⁵⁵ *Ivi*, p. 85.

- Le lavandaie devono trasportare i panni sporchi dentro sacchi chiusi.
- È vietato esporre indumenti o scuotere lenzuola e tappeti dalle finestre che si affacciano nelle strade e sulle piazze⁴⁵⁶.

Una possibile spiegazione dell'ossessione per la disinfezione, da parte delle autorità civili, può essere quella che durante la guerra, a causa di mancanza di manodopera, le strade erano assediate da sporco e rifiuti (facendo precipitare le città in seri problemi di igiene pubblica) e che, per motivi di sopravvivenza e sussistenza, quelle famiglie che potevano contare su un piccolo giardino avevano incominciato ad allevare animali come polli, conigli e pecore, creando disagi e pericolo di ulteriori malattie⁴⁵⁷.

Ma, in concreto, cosa significava disinfettare una città? Riporto l'esempio di Milano che bene rende l'idea. In un mese circa, ossia dal 5 ottobre all'8 novembre a Milano ci sono state circa 23.000 disinfezioni tra marciapiedi, strade, caserme, teatri, asili, ospedali, uffici, e così via. Gli agenti impiegati furono⁴⁵⁸:

- 56.480 Kg di sublimato
- 566.300 Kg di formalina
- 107.550 kg di taurina
- 2.950 Kg di lisoformio

Altro elemento fondamentale in chiave di prevenzione, oltre alla disinfezione, fu l'igiene, la cui mancanza fungeva da vettore di potenziali batteri e virus. Per le autorità medico scientifiche, era urgente diffondere la giusta educazione igienico sanitaria in capo alla popolazione, la quale all'epoca adottava ancora stili di vita non sani e una scarsissima igiene personale. Per analizzare il fenomeno partirei da questo dato, ossia che al 1951, in Italia, solo il 44% delle abitazioni aveva acqua corrente; si può quindi ben immaginare le difficoltà nell'affrontare un'epidemia 20 anni prima nel 1918, quando le abitazioni con

⁴⁵⁶ *Ivi*, p. 86.

⁴⁵⁷ *Ivi*, p. 88.

⁴⁵⁸ *Ivi*, p. 89.

servizio idrico forse non superavano nemmeno il 20%, con la conseguenza che la stragrande maggioranza della popolazione italiana, nel suo quotidiano non poteva nemmeno provvedere alla propria igiene personale⁴⁵⁹. La prima misura, in tal senso, fu l'inizio della distribuzione gratuita del sapone ai più bisognosi e l'apertura di bagni pubblici; ma un'altra direttiva fu fondamentale, anche se può apparire superflua, ossia il divieto di sputare per terra⁴⁶⁰. All'epoca, tale pratica era una cosa del tutto normale, tanto che veniva fatto anche in luoghi pubblici come tram e uffici, ma è proprio con la pandemia di Spagnola che si incomincia a combattere questa abitudine, con l'affissione di cartelli di divieto e con la distribuzione di apposite sputacchiere (anche tascabili) nelle quali la gente veniva invitata a sputare. Altre precise disposizioni furono adottate per gli uffici pubblici, dove si decise di aumentare la pulizia quotidiana e di dotarli di spugne che dovevano essere presenti in ogni scrivania, in modo che l'addetto non si inumidisse le dita con la saliva, che si sarebbe poi trasferita da documento a documento, trasmettendo così il virus; queste misure furono prese in quanto per esigenze belliche, gli uffici statali non potevano rimanere chiusi o venir limitati nella loro operatività

Al fine di gestire l'emergenza un'altra misura fondamentale, adottata nel Regno, fu la censura.

All'epoca tutti i giornali erano già sottoposti a censura militare, la quale doveva garantire che venissero pubblicati articoli solo utili all'interesse nazionale e alle esigenze belliche, pena il sequestro, procedura all'epoca in mano ai prefetti⁴⁶¹. Nello specifico, la censura aveva fondamentalmente due obiettivi, uno di rilevanza interna, finalizzato all'evitare di far precipitare nel panico o in uno stato di scoraggiamento i soldati impegnati al fronte e uno di rilevanza esterna, finalizzato invece a non far arrivare al nemico informazioni riguardanti lo stato di salute della popolazione. Notizie circa il diffondersi di una epidemia potevano essere indicatrici di una situazione di vulnerabilità, tanto da suggerire al nemico di attaccare proprio quelle postazioni italiane dove il virus della Spagnola stava colpendo più duramente: soldati stanchi e ammalati potevano rappresentare un ottimo bersaglio. La censura appare quindi come una questione di sicurezza nazionale, e in questa ottica a mio parere, possono essere distinte due fasi: la prima coincide con le fasi finali della guerra, con l'accento all'influenza attentamente censurato; la seconda invece con l'aggravarsi

⁴⁵⁹ *Ivi*, p. 98.

⁴⁶⁰ *Ivi*, p. 96.

⁴⁶¹ *Ivi*, p. 135.

della pandemia. Non potendo ormai più nascondere la situazione reale, si incominciava a tollerare che la stampa scrivesse riguardo l'andamento dei contagi, però questo doveva avvenire sempre in toni ottimistici e mai catastrofistici; anzi, dovevano essere rassicuranti, al fine che tutto venisse ridimensionato, dal numero dei morti al numero dei contagi⁴⁶². Ma non tutti i giornali adottarono la stessa linea: infatti, i più prudenti e rispettosi delle regole sulla censura furono i giornali nazionali, mentre slanci in avanti sulla diffusione dei dati reali furono intrapresi dai giornali locali delle città, che comunque venivano, se necessario, puntualmente censurati. Anche il servizio postale venne assoggettato a censura per controllare ed eventualmente archiviare, senza mai spedire tutte quelle lettere contenenti informazioni o accenni sulla reale portata dell'influenza; se parenti e familiari fossero venuti a sapere della reale condizione dei soldati al fronte, la voce si sarebbe sicuramente sparsa, facendo scoppiare il panico all'interno del paese, temendo che il morbo avrebbe decimato le truppe a difesa del fronte, con conseguente entrata dei tedeschi; viceversa, per i soldati, sapere che i propri cari rischiavano di morire per mano della pandemia, ne avrebbe sicuramente logorato l'umore. Infine, ad essere censurati furono anche i rintocchi a morto delle campane e l'appendere corone di fiori; una forma di censura che colpì le basi della vita religiosa e della spiritualità, attraverso la quale appare evidente il tentativo di eliminare, o almeno limitare suoni e riti collettivi legati alla morte, come se la pandemia non esistesse o non dovesse essere ricordata non solo dalla stampa, ma neanche dalla religione.

Dopo aver esaminato la censura e le principali misure adottate dalle istituzioni, è utile fare una breve disamina sui principali problemi sociali che colpirono la popolazione: infatti, se, da un lato, la mancanza di igiene e di distanziamento sociale favorivano la diffusione del virus, dall'altro, la fame e la debolezza ne favorivano la mortalità⁴⁶³. In molte zone del paese, dai piccoli paesi alle grandi città si faceva fatica a soddisfare anche i bisogni più essenziali, quelli primari, dato che il reperimento di alimenti di prima necessità era difficoltoso e sottoposto a razionamento, rendendo per molti italiani superflue le raccomandazioni fatte dalla medicina ufficiale riguardo a una dieta sana e variegata, che in qualche modo poteva aiutare il corpo a sopportare e superare la malattia. All'epoca, i generi alimentari erano razionati dallo Stato: ai cittadini veniva data una

⁴⁶² *Ivi*, p. 142.

⁴⁶³ *Ivi*, p. 149.

tessera, che dava diritto alla consegna della propria razione di generi di prima necessità, come carne, latte, zucchero o riso e lo Stato, attraverso un sistema di requisizioni, aveva assunto praticamente lo status di monopolista⁴⁶⁴. Un estratto di una lettera porta una chiara testimonianza sulla difficoltà dell'approvvigionamento alimentare: «Vi faccio sapere che in Italia c'è una malattia, anche qui a Scilla oggi morì Rosa, la moglie di Pietro Bellina, cadono ammalati causa la debolezza perché non ci sono viveri e non si trova niente»⁴⁶⁵. Ma a cosa dava diritto la tessera? Prima di tutto a una quota mensile di generi alimentari ossia⁴⁶⁶:

- 700 g di pasta
- 2 kg di riso
- 1 kg di farina gialla
- 200 g di burro
- 100 g di formaggio da grattugiare
- 200 ml di olio
- 320 g di zucchero
- 250 g di carne fresca
- 470 g di carne congelata

Se sopravvivere con 30g di pasta al giorno e 8g di carne sembra impossibile, figuriamoci durante una malattia.

Il razionamento incominciò durante la seconda ondata, ma si rivelò assolutamente inadeguato tant'è che si incominciò a permettere la vendita anche a chi non aveva la tessera e si optò per la distribuzione gratuita ai più poveri. Come conseguenza, i prezzi aumentarono fino a segnare un + 164% sul costo della vita, dinamica che si rivelò terribile vista la diffusa disoccupazione e il precipitare dei salari, che vide i più ricchi poter contare su uno stipendio di 210 Lire ossia 7 Lire al giorno.

Riporto una breve lista di prezzi che rende chiara la difficoltà⁴⁶⁷:

⁴⁶⁴ *Ivi*, p. 100.

⁴⁶⁵ *Ivi*, p. 151.

⁴⁶⁶ *Ibidem*.

⁴⁶⁷ *Ivi*, p. 153.

	Lire
250 g di semolino	0,75
500 g di pastina	1,25
1 kg di carne	8
1 l di latte scremato	0,46
1 l d'olio d'oliva	5,50
80 g di zucchero	0,40

In molte lettere vi è testimonianza di tutte queste difficoltà. Qui si danno due esempi «[...] Questa malattia si cambia in bronchite e polmonite [...] Io caro marito non posso andare avanti coi viveri così cari, perfino il latte a 8 lire al litro, l'ova a 25 soldi l'uno, la carne a 8 lire»⁴⁶⁸.

E infine un'ultima lettera:

[...] Caro marito se fossi qui vedresti come va, quelli sani o bene o male si mangia, ma quelli grammi sono affari seri, ci vorrebbe dei milioni, latte ce ne pochissimo e caro, la carne a 8 o 10 lire al kg, il vino 2 lire al litro, il caffè 50 centesimi l'oncia e le castagne verdi 1 lira al kg [...] Tutto costa caro che non si può andare avanti⁴⁶⁹.

Oltre alla mancanza di cibo, la popolazione deve fare i conti anche con la mancanza di risorse elementari come il legno, con la conseguenza che anche le sepolture diventavano problematiche. Con l'avanzare del contagio il numero di morti aumentava e ogni giorno, dalle grandi città ai piccoli paesi, le salme erano sempre di più e, oltre al lutto, si aggiungeva quindi il dramma tremendo di una sepoltura tardiva dovuta alla mancanza di un sufficiente numero di casse da morto⁴⁷⁰. Appare una situazione al limite dell'incredibile, ma la spiegazione sta nel fatto che la maggior parte del legname, prodotto soprattutto dalle aziende del nord, veniva requisito per fini bellici e destinato alla costruzione di trincee, o di altre strutture in legno indispensabili al fronte, con la conseguenza che non c'era abbastanza legno per soddisfare l'enorme domanda interna di

⁴⁶⁸ *Ivi*, p. 154.

⁴⁶⁹ *Ibidem*.

⁴⁷⁰ *Ivi*, p. 166.

casse da morto. Ne conseguiva che per la sepoltura bisognava attendere vari giorni, arrivando a seppellire i corpi ormai in uno stato di putrefazione. Appare chiaro il dramma psicologico a cui era sottoposta la popolazione dell'epoca.

Agghiacciante, in tal senso, è la testimonianza che arriva dall'estratto di una lettera:

[...] Io e Dorina siamo state costrette di venire qui da mamma, sole, lassù saremmo morte dalla paura di morire. Se ci ammalavamo chi poteva correre a venirci ad assistere? Adesso il prefetto ha mandato diversi soldati per fare casse e seppellire i morti, non si trovano più tavole, così gustano porte, credenze, tavolini⁴⁷¹.

Anche un'altra lettera testimonia la drammatica situazione: «[...] In alcune città d'Italia i morti rimangono senza sepoltura dentro le case, per mancanza di chi li porti al camposanto e in altre città non vi sono più tavole per fare le casse»⁴⁷².

Nella realtà italiana, in generale, i piccoli paesini furono quelli che soffrirono maggiormente l'epidemia poiché le risorse venivano concentrate soprattutto nelle grandi città, e nemmeno là bastavano; le piccole realtà finivano in ginocchio dopo che le figure principali in paese venivano portate via dall'influenza, potevano essere l'unico medico, farmacista, panettiere o macellaio del paese a volte addirittura il sindaco. A testimonianza di ciò si riporta un estratto di cronaca di un giornale locale di Tula, in provincia di Sassari: «2,3 e persino 5 morti in una casa. Il paese per vari giorni è rimasto in balia di sé stesso. Mancanza di medicinali, mancanza di qualsiasi assistenza morale. Il medico, il sacerdote, pur essi inchiodati a letto!»⁴⁷³.

Per quanto riguarda la gestione dell'emergenza nel suo complesso, bisogna fare una precisazione che può aiutare a comprendere il dilagare dell'epidemia e la relativa inefficacia dei provvedimenti, ossia che tutte queste misure, preventive o contenitive che fossero, non furono prese in modo omogeneo e coordinato in tutto il territorio nazionale; questo perché le linee adottate da prefetti e sindaci locali spesso edulcoravano quelle ministeriali, al fine di non doversi confrontare con eventuali cali dell'opinione pubblica o problemi di ordine pubblico all'epoca alimentati dalla circolazione soprattutto di due *fake news*. La prima, diffusa soprattutto al sud, riguardava la presunta presenza di untori,

⁴⁷¹ *Ibidem*.

⁴⁷² *Ibidem*.

⁴⁷³ *Ivi*, p. 116.

cosa che portò a numerosi casi di linciaggio verso persone innocenti, come testimoniato dal giornale «Cronaca di Catania» ai primi dell'ottobre del 1918: «un altro delitto causato dall'ignoranza e dalla superstizione di una parte di quel popolino. Il soldato in licenza per lavori agricoli Toscano Placido si accorge che degli individui esplodevano all'impazzata colpi di fucile, per intimorire così i pretesi untori propagatori dell'attuale morbo»⁴⁷⁴. L'altra *fake news* responsabile di problemi di ordine pubblico fu quella inerente alla possibilità che in realtà ci si trovasse di fronte ad un attacco batteriologico chimico da parte degli austriaci⁴⁷⁵.

Dopo aver delineato l'origine della Spagnola e la sua gestione da parte delle autorità è giunto il momento di analizzare l'azione di Croce Rossa Italiana.

Intervento e azione della Croce Rossa Italiana durante la pandemia di spagnola.

Al fine di comprendere l'importanza del ruolo rivestito dalla Croce Rossa Italiana e la complessità del suo intervento durante l'influenza spagnola è necessario fare alcune premesse riguardo le dinamiche sociali e sanitarie presenti in Italia allo scoppio della pandemia, contestualizzando così i numerosi sforzi e le numerose difficoltà a cui fu sottoposta l'associazione.

Prima di tutto, la Croce Rossa, alla fine del primo conflitto mondiale, era ancora completamente impegnata a fronteggiare le conseguenze della guerra: strutture, volontari e risorse erano ancora impegnati al fronte o negli ospedali del paese per curare i feriti; a questo si aggiungeva ovviamente l'assistenza di tutti gli invalidi e gli orfani di guerra⁴⁷⁶. Un altro fondamentale elemento da tenere in considerazione è che la Croce Rossa Italiana, allo scoppio della Spagnola, era già impegnata e attiva nella lotta di altre epidemie presenti in Italia, come la malaria e la tubercolosi. La TBC rappresentava una delle più grandi minacce per la salute dell'epoca, tanto pericolosa e letale da essere definita anche come la peste bianca. All'anno nel nostro paese, prima della grande guerra, si contavano annualmente circa 50.000 vittime e questa cifra, per dinamiche già delineate, aumentò durante il conflitto, tant'è che allo scoppio della Spagnola nel 1918 i morti da tubercolosi

⁴⁷⁴ *Ivi*, p. 156.

⁴⁷⁵ *Ivi*, p. 157.

⁴⁷⁶ Bortoletto, Silvano, *Croce Rossa Italiana e welfare dal 1914 al 1927*, cit., p. 95.

erano già quasi 74.000, segnando quindi un aumento del 41%⁴⁷⁷. La Croce Rossa ebbe un ruolo incredibilmente attivo ed efficace nella lotta alla tubercolosi, arrivando ad aprire 10 ospedali, che curarono quasi 16.000 persone. La malaria, invece, era presente soprattutto nelle zone paludose, e le campagne antimalariche vedevano impegnata la Croce Rossa Italiana già a partire dal 1900, soprattutto nell'Agro Romano e nell'Agro Pontino. La lotta contro la malaria da parte della CRI riprese proprio in piena epidemia Spagnola, nel 1919, dopo la parentesi della guerra, attraverso la mobilitazione di ambulanze e attraverso opere di educazione e somministrazione di farmaci⁴⁷⁸. La Croce Rossa Italiana era quindi fortemente attiva in tema di lotta alle epidemie ancor prima della comparsa della Spagnola, tant'è che nel 1918 era stata creata una struttura, l'Ufficio provvidenze sanitarie-sociali, con in compito di delineare strategie in tema di assistenza e prevenzione con la somministrazione della profilassi e la divulgazione scientifica in tema di igiene⁴⁷⁹. L'ultimo elemento da considerare è la situazione generale in cui versava la sanità italiana allo scoppio dell'epidemia. Nel 1918 la stragrande maggioranza del personale sanitario e della logistica sanitaria, comprese scorte e materiali erano ancora concentrati al fronte; in più, il personale sanitario e i materiali rimanenti erano stati concentrati nelle grandi città, perché proprio in queste si riversavano tutti i soldati feriti che tornavano dal fronte. Dal punto di vista ospedaliero, quindi, l'Italia vedeva una grande concentrazione sanitaria presso le grandi città o almeno nei capoluoghi di provincia del nord e centro Italia, evidenziando così una grave mancanza di assistenza e di ospedali presso le campagne, le zone montane e in generale nel sud Italia.

Generalmente, già prima del conflitto la sanità italiana in generale viveva uno stato di inadeguatezza⁴⁸⁰. All'altezza del 1914 contava 1376 strutture ospedaliere per un totale di 85.728 posti letto e fin dall'inizio del conflitto venne, quindi, a delinarsi la mancanza di un numero sufficiente di ospedali e di personale sanitario, che continuò per tutta la durata della guerra⁴⁸¹. La comparsa della pandemia non fece altro che acuire ed aggravare problemi già preesistenti: si consideri che al presentarsi della seconda ondata generalmente negli ospedali il 79% dei posti letto era già occupato dal personale militare

⁴⁷⁷ *Ivi*, p. 136.

⁴⁷⁸ *Ivi*, p. 48.

⁴⁷⁹ *Ivi*, p. 109.

⁴⁸⁰ Tognotti, *La "spagnola" in Italia*, cit., p. 108.

⁴⁸¹ *Ivi*, p. 109.

ferito⁴⁸². La situazione era resa ancor più grave dalla scarsità di medici. Per dare idea della situazione, in una città come Palermo, che contava 50.000 ammalati, i medici disponibili erano solo 150⁴⁸³. La medesima situazione la si ritrovava in molte città lombarde, come è testimoniato dai giornali locali: «la maggior parte dei medici è alle armi, ne rimangono tre o quattro, i quali non hanno un momento di tranquillità, né di giorno né di notte; sono chiamati ad un lavoro impossibile»⁴⁸⁴. Venne così richiamato il personale in pensione e si misero a disposizione addirittura insegnanti e studenti degli ultimi anni di medicina, ma, nonostante ciò, la carenza di medici continuò a persistere⁴⁸⁵. Per esempio, riguardo Bologna, il «Resto del Carlino» scriveva: «la deficienza dell'assistenza sanitaria si fa sempre più grave. In alcune località mancano addirittura i medici; in altri i sanitari del luogo sono stati colpiti dall'epidemia e gli infermi, ovunque assai numerosi, rimangono privi di cure per parecchi giorni»⁴⁸⁶.

I medici e i volontari di Croce Rossa, inoltre, si dovevano confrontare con la mancanza di mezzi di trasporto, con la conseguenza di essere impossibilitati a portar soccorso e cure a tutti quei ammalati fuori dai centri urbani⁴⁸⁷; si decise così, per garantire una minima assistenza sanitaria, di ospedalizzare quanti più infetti ed ammalati possibili, in modo anche da non estendere il contagio, strategia però che si scontrava con la scarsità di ospedali e penuria di posti letto. La situazione riguardo alla scarsità di personale e strutture era talmente grave, che in molte città, come Milano, nell'ottobre 1918 (agli inizi della seconda ondata), le autorità sanitarie furono costrette ad ordinare lo sgombero immediato di vari ospedali militari al fine di trovar posto al numero sempre più alto di malati di Spagnola⁴⁸⁸. In poco tempo la situazione precipitò con parte della popolazione (soprattutto contadina e che viveva fuori città) completamente abbandonata senza una minima assistenza e soccorso, cosa che fece emergere da lì a breve anche episodi di rivolte e proteste. In una lettera, anche il Capo del Governo Vittorio Emanuele Orlando esprimeva la sua preoccupazione al Comandante delle Forze Armate Armando Diaz con toni allarmanti:

⁴⁸² *Ivi*, p. 110.

⁴⁸³ *Ivi*, p. 111.

⁴⁸⁴ *Ivi*, p. 112.

⁴⁸⁵ *Ivi*, p. 107.

⁴⁸⁶ *Ivi*, p. 115.

⁴⁸⁷ *Ivi*, p. 110.

⁴⁸⁸ *Ivi*, p. 118.

sa come disastrose siano le condizioni della salute pubblica in questo momento in Italia; è forse il momento più difficile, poiché l'epidemia è nel periodo della sua massima diffusione e nelle province in cui essa decresce non si è ancora in grado di sopprimere l'ordinamento di assistenza. Anche a parte la questione di umanità, vi è un'altra ragione politica che rende estremamente pericoloso in momenti come questo, di lasciar accumulare l'odio e la protesta del popolo, per il fatto di gente che muore senza alcuna assistenza. Non è esagerazione dire che in questo momento il paese è più depresso per l'epidemia che per la tessa guerra. Rivolgo la più viva e più calda preghiera a V.E. poiché anche l'esercito venga in soccorso⁴⁸⁹.

La Croce Rossa, quindi, si ritrovò a dover fronteggiare uno dei peggiori scenari emergenziali, ossia una pandemia, quando tutte le sue forze disponibili erano già impegnate ad affrontare le conseguenze di un altro tra i peggiori eventi che si possono prospettare ad un servizio sanitario: la guerra. Nonostante gli sforzi, nel 1918 la situazione appariva in tutta la sua drammaticità: la sanità italiana e la Croce Rossa Italiana, nonostante la mobilitazione di tutti i volontari disponibili, dei medici e degli studenti di medicina, non riuscivano a rispondere a tutte le chiamate di soccorso e di assistenza; in poche parole l'emergenza aveva surclassato ampiamente le risorse e le capacità disponibili del sistema sanitario nel suo complesso⁴⁹⁰.

Ma quale fu in concreto l'intervento della Croce Rossa nell'epidemia di spagnola?

Fin da subito bisogna sottolineare che l'associazione produsse pochi documenti che possano testimoniare la sua azione durante la pandemia, almeno se confrontati con la mole di documentazione prodotta durante il primo conflitto mondiale. Ciò che ha spinto la Croce Rossa, ma anche altri soggetti, a non produrre molte carte è stata la modalità con cui inizialmente l'influenza di spagnola si è manifestata: le società dell'epoca erano già abituate al presentarsi ciclicamente dell'influenza e questo in un contesto in cui molte altre malattie, come tubercolosi e malaria, stavano già colpendo la società; oltretutto, il ceppo della stessa spagnola non era ancora stato isolato. Di conseguenza, la sanità e in generale la CRI hanno spesso riportato nei documenti la registrazione di una semplice

⁴⁸⁹ *Ibidem.*

⁴⁹⁰ *Ivi*, p. 114.

forma influenzale, spiegando quindi lo scarso numero di documenti rinvenuti, in cui si parla espressamente di influenza spagnola⁴⁹¹.

Una delle prime testimonianze ufficiali dell'intervento della Croce Rossa per la pandemia di spagnola, proviene da una nota ministeriale diretta a tutti i prefetti d'Italia, datata 26 marzo 1919:

La manifestazione epidemica d'influenza, che nei mesi decorsi ha con varia vicenda colpito tutto il territorio del Regno, ha costretto questo Ministero a far largo ricorso, per assicurare la assistenza sanitaria nei comuni colpiti dalla malattia, mentre il servizio militare tratteneva lontani dalle loro sedi ordinarie non pochi medici chirurghi, all'opera di ufficiali medici e di personale ausiliario messi a sua disposizione dal Ministero della Guerra e dalla Presidenza della Croce Rossa Italiana⁴⁹².

Alla Croce Rossa venne chiesto di mettere a disposizione, il prima possibile, personale per la profilassi. Per dinamiche già indicate, si procedette con lo smobilitare il personale volontario impegnato presso ospedali e strutture militari, che venne concentrato presso Bologna, Ancona e Roma, per poi inviarlo in soccorso nelle province, che erano le zone più scoperte; in questo modo, in un primo momento si riuscirono a mobilitare circa 284 medici⁴⁹³. La Croce Rossa, inoltre, allestì nelle zone più scoperte degli ospedali territoriali, arrivando ad avere ben 103 strutture operative e contribuendo ad aumentare l'assistenza di migliaia di posti letto⁴⁹⁴: e successivamente, per via dell'urgenza e della gravità della situazione, aprì altre strutture e ricoveri, attraverso il riadattamento e l'amplificazione di strutture civili e private già esistenti, come per esempio scuole, conventi, caserme, ville, ecc.

La pandemia di spagnola fu un evento fortemente significativo per l'associazione, che vide la necessità di un confronto a livello internazionale e che portò a cambiamenti che interessarono l'intero movimento internazionale di Croce Rossa. È proprio dalla natura globale dell'emergenza, infatti, che il movimento si rende conto di essere chiamato ad andare oltre quanto sancito dalla prima convenzione di Ginevra, con la responsabilità di realizzare in pieno e profondamente la visione originaria del suo fondatore Henry Dunant, ossia quella di essere un'organizzazione umanitaria che si adopera in assistenza e

⁴⁹¹ Bortoletto, Giovanni Silvano, *Croce Rossa Italiana e welfare dal 1914 al 1927*, cit., p. 158.

⁴⁹² *Ivi*, p. 160.

⁴⁹³ *Ibidem*.

⁴⁹⁴ Tognotti, *La "spagnola" in Italia*, cit., p. 110.

soccorso verso l'umanità, sia in guerra che in periodo di pace, non limitandosi quindi ad intervenire solo in caso di feriti e prigionieri di guerra bensì ogni qualvolta si renda necessario alleviare le sofferenze umane. La natura degli ultimi eventi, dalla guerra alla pandemia, porta i vertici di tutte le società nazionali alla consapevolezza che senza un coordinamento e uno scambio di esperienze tra le varie associazioni nazionali di Croce Rossa, queste non riusciranno a vincere le sfide che la storia gli presenterà, le quali, per essere affrontate e superate, vista la loro natura anche globale, hanno bisogno che tutte le croci rosse uniscano le loro forze.

Inizierà così l'evoluzione che porterà alla creazione di un coordinamento tra le società nazionali. Il tutto prende inizio quando il presidente del Consiglio della Croce Rossa Americana, Henry P. Davidson, invitò il 5 maggio 1919 a Parigi, i responsabili delle Croci Rosse inglese, francese, italiana, giapponese e americana con l'intento di creare una "lega", che avesse la funzione di coordinamento tra le varie società nazionali, in modo da poter fronteggiare emergenze di carattere globale, o che quantomeno colpissero più Stati. Proprio da questo incontro nasce la «Lega delle Società della Croce Rossa», che dal 1991 prende il nome di «Federazione Internazionale delle Società di Croce Rossa e Mezzaluna Rossa» la IFRC.

In conclusione, è proprio durante la pandemia di spagnola che si consolida nell'immaginario collettivo, uno dei tratti fondamentali e caratterizzanti della Croce Rossa, ossia quello di essere sempre pronta ad intervenire, anche in tempo di pace, Ci si allontana così, dall'immagine di una associazione umanitaria dedita al soccorso esclusivamente in tempo di guerra.

Inoltre, per quanto riguarda l'Italia, l'associazione, usciva dal conflitto, con una reputazione estremamente alta, forte della sua attività, che si era tradotta in 1.205.000 feriti assistiti, 2.500 medici mobilitati, 300 farmacisti, 10.000 infermiere volontarie operative unite a 15.000 sottufficiali. Impegnandosi nel fronteggiare le conseguenze della guerra, la Croce Rossa divenne un attore, se non principale, quantomeno fondamentale del welfare italiano, che proprio all'indomani della guerra stava ponendo le sue basi⁴⁹⁵.

⁴⁹⁵ Bortoletto, Silvano, *Croce Rossa Italiana e welfare dal 1914 al 1927*, cit., p. 95.

CAPITOLO V

IL CONTRIBUTO FEMMINILE IN GUERRA E IN CROCE ROSSA

La guerra e la mobilitazione femminile.

Il primo conflitto mondiale vide la massiccia e imponente mobilitazione delle donne italiane che rappresentò un evento epocale per il paese, con dirette ripercussioni negli anni a venire sulla figura femminile. Esso, dunque è stato un potente contributo all' emancipazione femminile⁴⁹⁶.

Con il primo conflitto mondiale per la prima volta l'Italia vede la donna uscire dal suo ruolo abituale casalingo ed approdare nel mondo del lavoro, all'epoca riservato prevalentemente al sesso maschile. Quasi tutti i settori produttivi videro un forte aumento della partecipazione femminile, con aumenti del 10% nel settore bancario e assicurativo ma l'aumento più significativo avvenne nel settore industriale⁴⁹⁷. È necessario un primo importante distinguo poiché le donne erano impiegate nel lavoro anche prima degli inizi della guerra, ma si trattava quasi esclusivamente di lavoro tessile; la vera novità introdotta dalla guerra fu l'apertura alle donne del settore metallurgico e meccanico, dovuta soprattutto ad esigenze belliche, quali la produzione di munizioni, armamenti e veicoli. Tuttavia, molte donne rimasero ugualmente impiegate nel settore tessile, ora convertito alla produzione di giubbe, divise militari, scarponi, indumenti per la montagna ecc, che dunque è stato un settore fondamentale: si consideri che nella sola Verona le donne addette al cucito delle uniformi erano ben 10.000.

Durante la guerra le donne lavorarono anche in quello che sembrava il settore maschile per eccellenza, ossia quello agricolo⁴⁹⁸. I dati fanno comprendere come alla fine si trattava di un epilogo inevitabile, infatti $\frac{3}{4}$ degli uomini impiegati in agricoltura furono richiamati alle armi. Inoltre le donne essendo rimaste da sole a badare alla famiglia, incominciarono

⁴⁹⁶ Antonio Gibelli, *La Grande Guerra degli italiani 1915-1918*, Milano, BUR, 1998, p. 189.

⁴⁹⁷ *Ivi*, p. 191.

⁴⁹⁸ *Ivi*, p. 193.

anche ad occuparsi di faccende legali e burocratiche prima riservate esclusivamente agli uomini.

Non si può nemmeno dire che l'unico ambito dal quale furono escluse le donne fu la guerra (fatta eccezione dell'economia e produzione di guerra), in quanto riguardo ad essa gli venne praticamente proibito solamente il combattimento diretto del nemico; per il resto, molte furono le donne che entrarono in zona di guerra, (non solo crocerossine in soccorso dei militari feriti), con compiti estremamente pericolosi e gravosi; ne sono testimonianza le incredibili fatiche delle donne della Carnia, del Cadore, dell'altipiano di Asiago e del Trentino. Infatti, in queste zone le donne vennero impiegate anche col compito di approvvigionare le truppe alpine di munizioni e viveri con le loro "gerle", ossia cesti di vimini intrecciati, portando sulle spalle carichi di 40-45 Kg e superando dislivelli anche di 1000m. Si consideri che in Carnia si passò dalle 1.192 donne impiegate nel 1916 alle 4.000 del 1917. Queste donne inoltre vennero impiegate anche per spazzare la neve dalle strade, in lavori di manutenzione e riparazione del manto stradale fino addirittura alla costruzione di strutture militari in legno e allo scavo di trincee⁴⁹⁹.

Ma la mobilitazione femminile non deve vedersi solo rivolta verso il lavoro; infatti, fu una mobilitazione anche intellettuale che vide molte donne organizzare da un lato scioperi e manifestazioni contro la guerra, dall'altro realizzare progetti e iniziative dedite alla propaganda di guerra e al supporto della causa. Basti pensare che proprio il monumento ai caduti di Bassano del Grappa nacque dalla movimentazione delle donne bassanesi nel 1921⁵⁰⁰.

La partecipazione fisica ed intellettuale delle donne si può vedere anche attraverso il loro associazionismo: queste spesso crearono comitati al fine di meglio coordinarsi ed operare. Numerosi, per esempio, furono i comitati di difesa civile diretti e costituiti da sole donne. C'è da tenere anche in considerazione che la forte propensione associazionista traeva origine dai valori cattolici: infatti, proprio durante la guerra l'Unione delle donne cattoliche italiane, aprì nuove sedi soprattutto in Veneto.

⁴⁹⁹ Stefania Bortoloni, *La Grande Guerra delle italiane. Mobilitazioni, diritti, trasformazioni*, Roma, Viella, 2016, p. 243.

⁵⁰⁰ *Ivi*, p. 246.

Proprio le donne, attraverso i vari comitati ed associazioni, furono le principali protagoniste del soccorso “sociale” ossia quello diretto ad affrontare le conseguenze sociali della guerra⁵⁰¹.

L’azione, dunque, era a 360 gradi: dall’assistenza ai feriti, all’assistenza dei profughi, al supporto all’evacuazione delle città, all’assistenza dei senzatetto e dei disoccupati fino all’accudimento degli orfani di guerra. Si consideri che solo nel veneziano allestirono 36 asili prendendosi cura di 4.500 bambini e a Palermo l’associazione femminista “Alleanza femminile” provvede alla sistemazione di 3.000 bambini⁵⁰².

Infine, un altro ambito in cui le donne diedero un enorme contributo fu quello postale: non solo si fecero postine, ma molte furono le volontarie presso l’Ufficio Notizie fondato nel 1915 proprio da una donna, Lina Bianconcini Cavazza, col compito di tenere in contatto militari al fronte e famiglie d’appartenenza; dall’inizio alla guerra, le volontarie che prestarono servizio furono ben 25.000.

Le donne in Croce Rossa. Il loro contributo

Se pensiamo alla figura femminile in Croce Rossa l’immaginario collettivo pensa subito alla figura della Crocerossina, un’amorevole figura soccorritrice in abito bianco con una grande croce rossa ricamata sul petto, con il suo soprannome affettuoso ad indicarne l’appartenenza al corpo delle Infermiere Volontarie di Croce Rossa, una componente della CRI e altresì corpo ausiliario dell’Esercito Italiano. È un accostamento senza dubbio corretto ma, allo stesso tempo, fortemente stereotipato e riduttivo dell’impegno femminile nell’associazione, poiché come vedremo le donne fin dall’inizio diedero un contributo di incredibile importanza per l’origine e l’opera della Croce Rossa Italiana, senza il quale la CRI non sarebbe stata e non sarebbe diventata ciò che è oggi⁵⁰³.

La donna è fin dagli inizi al centro di questa idea e opera: la troviamo, infatti, fin dagli inizi della storia della Croce Rossa a fianco di Henry Dunant durante il soccorso ai feriti della Battaglia di Solferino nel 1859. Sono infatti le donne di Castiglione che fin

⁵⁰¹ *Ivi*, pp. 239-240.

⁵⁰² *Ivi*, p. 241.

⁵⁰³ Vedi allegato n.18.

dall'inizio si adoperarono nel soccorso e i primi soccorritori ad operare a fianco del fondatore di Croce Rossa furono appunto le donne⁵⁰⁴.

Da qui in poi le donne saranno sempre presenti nella storia della CRI, associazione che fu volano incredibile per l'emancipazione femminile. Infatti, fin dalle sue origini nel 1864 con il Comitato milanese, si permetteva ad entrambi i sessi indipendentemente dalla classe sociale di entrare tra le fila dall'associazione. Gli articoli dello statuto ne danno una chiara testimonianza:

- Art.6: Persone d'ogni classe sociale possono essere membri dell'associazione, facendosi iscrivere presso un Comitato, e versando annualmente almeno un'azione di lire 5.
- Art.7: Chiunque si fa iscrivere presso un Comitato qual membro dell'Associazione rimane obbligato come tale almeno per tre anni.
- Art.8: È socio perpetuo chi versa in una sola volta almeno 100 lire⁵⁰⁵.

Il comitato milanese era poi suddiviso in 4 sezioni, ognuna con compiti specifici: la I sezione era composta in maggioranza da personale femminile, con il compito di provvedere a raccogliere offerte e donazioni e aveva, in un certo senso, anche il delicato incarico di curare le pubbliche relazioni a certi livelli⁵⁰⁶. All'epoca, comunque, forte era lo stereotipo che vedeva riservati agli uomini gli incarichi più gravosi fisicamente: infatti la sezione IV, che era incaricata del soccorso in guerra, prevedeva la presenza solo di personale maschile. Ad ogni modo nel corso del tempo ci furono delle aperture proprio grazie alla spinta data dalla voglia di emancipazione delle donne; la prima apertura ufficiale avvenne probabilmente con la circolare n. 2146 del 1° giugno 1866 emanata dal Ministero della guerra con la quale si prevedeva la possibilità di far assistere i militari feriti da personale femminile presso gli ospedali militari⁵⁰⁷. Questo indica che l'apertura alle donne come figure di soccorso fu progressiva, non avvenne subito attraverso l'invio in zona di combattimento, bensì iniziò con l'assistenza al personale ferito presso gli ospedali: quindi, a feriti già soccorsi in campo di battaglia da personale maschile.

⁵⁰⁴ Costantino Cipolla, Paolo Vanni, *Storia della Croce Rossa Italiana dalla nascita al 1914*, vol. I, Saggi, Milano, FrancoAngeli, 2019, p. 19.

⁵⁰⁵ *Ivi*, p. 360.

⁵⁰⁶ *Ibidem*.

⁵⁰⁷ *Ivi*, p. 363.

Ma il contributo femminile non è solo presente alle origini di CRI. Lo troviamo anche nella storia del Movimento Internazionale di Croce Rossa: fu proprio una donna a portare gli Stati Uniti alla firma della Convenzione di Ginevra del 22 agosto 1864, ossia Clara Barton, poi riconosciuta come fondatrice della Croce Rossa Americana⁵⁰⁸.

La presenza femminile in CRI continuò ad aumentare, tant'è che già a partire dal 1870 emersero lamentele riguardo alla scarsa rappresentanza e poca considerazione, se non per ruoli minori come nel caso di raccolta fondi o viveri. La I sezione era quella dove si contava la maggior presenza di personale femminile, sebbene essa non dovesse essere vista come una sezione riservata alle donne tant'è che c'era anche del personale maschile. La I sezione vedeva in maggior parte donne perché essa era destinata alla raccolta fondi e, in virtù degli stereotipi di genere in vigore all'epoca, alle donne si riservarono tutte quelle attività dove si pensava eccellessero, quindi organizzazione del materiale, raccolta di indumenti e donazioni ecc. Bisogna anche ricordare che, visto il loro grandissimo impegno, il comitato milanese premiò 4 donne con medaglia d'argento, vale a dire la contessa Giuseppina Negroni Prato Morosini, la contessa Virginia De Cambray Digny, di Angela Sessa Gavazzi e la marchesa Ernesta Garzoni.

Per avere un quadro della presenza femminile in seno alla associazione può essere utile questa tabella riassuntiva della presenza femminile dal 1887 al 1914 (sono omessi gli anni 1896, 1901, 1905, 1910, e 1913 per mancanza di dati)⁵⁰⁹.

Anno	Socie	Soci	Totale	Var. %
1887	2.050	7.857	9.907	
1888	3.600	12.951	16.551	+ 67,06 %
1889	5.933	17.174	23.107	+ 39,61 %
1890	6.775	18.188	24.963	+ 8 %
1891	6.854	19.042	25.896	+ 3,73 %
1892	6.918	17.874	24.792	- 4,2 %
1893	6.538	17.793	24.331	- 1,8 %
1894	5.989	16.088	22.077	- 9,2 %
1895	5.689	13.636	19.325	- 12,46 %
1897	6.093	14.313	20.406	+ 5,59 %
1898	5.945	15.498	21.443	+ 5 %
1899	5.713	15.217	20.931	- 2,3 %
1900	5.337	13.779	19.116	- 8,6 %
1902	4.890	12.636	17.526	- 8,3 %
1903	5.012	11.927	16.939	- 3,3 %
1904	4.829	11.355	16.184	- 4,4 %
1906	4.322	10.949	15.271	- 5,6 %

% socie	% soci	Donne	Uomini
20,69 %	79,31 %		
21,75 %	78,25 %	+ 1,06 %	- 1,06 %
25,68 %	74,32 %	+ 3,93 %	- 2,07 %
27,14 %	72,86 %	+ 1,46 %	- 1,46 %
26,47 %	73,53 %	- 0,67 %	+ 0,67 %
27,90 %	72,10 %	+ 1,43 %	- 1,43 %
26,87 %	73,13 %	- 1,03 %	+ 1,03 %
27,13 %	72,87 %	+ 0,26 %	- 0,26 %
29,44 %	70,56 %	+ 2,31 %	- 2,31 %
29,86 %	70,14 %	+ 0,42 %	- 0,42 %
27,72 %	72,28 %	- 2,14 %	+ 2,14 %
27,29 %	72,70 %	- 0,43 %	+ 0,42 %
27,92 %	72,08 %	+ 0,63 %	- 0,62 %
27,90 %	72,10 %	- 0,02 %	+ 0,02 %
29,59 %	70,41 %	+ 1,69 %	- 1,69 %
29,84 %	70,16 %	+ 0,25 %	- 0,02 %
28,30 %	71,70 %	- 1,54 %	+ 1,54 %

⁵⁰⁸ Ivi, p. 366.

⁵⁰⁹ Ivi, p. 222.

1907	4.487	19.621	15.108	- 1 %
1908	4.680	10.370	15.050	- 0,3 %
1909	6.540	11.350	17.890	+ 18,87 %
1911	7.514	12.871	20.385	+ 13,94 %
1912	10.107	16.891	26.998	+ 32,44 %
1914	11.319	20.827	32.146	+ 19 %

29,70 %	70,30 %	+ 1,4 %	- 1,4 %
31,10 %	68,90 %	+ 1,4 %	- 1,4 %
36,56 %	63,55 %	+ 5,46 %	- 5,35 %
36,86 %	63,14 %	+ 0,3 %	- 0,41 %
37,44 %	62,56 %	+ 0,58 %	- 0,58 %
35,12 %	64,79 %	- 2,32 %	+ 2,23 %

Il corpo delle infermiere volontarie di Croce Rossa

La figura della crocerossina non fu un elemento esclusivo della Croce Rossa Italiana; varie infatti furono le associazioni nazionali estere che crearono questa figura soccorritrice e oltretutto in largo anticipo rispetto alla nostra CRI nazionale. Per esempio l'American Red Cross già dal 1899 era dotata di infermiere volontarie in servizio presso ospedali militari, mentre la Croce Rossa Svedese aveva provveduto a formare infermiere già a partire dal 1897 e sempre nel 1899 la Croce Rossa Svizzera aveva aperto a Berna la prima scuola per le sue volontarie; altre fonti testimoniano che nel 1902 la Croce Rossa Austriaca impiegava già infermiere volontarie in zona di guerra e che quella Danese a fine 1800 contava già 80 infermiere, quella francese 250 circa al 1902, salite a 451 nel 1904, per poi (dopo qualche anno) raggiungere l'importante numero di 1.140. Questi dati fanno capire quanto all'estero avessero già compreso l'importanza di predisporre un corpo di soccorso femminile all'interno delle associazioni nazionali, dimostrando così di aver superato stereotipi e pregiudizi di genere molto tempo prima dell'Italia. Riguardo a questo, l'esempio più nobile e importante viene dalla Croce Rossa Giapponese, la quale aveva istituito la sua prima scuola per infermieri volontari già a partire dal 1890, a cui potevano partecipare uomini e donne senza distinzione di sesso, arrivando a disporre di 5.000 unità di soccorso già durante la guerra contro la Russia del 1904-1905, quando la Croce Rossa disponeva già di 8.000 infermiere; nel complesso all'epoca la Croce Rossa Giapponese e quella Russa erano quelle più all'avanguardia per quanto riguarda la presenza di un corpo di infermiere volontarie e relativa formazione. Nel complesso ad essere più sviluppata era proprio l'intera realtà di Croce Rossa: infatti la Croce Rossa Italiana, al 1914 contava 16.184 soci, quando quella Austriaca ne contava già ben 52.209, e quella Giapponese addirittura 915.760 al 1906⁵¹⁰.

⁵¹⁰ Ivi, pp. 386-389.

Ad ogni modo ai vertici dell'associazione italiana si era consapevoli di questo deficit e che era urgente un intervento correttivo. Già nel 1898 il presidente nazionale Rinaldo Taverna esprimeva tale riflessione:

Presso le altre Croce Rosse si tengono corsi appositi, ai quali prendono parte attivissima le Signore. Ho troppo alta opinione dello slancio caritatevole e dello spirito di sacrificio delle gentili Signore che fanno parte della nostra Associazione, per dubitare che esse ci saranno larghe del loro concorso⁵¹¹.

L'importanza dell'impegno femminile nelle attività di soccorso viene ribadito quando le varie Croci Rosse hanno modo di incontrarsi e confrontarsi e forse, al riguardo, la più significativa è la VIII Conferenza Internazionale di Croce Rossa tenutasi nel 1907 a Londra, nella quale si ribadisce l'importanza di creare apposite scuole per le socie al fine di diplomarle infermiere. L'ordine del giorno della conferenza, dettato dal Comitato Internazionale, appariva senza ombra di dubbio altamente significativo per tutto il movimento di Croce Rossa, esplicandosi anche in questi due argomenti⁵¹²:

- Posti e incarichi da darsi alle donne nelle formazioni sanitarie in tempo di guerra
 - Servizio permanente di soccorso per le vittime delle calamità pubbliche in tempo di pace.
- Almeno all'estero, già ai primi del 1900, il ruolo e l'impiego della donna nei soccorsi anche in zona di guerra sembra ormai assodato: solo in Italia sembrano resistere preconcetti e stereotipi di genere. Fatte queste premesse, si può procedere con la storia delle infermiere volontarie di Croce Rossa Italiana.

L'origine della infermiera volontaria di Croce Rossa Italiana lo dobbiamo all'incrollabile spirito patriottico e alla coraggiosa opera pionieristica di una donna milanese, la volontaria Sita Meyer Camperio⁵¹³.

Proprio l'esempio estero fu ispiratore per l'opera pionieristica della Camperio: probabilmente l'evento più significativo fu il suo ricovero presso Baden Baden nel 1904 dove ad assisterla fu proprio una crocerossina della Germania e dunque l'essere stata accudita da un'infermiera di Croce Rossa può aver influito sull'iniziativa di avviare le donne di CRI all'impegno infermieristico⁵¹⁴. Infatti, rientrata a Milano sempre nello

⁵¹¹ *Ivi*, p. 390.

⁵¹² *Ibidem*.

⁵¹³ *Ivi*, p. 391.

⁵¹⁴ *Ibidem*.

stesso anno, presso la propria abitazione avviò un primo pionieristico corso destinato alle donne sui fondamentali di soccorso ed assistenza sanitaria; le brevi lezioni, tenute grazie all'aiuto dell'amico medico di Croce Rossa, Scipione Losio, furono un successo, e da lì in poi ne vennero organizzati altri vedendo anche un aumento delle iscritte. Tuttavia il primo corso, da considerarsi come ufficiale di Croce Rossa, iniziò nel 1906. I corsi della Camperio, dato il successo, si spostarono intanto presso il palazzo d'igiene di Milano, come indicato da un opuscolo diffuso all'epoca il cui titolo riportava testualmente: *Prima Scuola per Infermiere Volontarie Italiane 1906-1907 via Gustavo Molteni n.2 Milano*. In questo primo anno di corso, le iscritte furono ben 300, e l'anno seguente, nel 1908, le infermiere diplomate furono 80. Il 1908 rappresenta così una data storica, poiché si conclude il primo corso ufficiale della Scuola Volontarie, portando alla luce il primo nucleo di crocerossine: il corpo delle infermiere volontarie era ufficialmente nato⁵¹⁵.

Proprio nel primo regolamento (provvisorio) del Corpo IIVV CRI del 1908 si delinea lo scopo della scuola e il ruolo delle infermiere: «lo scopo della scuola è quello di preparare un Corpo di Infermiere Volontarie per averle a disposizione nel caso di mobilitazione della Croce Rossa in tempo di guerra e di pace ed adibirle a servizio delle Unità Ospedaliere»⁵¹⁶.

Ma, in concreto, come era organizzato questo primo corso per Infermiere Volontarie e in cosa consistevano gli studi e la preparazione delle crocerossine? Dalle fonti si evince che il corso durava tre anni: il primo era dedicato soprattutto alla formazione teorico pratica, con nozioni di anatomia e fisiologia, pratiche di sterilizzazione, preparazione medicinali e teorie asettiche e antisettiche, si proseguiva poi con il lato più pratico, sul soccorso in emergenza, con relative tecniche di bendaggio, di fasciatura e di sostegno in caso di fratture; successivamente nel secondo anno vengono approfonditi gli insegnamenti del primo anno di corso. In tutto l'iscrizione veniva a costare 20 Lire. Dal 4 dicembre 1908 alla scuola viene messa a disposizione (grazie al Dott.Sironi) un'ambulanza completa, sulla quale le infermiere ogni mattina possono esercitarsi nel soccorso e nelle medicazioni, tant'è che viene soprannominata ambulanza-scuola; in aggiunta viene data la possibilità di assistere a lezioni di anatomia presso l'Ospedale Maggiore⁵¹⁷.

⁵¹⁵ *Ivi*, pp. 392-393.

⁵¹⁶ *Ivi*, p. 430.

⁵¹⁷ *Ivi*, p. 393.

Dopo l'esperienza milanese, aprirono molte altre scuole per infermiere CRI come si può evincere da questa tabella⁵¹⁸:

Anno	Città	Numero di iscritte
1906	Bologna – presso ospedale militare	84
1907	Genova	77
	Firenze	90 ±
1908	Roma – presso ospedale militare del Celio	250
	Modena	n.d
	Palermo	n.d
	Bari	n.d
	Perugia	n.d
	La Spezia	n.d
	Alessandria	n.d
1909	Foligno	n.d
	Brescia	n.d
	Ancona	n.d
	Livorno	n.d
	Lucca	n.d
	Padova	n.d
	Pisa	n.d
	Torino	n.d
	Napoli	n.d
	Venezia	n.d

La data di fondazione del corpo è fatta coincidere con l'apertura, sotto il patronato della regina Elena, della scuola per infermiere volontarie CRI di Roma, presso l'ospedale Militare del Celio in data 9 febbraio 1908⁵¹⁹.

A marzo del 1909 la Croce Rossa Italiana poteva già contare come diplomate ed operative più di 700 infermiere volontarie⁵²⁰.

Non può mancare anche un cenno a quella che più di ogni altra cosa contribuì a fissare l'immagine della crocerossina dell'immaginario collettivo, ossia la sua uniforme; quand'è che l'uniforme bianca con lo stemma della croce rossa venne adottata dalle infermiere

⁵¹⁸ *Ivi*, pp. 395-396.

⁵¹⁹ *Ivi*, p. 396.

⁵²⁰ *Ivi*, p. 397.

volontarie? Verosimilmente a partire dal 1910 con la pubblicazione del nuovo regolamento del corpo in data 21 aprile, con il quale veniva predisposto che la divisa, indipendentemente dal ceto, dovesse consistere in una veste da infermiera con sopra un grembiule bianco con una croce rossa e un copricapo⁵²¹.

Si riporta qui di seguito l'elenco delle donne che ricoprirono l'incarico di ispettrice nazionale del corpo delle infermiere volontarie:

Anno	Generalità
1915 - 1921	S.A.R Duchessa Elena D'Aosta
1921 - 1937	Marchesa Irene di Targiani Giunti
1939 - 1946	Principessa Maria Josè di Piemonte
1947 - 1976	Sorella Paola Menada
1976 - 1981	Sorella Bianca Lanzara
1981 - 1987	Sorella Luigia Marocco
1987 - 1995	Sorella Carla Pulcinelli
1995 - 2003	Sorella Anna Maria Ghignoni
2003 - 2014	Sorella Mila Brachetti Peretti
2014 - 2018	Sorella Monica Dialuce
2019 - presente	Sorella Emilia Bruna Scarcella

Il corpo delle Infermiere Volontarie della Croce Rossa Italiana ricevette il battesimo del fuoco praticamente subito, in occasione del terremoto calabro siculo che, alle 5:20 del 28 dicembre 1908, colpì violentemente le città di Messina e Reggio Calabria⁵²².

La Croce Rossa non riuscì a rispondere al pieno delle sue potenzialità in quanto all'epoca l'associazione era ancora fortemente improntata al soccorso in tempo di guerra: nonostante non aveva personale pronto a partire a chiamata, riuscì comunque ad inviare a Messina in soccorso alla popolazione 120 infermiere volontarie e 612 militi.

Per la prima volta nella storia di Croce Rossa Italiana, dunque delle donne non intervengono solo per la raccolta di materiale e viveri o per dare sostegno morale ai feriti, bensì intervengono in vere e proprie operazioni di soccorso dei feriti come infermiere, ruolo fino ad allora riservato agli uomini per via degli stereotipi di genere. Nel 1908 si unirono ai soccorsi anche le infermiere volontarie della Croce Rossa Francese e Tedesca.

⁵²¹ *Ibidem.*

⁵²² *Ibidem.*

A fianco delle infermiere volontarie, scesero in campo anche le “dame” di Croce Rossa ossia le volontarie che continuavano ad esercitare il ruolo classico della donna CRI, non meno importante, rappresentando anzi un contributo fondamentale soprattutto presso gli ospedali.

Infine, altri importanti coinvolgimenti antecedenti la Prima guerra mondiale, furono la guerra di Libia nel 1911 con l’invio di 66 infermiere volontarie e il conflitto dei Balcani del 1912⁵²³.

Le crocerossine durante la Prima guerra mondiale

Per avere un’idea della presenza numerica delle infermiere volontarie agli albori della guerra, ci viene in aiuto il bollettino n.26 della CRI pubblicato nel marzo del 1914⁵²⁴:

Circoscrizione	Città	Tot. Infermiere CRI
I	Torino	54
II	Alessandria	32
III	Milano	140
IV	Genova	54
V	Verona	127
VI	Bologna	173
VII	Ancona	37
VIII	Firenze	152
IX	Roma	152
X	Napoli	69
XI	Bari	33
XII	Palermo	50
XIII	Venezia	27
	TOTALE	1.100

Come si può vedere dalla tabella, la Croce Rossa Italiana poteva contare su circa 1.100 infermiere volontarie, un numero sicuramente non altissimo tenuto anche conto di ciò che poteva produrre in termini di feriti un conflitto bellico e considerato che, all’epoca, le società nazionali di Croce Rossa erano i principali fornitori di personale da soccorso ai loro rispettivi paesi d’appartenenza. Come si mosse la Croce Rossa Italiana per ovviare a

⁵²³ *Ibidem*.

⁵²⁴ *Ivi*, p. 437.

questo deficit di organico in seno al corpo delle infermiere volontarie? Era evidente che era necessario aumentare il numero di infermiere nel minor tempo possibile per non arrivare impreparati sui campi di battaglia. Nel 1915 la dirigenza emanò un nuovo regolamento con il quale intendeva affrontare la nuova sfida bellica. Secondo l'art. 6 la durata del corso rimaneva di tre anni, teorico pratico, con poco più di venti lezioni ogni anno, affiancate ovviamente ad esercitazioni pratiche; ciò, appariva chiaro, anche ai vertici, che il nuovo regolamento non avrebbe permesso di diplomare abbastanza infermiere quante ne richiedeva la situazione; infatti, basta considerare che le donne che si fossero iscritte all'inizio del conflitto nel 1915 sarebbero diventate infermiere dopo tre anni. Per questo motivo vennero introdotti anche gli articoli 7 e 8 dove veniva prevista la deroga alla durata triennale dei corsi, introducendo l'istituzione di corsi serali della durata biennale, con lezioni direttamente sul campo. L'art.15 sanciva che, al superamento dell'esame finale, le diplomate entravano ufficialmente nel Corpo Volontario delle Infermiere della Croce Rossa Italiana, con l'obbligo di prestare servizio in caso di mobilitazione per i successivi 3 anni⁵²⁵. Inoltre, ora le scuole per Infermiere Volontarie potevano essere istituite presso ogni comitato di Croce Rossa. La deroga al corso triennale venne mantenuta anche successivamente dal regolamento emanato nel 1919. Con gli articoli 7 e 8 la Croce Rossa ufficialmente predisponendo un intervento di carattere eccezionale, in qualche modo la preparazione veniva "alleggerita" al fine di poter fornire un numero sufficiente di soccorritrici; il carattere del provvedimento era comunque del tutto contingente, la sua natura era legata alla straordinarietà degli eventi, e visto come una misura relativamente normale da adottare però solo in caso di mobilitazione generale in caso di guerra. Bisogna però precisare che con l'istituzione di questi nuovi corsi accelerati sembra introdursi una distinzione all'interno del corpo: coloro che finivano tale formazione diventavano "aiuto infermiera", rimanendo comunque classificate come "Infermiere Volontarie". Questi corsi accelerati spesso prevedevano poca parte teorica, concentrandosi soprattutto in quella pratica, infatti le volontarie spesso seguivano questi corsi direttamente negli ospedali pieni di feriti, imparando così il mestiere direttamente sul campo⁵²⁶; questo fece sorgere il problema di riconoscere a queste volontarie il normale diploma di Infermiera Volontaria di Croce Rossa, poiché ci furono moltissime proteste da

⁵²⁵ Paolo Vanni, Maria Enrica Monaco Gorni, *Le Infermiere Volontarie e la Grande Guerra*, Milano, FrancoAngeli, 2019, pp. 54-55.

⁵²⁶ *Ivi*, p. 58

parte delle volontarie in quanto sostenevano che la loro preparazione a fine della guerra non era meno valida rispetto a coloro che avevano sostenuto il corso ufficiale di 3 anni. Bisogna notare, inoltre, che non c'era precisa uniformità nella preparazione, in quanto ogni direttore d'ospedale poteva prevedere un percorso tutto suo. Dalla corrispondenza del periodo, si evince, come il comitato centrale abbia provveduto a risolvere la problematica, prevedendo dei corsi detti "di ricapitolazione" a guerra finita, nei quali veniva ripresa la formazione soprattutto teorica⁵²⁷; questo a testimoniare che, da un lato, la preparazione fornita durante i corsi accelerati era sì valida ma solo viste le esigenze e i tempi di guerra, quindi per dei campi di battaglia, per poi però non essere sufficiente per gli standard sanitari in tempo di pace; dall'altro lato, però, non si poteva nemmeno dimenticare l'incredibile opera di queste donne durante la guerra, un'opera come testimoniata dai pazienti e dai direttori d'ospedale spesso come encomiabile e ottima.

A questo punto può sorgere spontanea la domanda: ma chi erano queste crocerossine? Coloro che chiedevano di diventare Infermiera Volontaria della Croce Rossa Italiana erano soprattutto donne aristocratiche che provenivano dal ceto alto e, per spiegare questa dinamica, bisogna fare una breve considerazione di carattere sociologico. Prima di tutto le infermiere volontarie, almeno nei primi anni del conflitto, dovevano sostenere personalmente le spese che derivavano dall'allontanarsi da casa, e questo spiega subito perché non tutte avevano anche volendo la possibilità di affrontare tale percorso. Inoltre non indifferente è il fatto che le donne aristocratiche erano coloro che avevano più tempo a disposizione in quanto le altre donne erano impegnate a sostituire nel lavoro gli uomini richiamati alle armi. Andare in zona di guerra poteva rappresentare un'incredibile opportunità di emancipazione, anche da una vita forse eccessivamente noiosa e pacata data dall'appartenenza all'aristocrazia; ad ogni modo, per lo più fu sincero lo spirito di patria unito ad altissimi valori morali da parte delle crocerossine.

In merito alle spese, bisogna ricordare la circolare n.8274 con la quale si affrontò il problema delle spese di viaggio e sostentamento a carico delle Infermiere Volontarie, prevedendo che l'amministrazione militare, a partire dal 1916, si facesse carico di tutte le spese necessarie⁵²⁸.

⁵²⁷ *Ivi*, p. 61.

⁵²⁸ *Ivi*, p. 99.

Ma venivamo ora all'opera prestata in guerra da parte del Corpo delle Infermiere Volontarie di Croce Rossa Italiana.

Prima di tutto bisogna partire da due provvedimenti normativi perché sono fondamentali e centrali per inquadrare l'argomento. Il primo è il regio decreto n.719⁵²⁹ del 23 maggio 1915 che al primo articolo sancisce che il personale CRI è assoggettato alla disciplina militare e poi l'altro importante provvedimento normativo è la circolare 8167⁵³⁰ del 18 agosto 1915 con la quale l'Ispettore Capo della Sanità Militare emanò le "norme per il servizio delle Infermiere negli ospedali avanzati di riserva" disponendo che tutte le infermiere dovevano sottostare alle leggi e regolamenti in vigore presso gli stabilimenti sanitari militari e che erano sottoposte all'autorità dei direttori degli ospedali.

Non tutte le infermiere però avevano accesso alla zona di guerra; infatti, agli inizi i vertici del regio esercito non consentivano alle infermiere di origine straniera di avvicinarsi al fronte, per timore che potessero essere spie, tant'è che a volte bastava anche un cognome di origini non italiane; questa discriminazione venne però meno nel tempo di fronte alle infermiere che garantivano assoluti valori morali e patriottici⁵³¹.

Ma quale fu l'entità dell'opera da parte delle crocerossine? I numeri parlano chiaro: durante il conflitto dal 1915 al 1918 vennero impiegate 1320 Infermiere Volontarie, e 720 fu il numero massimo raggiunto di crocerossine operative contemporaneamente⁵³². Sono state impiegate in tutti gli ospedali della Croce Rossa e in tutte le sue unità mobili ossia treni, navi, ospedali fluviali ecc; un'interessante curiosità è che al momento dello scoppio delle ostilità era in vigore un regolamento interno che vietava alle crocerossine di prestare servizio presso ospedali civili e militari, ma questa disposizione venne inapplicata praticamente fin da subito visti i risultati del conflitto, ne è testimonianza il loro servizio presso strutture civili e militari in 78 località del solo Friuli. In riferimento a ciò, la prima eccezione al regolamento è rappresentata dal servizio di 2 infermiere volontarie presso l'ospedale militare di Palmanova già a partire dal 27 maggio 1915⁵³³.

⁵²⁹ *Ivi*, p. 97.

⁵³⁰ *Ibidem*.

⁵³¹ *Ivi*, p. 98.

⁵³² Paolo Scandaletti, Giuliana Variola, *Le Crocerossine nella Grande Guerra. Aristocratiche e borghesi nei diari e negli ospedali militari. Una via all'emancipazione femminile*, Udine, Gaspari, 2008, p. 46.

⁵³³ *Ibidem*.

Durante la guerra le crocerossine sono operative in tutta la linea, dal fronte alla retrovia, dagli ospedali di guerra, a quelli di campo e di tappa. Il servizio in zona di guerra viene però concesso a partire dal 1916 e sempre su base volontaria⁵³⁴.

Ma di fatto in cosa consisteva il loro lavoro?

Prendiamo come esempio i treni ospedale della Croce Rossa (22 in tutto); ogni treno vedeva operative da regolamento 4 infermiere volontarie, che provvedevano prima di tutto all'arredamento, da intendersi come preparazione e predisposizione del materiale sanitario, come medicine, strumenti e tanto altro. Successivamente all'arrivo dei feriti provvedevano alla loro medicazione ed assistenza esplicandosi sia in sorveglianza attiva sia in conforto morale, provvedevano altresì alla sterilizzazione del materiale sanitario⁵³⁵. Cambiando struttura, non si può non citare il loro lavoro presso gli ospedali, che fossero civili o militari, qui la loro opera fu insostituibile. Nei momenti di relativa quiete le crocerossine erano impegnate nella preparazione del materiale, dei letti, nell'assistenza ai pazienti e, se necessario, anche alla pulizia delle corsie. Le cose cambiavano quando la situazione precipitava con l'arrivo in massa dei feriti gravi a seguito delle azioni al fronte; si richiedeva a quel punto il loro aiuto anche nelle sale operatorie e non di rado si vedeva la loro presenza per tamponare emorragie ed assistere i dottori ai ferri⁵³⁶. Ma il loro impegno fu incredibile anche fuori dagli ospedali, infatti molte crocerossine di loro spontanea volontà si mettevano al seguito dei soccorsi salendo sulle ambulanze dirette al fronte, le si poteva così veder scendere dalle autovetture per assistere in ginocchio nel fango i soldati feriti e stremati adagiati lungo la strada non più in grado di proseguire a piedi, inoltre non rari furono i casi in cui le stesse crocerossine si misero direttamente loro alla guida delle ambulanze⁵³⁷.

Sempre per quando riguarda il soccorso extra ospedaliero alcune portarono soccorso anche presso luoghi del tutto improvvisati, predisponendo il minimo indispensabile presso cantine di case abbandonate o lazzaretti⁵³⁸.

⁵³⁴ *Ivi*, p. 48.

⁵³⁵ *Ivi*, p. 46.

⁵³⁶ *Ivi*, p. 48.

⁵³⁷ *Ibidem*.

⁵³⁸ *Ibidem*.

Altro caso degno di nota è l'Ospedale "Dante" a Udine il quale venne frettolosamente abbandonato dal personale sanitario a seguito della rotta di Caporetto e l'unico personale che non abbandonò i feriti fu un medico e una infermiera volontaria di Croce Rossa⁵³⁹.

Per dare idea dell'impegno complessivo può essere utile una tabella con l'elenco degli ospedali con numero di crocerossine operative dal 1917 al 1919 (vista la distruzione e la perdita di vari documenti durante gli anni, si tenga in considerazione che qualche ospedale possa essere stato omissso e che il numero di infermiere sia indicativo)⁵⁴⁰:

<i>Dislocazione Infermiere Volontarie di Croce Rossa a settembre 1917</i>			
Struttura	Identificativo	Ubicazione	N.Infermiere CRI
Ospedale	n.51	Avio	3
Ospedale	n.21	Bagolino	3
Ospedale	n.15	Brescia	3
Ospedale	n.133	Cerea	2
Ospedale	n.109	Madrè	3
Ospedale	n.7	Marostica	3
Ospedale	n.99	Montecchio Maggiore	6
Ospedale	n.78	Nogara	2
Ospedale	n.29	Peri	5
Ospedale	n.22	Ponte Caffaro	3
Ospedale	n.149	Primolano	3
Ospedale	n.62	Primolano	2
Ospedale	n.49	Recoaro	5
Ospedale	n.126	Sanguinetto	3
Ospedale	n.102	Schio	2
Ospedale	n.63	Schio	6
Osp. di Croce Rossa	n.73	Schio	15
Ospedale	n.25	Storo	2
Ospedale	n.62	Vestone	3
Ospedale	n.213	Vicenza	7
Ospedale	n.8	Vicenza	4
Osp. di Croce Rossa	n.d	Vicenza	4
Ospedale	n.6101	Villa Verla	3
Ospedale	n.84	Vo Sinistro	3
Ospedale	n.50	Bigliana	4
Ospedale	n.91	Brazzano	3
Osp. di Croce Rossa	n.18	Buttrio	3
Osp. di Croce Rossa	n.45	Buttrio	3

⁵³⁹ Ivi, p. 49.

⁵⁴⁰ Vanni, Monaco Gorni, *Le Infermiere Volontarie e la Grande Guerra*, cit., pp. 113-142.

Osp. di Croce Rossa	n.1	Buttrio	2
Ospedale	n.70	Buttrio	3
Ospedale	n.11	Casali Gallo	2
Ospedale	n.202	Castelfranco Veneto	1
Ospedale di Tappa	n.d	Cividale	13
Osp. di Croce Rossa	n.11	Cormons	6
Ospedale	n.26	Cormons	3
Ospedale	n.231	Cormons	6
Ospedale	n.219	Cormons	3
Ospedale	n.93	Cormons	1
Osp. di Croce Rossa	n.63	Corno di Rosazzo	3
Ospedale	n.83	Cosana	2
Ospedale	n.55	Dobrà	1
Ospedale	n.97	Dolegna	2
Ospedale	n.111	Dornovico	2
Ospedale	n.158	Gorizia	3
Ospedale	n.144	Gorizia	2
Ospedale	n.129	Gorizia	2
Ospedale	n.121	Gorizia	4
Ospedale	n.20	n.d	2
Ospedale	n.36	Madonna d' Aiuto	2
Ospedale	n.209	Manzano	3
Osp. di Croce Rossa	n.4	Manzano	4
Ospedale	n.34	Manzinello	4
Ospedale	n.34	Nimis	n.d
Ospedale	n.13	Novacuzzo	n.d
Ambulanza Chirurgica	n.7	Pian di Rocchette	n.d
Ospedale di Tappa	n.d	Pordenone	n.d
Ospedale	n.228	Premariacco	5
Osp. di Croce Rossa	n.d	Milano	5
Ospedale	n.103	Ruttars	n.d
Ospedale	n.22	Manzano	7
Ospedale	n.51	Scrutto	2
Osp. di Croce Rossa	n.17	Manzano	5
Ospedale Militare	n.d	Udine	1
Ospedale	n.19	Udine	2
Ospedale	n.218	Udine	n.d
Ospedale Contumaciale	n.d	Udine	20
Ospedale	n.125	Vedrignano	3
Ospedale	n.15	Vipulsano	2
Ospedale	n.9	Aiello	2
Ospedale	n.57	Belliano	2
Ospedale	n.71	Bicinicco	2
Osp. di Croce Rossa	n.48	Cabolano	2
Ospedale	n.132	Campolongo	4

Ospedale	n.56	Castello di Porpetto	2
Osp. di Croce Rossa	n.30	Castello di Porpetto	2
Osp. di Croce Rossa	n.7	Castion di Strada	3
Osp. di Croce Rossa	n.36	Castion de Muras	2
Ospedale	n.32	Cervignano	n.d
Ospedale	n.37	Cervignano	3
Ospedale	n.237	Cervignano	5
Ospedale	n.211	Fauglis	4
Ospedale	n.151	Meretto di Capitollo	2
Ospedale	n.233	Gonard	n.d
Ospedale	n.224	Gonard	3
Ospedale	n.235	Gradisca	4
Ospedale	n.71	Gradisca	2
Ospedale	n.60	Gradisca	7
Ospedale Militare	n.d	Latisana	1
Ospedale di Tappa	n.d	Latisana	1
Ospedale	n.95	Medea	n.d
Osp. di Croce Rossa	n.d	Meolo	2
Ospedale di Tappa	n.d	Mogliano Veneto	3
Ospedale	n.47	Monastero	2
Ospedale	n.75	Monastero	4
Ospedale	n.d	Nogaredo	2
Ospedale	n.149	Oderzo	4
Ospedale Contumaciaie	n.236	Palmanova	9
Ospedale	n.240	Perteole	4
Ospedale	n.14	Perteole	4
Ospedale Mobile	n.d	Pierris	4
Ospedale Militare	n.d	Portogruaro	3
Ospedale di Riserva	n.d	Portogruaro	n.d
Osp. di Croce Rossa	n.34	Nizza	4
Ospedale	n.80	Saciletto	3
Osp. di Croce Rossa	n.14	Sagrado	6
Ambulanza	n.4	Sagrado	4
Osp. di Croce Rossa	n.8	San Giorgio di Nogaro	6
Laboratorio Chimico	n.d	San Giorgio di Nogaro	1
Ospedale	n.234	San Giorgio di Nogaro	13
Ospedale	n.236	San Giorgio di Nogaro	7
Ospedale	n.74	San Marino	3
Ospedale	n.232	S.Michele al Tagliamento	n.d
Ospedale	n.95	S.Vito al Tagliamento	5
Ospedale	n.146	San Vito al Torre	2
Ospedale	n.216	Scodovacca	3
Ospedale	n.67	Scodovacca	5
Osp. di Croce Rossa	n.5	Soleschiano di Ronchi	2
Ospedale	n.214	Terzo	5

Ospedale	n.11	Tissano	3
Ospedale	n.106	Totogliano	3
Ospedale	n.204	Torre di Zuino	4
Ospedale	n.3	Trevignano	3
Ospedale	n.77	Versa	3
Ospedale	n.6	Vermeigliano	4
Ospedale	n.58	Villa Vicentina	2
Ospedale	n.102	Villesse	2
Ospedale	n.84	Villesse	3
Ospedale	n.16	Visco	3
Ospedale	n.47	Agordo	2
Ospedale	n.73	Agordo	7
Ospedale	n.41	Alleghe	3
Ospedale	n.9	Arten	3
Ospedale	n.62	Assio	n.d
Ospedale	n.43	Auronzo	2
Ospedale	n.42	Belluno	10
Ospedale	n.41	Bel Vedere di Caprile	1
Ospedale	n.225	Biadene	1
Ospedale	n.57	Borgo Caprile	3
Ospedale	n.81	Galalzo	3
Ospedale	n.38	Canal S.Bovo	2
Ospedale	n.61	Covolo	3
Ospedale	n.60	Falcate	1
Ospedale	n.64	Fertre	24
Osp. di Croce Rossa	n.59	Fonzaso	3
Ospedale	n.131	Imer	n.d
Ospedale	n.30	Maser	1
Osp. di Croce Rossa	n.20	Modolo	2
Ospedale di Riserva	n.d	Montebelluna	4
Ospedale	n.241	Nogarè	n.d
Osp. di Croce Rossa	n.16	Pedavena	1
Ospedale	n.129	Pedercesa	3
Ospedale	n.35	Pieve di Cadore	2
Ospedale	n.171	Pocol	2
Ospedale	n.59	S.Fosca	2
Ospedale	n.39	n.d	2
Ospedale	n.65	n.d	1
Osp. di Croce Rossa	n.38	Venegazù	n.d
Ospedale	n.96	Fette	2
Ospedale di Riserva	n.d	Vittorio Veneto	n.d
Ospedale	n.4	Breganze	2
Ospedale	n.110	Carpane	4
Ospedale	n.106	Castello di Godego	2
Osp. di Croce Rossa	n.31	Cittadella	4

Osp. di Croce Rossa	n.42	Coltrano	3
Ospedale	n.45	Lugo Vicentino	n.d
Ospedale	n.112	Marzan	4
Osp. di Croce Rossa	n.51	Mason Vicentino	3
Ospedale	n.53	Oliero	2
Ospedale	n.159	Oliero	2
Ospedale	n.136	Rossano	2
Ospedale	n.164	S.Martino di Lupari	2
Ospedale	n.139	S.Zenone Degli Ezzelini	2
Ospedale	n.12	Sandriago	2
Osp. di Croce Rossa	n.52	Arta	4
Ospedale	n.1	Chiusaforte	2
Ospedale	n.96	Pian D'Arta	2
n.d	n.d	Raccolano	1
Ospedale	n.164	Resiutta	4
Ospedale	n.50	Resiutta	3
Ospedale	n.88	Sutrio	2
Ospedale di Riserva	n.d	Tolmezzo	5
Ospedale	n.82	Villa Santina	2
Ospedale	n.151	Salonnico (zona di guerra)	19
<i>Dislocazione Infermiere Volontarie di Croce Rossa a ottobre 1918</i>			
Osp. di Croce Rossa	n.2	n.d	4
Osp. di Croce Rossa	n.42	n.d	4
Osp. di Croce Rossa	n.73	n.d	6
Ospedale	n.29	n.d	2
Ospedale	n.51	n.d	3
Ospedale	n.63	n.d	2
Ospedale	n.76	n.d	6
Ospedale	n.84	n.d	2
Ospedale	n.213	n.d	4
Ospedale	n.300	n.d	2
Ospedale	n.100	n.d	3
Ospedale	n.109	n.d	n.d
Ambulanza	n.d	n.d	5
Ospedale Francese	n.5	n.d	5
Osp. di Croce Rossa	n.5	n.d	2
Ambulanza	n.6	n.d	2
Osp. di Croce Rossa	n.12	n.d	2
Osp. di Croce Rossa	n.39	n.d	4
Osp. di Croce Rossa	n.47	n.d	2
Ospedale	n.13	n.d	2
Ospedale	n.16	n.d	3
Ospedale	n.17	n.d	2
Ospedale	n.25	n.d	2

Ospedale	n.56	n.d	2
Ospedale	n.75	n.d	3
Ospedale	n.107	n.d	2
Ospedale	n.110	n.d	2
Ospedale	n.119	n.d	2
Ospedale	n.146	n.d	2
Ospedale	n.184	n.d	3
Ospedale	n.191	n.d	2
Ospedale	n.203	n.d	2
Ospedale	n.204	n.d	3
Ospedale	n.206	n.d	4
Ospedale	n.238	n.d	2
Ospedale	n.240	n.d	3
Ospedale	n.149	n.d	4
Ospedale	n.d	San Marino	2
Ospedale Militare	n.d	Padova	2
Ambulanza Chirurgica	n.2	n.d	2
Osp. di Croce Rossa	n.31	n.d	6
Osp. di Croce Rossa	n.34	n.d	2
Ospedale	n.50	n.d	1
Ospedale	n.60	n.d	2
Ospedale	n.61	n.d	2
Osp. di Croce Rossa	n.72	n.d	4
Ospedale	n.72	n.d	4
Ospedale	n.82	n.d	2
Ospedale	n.20	n.d	4
Ospedale	n.34	n.d	4
Ospedale	n.38	n.d	3
Ospedale	n.42	n.d	5
Ospedale	n.78	n.d	6
Ospedale	n.81	n.d	2
Ospedale	n.82	n.d	4
Ospedale	n.85	n.d	7
Ospedale	n.100	n.d	4
Ospedale	n.106	n.d	2
Ospedale	n.131	n.d	2
Ospedale	n.225	n.d	4
Ospedale	n.242	n.d	3
Ospedale Americano	n.324	n.d	3
Ospedale	n.126	n.d	6
Ospedale	n.133	n.d	5
Ospedale	n.139	n.d	6
Ospedale di Tappa	n.d	Villa Bartolomeo	2
Osp.di Croce Rossa	n.9	n.d	2
Osp.di Croce Rossa	n.21	n.d	3

Osp.di Croce Rossa	n.28	n.d	3
Ospedale	n.89	n.d	2
Ospedale	n.7	n.d	6
Ospedale	n.39	n.d	2
Ospedale	n.149	n.d	4
Ospedale	n.227	n.d	3
Ospedale	n.110	n.d	4
Ospedale	n.111	n.d	2
Ospedale	n.128	n.d	2
Ospedale Mobile	n.d	Milano	7
Ospedale	n.15	n.d	3
Ospedale	n.61	n.d	2
Ospedale	n.62	n.d	1
Ospedale	n.98	n.d	4
Ospedale	n.112	n.d	2
Ospedale di Tappa	n.d	Salò	1
Ospedale	n.d	Manebrio	13
Osp. di Croce Rossa	n.7	n.d	2
Osp. di Croce Rossa	n.8	n.d	3
Osp. di Croce Rossa	n.14	n.d	3
Osp. di Croce Rossa	n.48	n.d	2
Osp. di Croce Rossa	n.64	n.d	3
Ospedale	n.22	n.d	5
Ospedale	n.214	n.d	4
Osp. di Croce Rossa	n.71	n.d	3
Ospedale	n.d	San Pietro di Legnano	2
Ospedale Militare	n.d	Bologna	3
Ospedale	n.d	Bologna	3
Ospedale	n.d	Bologna	5
Ospedale	n.d	Firenze	3
Ospedale	n.16	Firenze	2
Ospedale	n.d	Fiesole	2
Osp. di Croce Rossa	n.d	Parma	2
Hotel Europa	n.d	Venezia	2
Hotel Britannia	n.d	Venezia	6
Hotel Baurer	n.d	Venezia	6
Istituto Climatico	n.d	Fara in Sabina	2
Istituto per mutilati	n.d	Pescia	3
Stazione Antimalarica	n.d	Fiumicino	1
Istituto Climatico	n.d	Cuasso al Monte	5
Colonia Estiva	n.d	Ariccia	1
Colonia Profilattica	n.d	Catania	1
Ospedale	n.151	Salonnico (zona di guerra)	8
Ospedale	n.d	Grenoble (Francia)	7
Ospedale	n.d	Oullins (Francia)	3

<i>Dislocazione Infermiere Volontarie di Croce Rossa a febbraio 1919</i>			
Ospedale	n.99	Gossesano	2
Ospedale	n.152	Insbruk	2
Posto di soccorso	n.d	Insbruk	2
Ospedale	n.213	Trento	6
Ospedale	n.300	Trento	2
Ospedale	n.302	Trento	2
Ospedale	n.303	Bolzano	2
Ospedale	n.8	Bressanone	2
Ospedale	n.5	Vicenza	1
Ospedale	n.15	Riva di Trento	2
Ospedale	n.29	Peri	3
Ospedale	n.62	Vestone	1
Ospedale	n.63	Trento	5
Ospedale	n.89	Rovereto	2
Ospedale	n.98	Fassano sul Garda	3
Ospedale	n.102	Schio	5
Ospedale	n.109	Trento	3
Centro Profughi	n.d	Rovereto	3
Ospedale	n.79	Gorizia	4
Ospedale	n.118	Icici	2
Ospedale	n.119	Mirano	4
Ospedale	n.135	Cividale del Friuli	2
Ospedale	n.140	Cividale	4
Ospedale	n.148	S.Pietro del Natisone	1
Ospedale	n.156	Caporetto	2
Ospedale	n.204	Rovigo	1
Ospedale	n.223	Pordenone	5
Ospedale	n.240	Carpenedo	7
Ospedale	n.1	Aquileja	3
Ospedale	n.3	Parenzo	3
Ospedale	n.9	Cervignano	3
Ospedale	n.12	Oderzo	4
Ospedale	n.54	Pinguente	2
Ospedale	n.57	Monfalcone	3
Ospedale	n.57	Begliano	3
Ospedale	n.95	Portogruaro	4
Ospedale	n.127	Portorose	2
Ospedale	n.148	Pisino	2
Ospedale	n.d	Cormons	3
Ospedale Militare	n.d	Padova	2
Ospedale	n.d	Pola	12
Ospedale	n.130	Trieste	6
Ospedale	n.199	Trieste	4
Ospedale	n.334	Trieste	4

Ospedale di tappa	n.d	Trieste	6
Ospedale	n.60	Romano Alto	2
Ospedale	n.72	Trigesimo	2
Ospedale	n.100	Villa Venezze	3
Ospedale	n.129	Castelfranco	2
Ospedale	n.13	Villafranca	2
Ospedale	n.25	Castelfranco	2
Ospedale	n.41	Sassano	3
Ospedale	n.82	S.Martino di Lupari	2
Ospedale	n.85	Feltre	5
Ospedale di tappa	n.d	Villa Bartolomea	2

Si evince che nel 1917 le infermiere volontarie operative non fossero meno di 584, nel 1918 non meno di 364 e di 189 nel 1919.

Un tratto caratteristico dell'esperienza bellica femminile: gli stupri di guerra. Le violenze sessuali sulle donne italiane, dallo stupro alla prostituzione forzata da parte dei tedeschi.

Un capitolo sul ruolo delle donne durante la guerra e in generale su quella che fu la loro esperienza non può non affrontare l'argomento degli abusi sessuali da loro sofferti durante l'invasione tedesca dopo Caporetto. Prima di delineare quella che fu l'atroce esperienza di alcune, troppe, donne italiane, può essere utile esporre qualche riflessione sull'argomento.

Il primo elemento da tenere in considerazione è che nel Novecento la società è rigidamente improntata sui ruoli di genere, sul patriarcato e l'impostazione familiare tradizionale è dettata dal cristianesimo, dove il matrimonio è il perno sul quale entrambi i sessi regolano la loro vita sessuale e sentimentale, in particolar modo in un paese come l'Italia da sempre fortemente legato alla Chiesa cattolica e al familismo. Questa premessa per introdurre due elementi: il primo che, ai tempi, in una società dove non c'era assolutamente parità dei sessi, le donne subivano discriminazioni di genere sia sul lavoro che nella loro quotidianità, venendo considerate meno forti e in gamba degli uomini e relegate ad un ruolo di accudimento della prole e cura della casa. Il secondo elemento deriva dalla sopraenunciata rigida impostazione ad ispirazione cristiana della società, che fissa una netta linea di discriminazione tra donne sposate e nubili e donne che hanno avuto

figli al di fuori del matrimonio; questi due elementi, che apparentemente possono sembrare superflui, come vedremo, incideranno moltissimo riguardo alla dinamica degli stupri.

Bisogna ora interrogarsi sul perché nelle guerre si presenta spesso il fenomeno dello stupro. La risposta potrebbe risiedere nelle dinamiche sociali e culturali della società. In una società a forte impostazione patriarcale, dove la donna è relegata a curatrice del focolare domestico, nello sfondo è implicita l'idea di una donna "disponibile e sottoposta" al genere maschile, incarnato nel *pater familias*. Questa impostazione dei ruoli ha sicuramente influenza sulla forma mentis, con ovvie ripercussioni sulla consapevolezza riguardo a consenso e rifiuto e in generale sul senso dei limiti, dove il senso dell'abuso non è delimitato tanto dai confini fissati dalla donna, ma da quelli fissati dall'uomo. La non parità dei sessi ha anche dirette ripercussioni pratiche: in caso di guerra alle donne usualmente non viene dato un ruolo di combattimento, e non accedendo così ad addestramenti rimangono totalmente indifese in caso di necessità, non essendo magari formate su elementi di autodifesa o impiego di armi. Per esempio il milione di donne combattenti mobilitate dall'Unione sovietica durante la Seconda guerra mondiale aveva sicuramente ben altre possibilità di affrontare e difendersi dal soldato nazista. Un secondo elemento è la volontà di punire il nemico. Il corpo della donna viene oggettificato e come un oggetto deve essere "disponibile" prima al momento del desiderio, poi successivamente come "strumento" di guerra; infatti molte volte ciò che porta all'abuso, oltre alla soddisfazione della voglia sessuale, è quella di portare ferite psicologiche verso il nemico. È per questo che in molti casi di stupri di guerra, fidanzati, mariti e familiari sono obbligati ad assistere alle scene di abuso, a volte addirittura di svolgere azioni, ne è esempio il caso di uno stupro da parte dei tedeschi dove si obbliga il marito di tenere una candela accesa e illuminare la cucina ai soldati. Ma il corpo della donna, visto come "strumento", non si fermava nel provocare ferite psicologiche, ma era finalizzato anche a creare un danno "sociale" poiché durante il Novecento erano attive teorie riguardanti la purezza della razza dei popoli: lo stupro significava germanizzare il tessuto sociale, cosa che sarebbe stata vista come un "inquinamento" dall'altra parte.

Infine, non bisogna neanche trascurare l'impatto psicologico della guerra: dopo mesi e anni di combattimenti, la visione del sangue e l'aver compiuto atti contro natura deve aver sicuramente traumatizzato e imbestialito gli uomini, facendo venir meno limiti etici;

a questo si devono aggiungere i traumi psicologici prodotti dalla guerra, le patologie mentali e altre eventuali predisposizioni caratteriali preesistenti.

Per quanto riguarda la Prima guerra mondiale, il fenomeno degli stupri di guerra in Italia si presenta a partire dal 1917, nel momento in cui l'esercito tedesco, dopo la battaglia di Caporetto, varca i confini nazionali, invade parte del territorio italiano e costringe alla fuga i civili delle provincie di Udine, Treviso, Belluno, Venezia e Vicenza, quasi 1.000.000 di profughi in prevalenza donne e bambini⁵⁴¹. Le prime vittime di abusi sessuali furono appunto le donne in fuga da questi territori. Si verificarono anche episodi in cui le profughe venivano stuprate in gruppo, ne è l'esempio lo stupro di massa verificatosi a Oderzo, dove 180 donne furono violentate, spesso da più soldati in gruppo, dopo che in fuga da Ormelle avevano cercato riparo dentro le chiese della zona⁵⁴².

Per quanto riguarda il profilo delle vittime, gli stupri interessarono sia donne adulte che anziane, e in alcuni casi vennero abusate anche minorenni e addirittura delle bambine. Le violenze sessuali avvenivano generalmente presso abitazioni private e per lo più in campagna, per evitare l'intervento e la resistenza delle folle tipiche delle zone ad alta densità urbana. La modalità spesso utilizzata dai soldati era quella di minacciare la vittima con un coltello in modo da annullare eventuali tentativi di resistenza; tuttavia non rari furono i casi di uccisione di donne anche a stupro avvenuto, segno di una crudeltà totalmente gratuita ed ingiustificata testimoniata dai numerosi atti di sfregio, sadismo e umiliazione a cui furono sottoposte le vittime⁵⁴³. Ma la violenza non si fermava alle donne; veniva infatti perpetuata su chiunque provasse a fermarla, per questo motivo appena effettuata l'irruzione presso l'abitazione la prima cosa che facevano i soldati era quella di uccidere o picchiare i mariti, i padri, o i fratelli qualora provassero ad intervenire; particolarmente cruento è il caso dell'uccisione con i calci dei fucili di un anziano padre infermo a letto che aveva protestato per quanto stava accadendo alla figlia nella stanza affianco⁵⁴⁴.

Ma quale fu in cifre l'entità del fenomeno? Le cifre ufficiali parlano di 165 stupri denunciati, 570 casi accertati, e 53 donne uccise e queste violenze si concentrarono soprattutto lungo le provincie di Udine, Belluno, Treviso, Venezia e Vicenza⁵⁴⁵. Questi

⁵⁴¹ Bortoloni, *La Grande Guerra delle italiane*, cit., p. 235.

⁵⁴² *Ivi*, p. 236.

⁵⁴³ Gibelli, *La Grande Guerra degli italiani 1915-1918*, cit., p. 295.

⁵⁴⁴ *Ivi*, p. 294.

⁵⁴⁵ Bortoloni, *La Grande Guerra delle italiane*, cit., p. 236.

numeri possono sembrare bassi, ma per comprenderli bisogna ricollegarsi alle conseguenze psicologiche patite dalle donne dell'epoca. Lo stupro in sé rappresenta un trauma psicologico devastante, e in più all'epoca, vista anche la morale cattolica e il forte giudizio etico sulla sessualità, appariva oltretutto anche come un qualcosa di irrimediabile. Molte donne dopo le violenze si suicidarono non arrivando mai a denunciare, altre invece spesso preferirono il silenzio in quanto l'abuso veniva vissuto con estrema vergogna verso l'esterno, poiché all'epoca, denunciare, soprattutto in campagna, significava informare tutto il paese con ovvio imbarazzo e marchio per il resto della vita⁵⁴⁶. Infatti bisogna considerare che la popolazione era spesso analfabeta e dedita ad una vita semplice e si può desumere, quindi, che le povere vittime probabilmente non avessero nemmeno gli strumenti per esternare ed elaborare un trauma di tale portata e che non potessero nemmeno contare su alcuna rete di supporto sanitario e psicologico adeguati.

Non si deve pensare che il fenomeno della violenza sessuale sulle donne da parte dei tedeschi si esaurisse nello stupro. Infatti, nei territori occupati gli abusi sessuali si manifestarono anche attraverso quella che potrebbe essere definita come una "prostituzione indotta": data la scarsità di cibo e beni di prima necessità, pur di procurarsi il minimo indispensabile per sopravvivere molte donne iniziarono a prostituirsi. Personalmente ritengo che il fenomeno sia da considerare come un modo da parte dei tedeschi di mascherare gli stupri, facendosi passare come dei semplici clienti di prostitute piuttosto che da stupratori, con tutte le ripercussioni etiche del caso. Questa considerazione nasce dal fatto che alle donne non veniva lasciato scampo: da un lato i tedeschi affamavano la popolazione, dall'altro, nel caso la donna non si offrisse in cambio di denaro, sarebbe stata comunque violentata o quantomeno ferita⁵⁴⁷.

Quale fu la reazione istituzionale di fronte a tali eventi? Le fonti storiche portano alla luce quella che fu la reazione tipica, che testimonia anche la mentalità dei tempi. Il primo elemento viene dal contenuto dei verbali delle denunce: spesso le autorità, ascoltata la vittima, nello stilare la denuncia, dichiaravano che quest'ultima al momento della violenza era incosciente o svenuta; e questo non deve far pensare ad un tentativo di diminuire la gravità dell'evento ma al contrario un principio di empatia; i racconti erano talmente cruenti che si preferiva riportare lo svenimento della donna al fine di tutelarne

⁵⁴⁶ Gibelli, *La grande guerra degli italiani*, cit., p. 297.

⁵⁴⁷ *Ibidem*.

l'onore e la dignità⁵⁴⁸. Inoltre, creando meno imbarazzo alla vittima, in qualche modo si cercava di non rendere così doloroso l'atto di riportare alla memoria quei momenti, spingendo così anche altre donne a denunciare la violenza sessuale. Tuttavia, non bisogna dimenticare che la vittima, qualora avesse voluto denunciare, avrebbe comunque dovuto confrontarsi su elementi profondamente dolorosi ed intimi, con del personale maschile. Infine, un altro elemento è rivelatore della mentalità dell'epoca ossia il fatto che gli stupri spesso venivano considerati come violenze meno gravi nel caso fossero commessi su donne già sposate, in quanto molto più grave era considerata la violenza su una donna vergine⁵⁴⁹.

Purtroppo, le donne abusate e il loro corpo diventarono anche uno strumento di propaganda di guerra, dato che le istituzioni e i comandi militari diffusero racconti e storie di stupri per aizzare gli uomini al combattimento e al respingimento del nemico, rappresentandolo ora con tratti disumani e bestiali.

Ma la propaganda di guerra usa il corpo delle donne anche per uno scopo più interno, tant'è che il corpo violato della donna diventa ora simbolo del tentativo di germanizzare la razza italiana da parte del nemico⁵⁵⁰. Il corpo femminile, quindi, da un lato come strumento di guerra, dall'altro come estensione del concetto di patria; sembra in un certo senso che la condanna dello stupro sia connessa a tutelare interessi di altre parti e persone, mai semplicemente a protezione e condanna del solo corpo della donna.

Infine, quali furono le conseguenze sociali? In Italia come in altri paesi dove le donne furono vittime di stupri si verificarono numerosi episodi di maternità indesiderate, con un susseguirsi di abbandoni ed infanticidi. Furono questi eventi che accesero forse per la prima volta in Italia un serio dibattito sul diritto delle donne all'aborto. Le posizioni favorevoli però non delineavano questo come un diritto della donna, bensì come una forma di autodifesa da parte della nazione in quanto la maggior parte delle teorie a favore di tale diritto erano basate sul principio biologico della razza e a fini eugenetici, diffondendo l'idea che i figli concepiti da stupri tedeschi sarebbero nati deficienti o con una forte predisposizione al crimine, riconducendo così le violenze tedesche ad un tentativo di danneggiare il tessuto sociale del paese⁵⁵¹. In ogni caso, forte fu il dibattito

⁵⁴⁸ *Ivi*, p. 296.

⁵⁴⁹ *Ivi*, p. 298.

⁵⁵⁰ *Ivi*, p. 301.

⁵⁵¹ *Ivi*, p. 302.

tra coloro che erano su posizioni pro aborto e quelli contrari; anche nel caso dell'aborto la mentalità dell'epoca sembra prevedere tale facoltà non come diritto individuabile a tutela della libertà femminile, ma come tutela di interessi superiori. Per dare idea dell'entità del dramma dei "figli della guerra" (così venivano definiti i figli dati dagli stupri), nella sola Portogruaro quelli accolti nei vari ospizi furono ben 355 tra il 1918 e il 1922⁵⁵².

Purtroppo, il fenomeno dello stupro è stato ricorrente in tutte le guerre del XXI secolo. E lo è tutt'oggi: trattare di questo argomento è tanto fondamentale quanto doveroso anche in virtù del conflitto odierno iniziato a febbraio 2022 con l'attacco all'Ucraina da parte della Federazione Russa. Le prove e le testimonianze che stanno raccogliendo organizzazioni umanitarie come Amnesty International e Human Right Watch confermano che lo stupro è un fenomeno ricorrente e tipico delle guerre, delineando quindi un tratto caratteristico dell'esperienza femminile durante le occupazioni nemiche⁵⁵³.

⁵⁵² Stefania Bortoloni, *La Grande Guerra delle italiane*, cit., p.244.

⁵⁵³ <https://www.hrw.org/the-day-in-human-rights/2022/04/12> e <https://www.ilpost.it/2022/04/10/ucraina-stupri-esercito-russo/>

CONCLUSIONE

Dopo la lettura può essere stata percepita una certa tendenza a sottolineare ed amplificare solo gli aspetti positivi della storia dell'azione dell'associazione, lasciando anche venir fuori un certo orgoglio d'appartenenza e attaccamento alla divisa di Croce Rossa che io stesso porto. Al fine di restituire un quadro il più possibile equilibrato degli eventi in questa conclusione verranno sottolineati anche gli aspetti negativi e le criticità dell'associazione.

Il primo elemento dal quale partirei è proprio la figura di Henry Dunant. Come si è potuto approfondire, la sua azione non si è limitata ad essere umanitaria ma è stata anche una forte ed efficace azione di influenza politica. Il fondatore aveva intuito che, senza una strategia diretta alla sensibilizzazione della politica e del mondo diplomatico, l'idea di portare soccorso a chiunque ne avesse bisogno, sarebbe rimasta un semplice intento morale. La storia di Croce Rossa è quindi una storia d'azione dove valori e principi per trovare applicazione richiedono l'adozione di una strategia. Non si è trattato quindi (e non si tratta ancor oggi) di semplice moralismo bensì di cittadinanza attiva, infatti probabilmente è stato il primo grande esempio di collaborazione tra terzo settore e governance, e primo esempio di sovranazionalismo in tale campo. La prima conclusione, quindi, è che il terzo settore per il perseguimento dei propri fini e per il suo sviluppo deve prevedere ed intraprendere un'azione di sensibilizzazione e di influenza verso le governance, tanto più gli obiettivi sono sensibili e importanti, più questa azione deve essere portata avanti con costanza ed efficacia.

Una collaborazione tra CRI e governance che ha portato, nel medio breve periodo, la prima ad essere alla fine inglobata dalla seconda; è qui che inizia e si sviluppa la nota più dolente e forse critica dell'associazione, ossia il suo assoggettarsi totalmente al potere statale, quasi a diventarne un'articolazione in campo sociale umanitario. Un'evoluzione che ha seriamente gettato interrogativi sulla posizione di CRI riguardo il rispetto di uno dei 7 principi fondamentali del movimento ossia quello dell'indipendenza (una zona d'ombra dalla quale sta uscendo dopo l'avvio del processo di privatizzazione). Ovviamente la Croce Rossa Italiana ha avuto anche molti benefici dall'essere pubblica, e lo Stato ha ovviamente ricevuto molto indietro in quanto l'associazione con i suoi

volontari ha sicuramente riempito un vuoto in termini di servizi statali ed assistenza alla popolazione, soprattutto in campo assistenziale e sanitario. La CRI offre quindi un interessante esempio da un lato, di internazionalizzazione di una idea e, dall'altro, di sviluppo locale con completo assorbimento da parte del settore statale; offre quindi, un esempio sulla possibile evoluzione che un'associazione può essere chiamata ad affrontare nel suo ciclo di vita, soprattutto in relazione alla mission e alle risorse necessarie.

Possiamo ipotizzare che l'evoluzione che ha avuto la CRI (e la sua conseguente statalizzazione) sarebbe stata la stessa se l'associazione avesse avuto una mission meno complessa ed imponente? La mission primaria ed originaria dell'associazione, ossia di portare soccorso ai feriti in battaglia, richiede per la sua stessa natura un'ingente quantità di risorse (che siano umane, materiali o finanziarie) per il suo perseguimento. Un'idea quindi nobile ma che era da sviluppare in un contesto sociale ed istituzionale non ancora caratterizzato da sovranazionalismo e un avanzato terzo settore; l'idea, per essere portata avanti e sviluppata, a mio parere richiedeva un inevitabile "allacciamento" alla compagine pubblica. Inoltre, la natura e la dimensione delle sfide derivanti dal conflitto mondiale richiedevano ed obbligavano un'unione tra Croce Rossa ed istituzioni anche per il solo coordinamento nel soccorso insieme alla sanità militare.

Bisogna anche sottolineare che per il suo ruolo di custode del DIU e della sua attività svolta a tutela di civili e prigionieri di guerra, un contatto tra Croce Rossa e Stato è di per sé inevitabile, ma soprattutto è presente fin dalle sue origini; infatti la nascita del diritto internazionale umanitario è conseguenza proprio di una azione di influenza delle governance globali.

La mia analisi, dunque, riguardo la statalizzazione è la seguente: i semi di tutti gli sviluppi futuri di un'associazione riguardo ad organizzazione e struttura sono in origine contenuti nella sua mission e vision.

La prima obiezione che potrebbe essere fatta è che l'eventuale statalizzazione, più che una conseguenza inevitabile legata agli eventi e all'assolvimento della mission associativa, è una lucida strategia per ottenere benefici e fondi; in più molti potrebbero far notare che molte associazioni non profit si finanziano attraverso donazioni private, garantendo così la propria indipendenza dai poteri pubblici, elemento visto come segno di qualità ed efficienza.

Riguardo a questa legittima obiezione espongo una mia riflessione. Nel caso di CRI bisogna prima di tutto prendere in analisi il periodo storico: all'epoca le grandi ricchezze erano in mano ad industriali o a famiglie aristocratiche, che spesso erano molto vicine o legate al potere pubblico (o coincidevano), si veda per esempio al riguardo le famiglie reali; perciò trovare grandi donatori privati spesso significava avvicinarsi alla politica e al potere.

Spesso la vicinanza al potere pubblico è stata criticata e soprattutto dal mondo anglosassone è stata portata avanti quasi una idealizzazione del non profit che si finanzia con fondi privati. Sono del parere che la questione tra finanziamento privato o pubblico sia invece molto più complessa di come potrebbe presentarsi in un primo momento.

Il perno della questione verte piuttosto sulla qualità della democrazia di uno Stato. Siamo sicuri che legarsi in maniera stretta a grandi donatori privati possa dirsi oggi giorno indiscutibilmente una buona pratica? La vicinanza di un'associazione alla compagine statale è sempre indice di scarsa indipendenza e cattiva pratica?

L'argomentazione che propongo è la seguente: in presenza di uno Stato di diritto e democratico, l'avvicinamento al pubblico non dovrebbe essere visto automaticamente come criticità. Per quanto riguarda il finanziamento privato, oggigiorno è sicuramente fondamentale per il terzo settore avere una efficiente politica e collaborazione con stakeholders locali, ma anche il legarsi a grandi finanziatori privati non è avulso da potenziali criticità e pericoli per l'indipendenza e l'operato di un ente non profit; la questione in principio rimane però a mio parere neutra, il reperimento di grandi finanziamenti, che siano pubblici o privati, possono per loro stessa natura comporre un impatto in termini di indipendenza.

Prima di tutto per un'associazione verificare la provenienza del denaro da parte di grandi finanziatori privati è impossibile. Siamo quindi sicuri che reperire questi fondi sia sempre garanzia di indipendenza?

Ritengo che in un sistema capitalistico ove la ricchezza è nelle mani di pochi, i quali spesso si rendono protagonisti di attività di lobbying e influenza verso parlamenti e Stati, anche il finanziamento privato possa presentare criticità, in alcuni casi anche molto sensibili.

Per i motivi di cui sopra ritengo che se il mondo del non profit vuole mantenere la sua indipendenza deve in primis fare un'azione di "controllo" sulla qualità della democrazia

e sul grado di permeabilità dei pubblici poteri nei confronti di “influenze” esterne, altrimenti che sia pubblico o privato il finanziamento rischia di portare con sé le stesse criticità in termini di indipendenza col rischio che chi paga “comanda” o quanto meno “influenza”.

Propongo un esempio: una piccola associazione operante nel campo umanitario che si occupa di sensibilizzare sulle vittime minorenni delle mine antiuomo accetta una donazione privata da parte una ricca famiglia della zona.

Ecco una semplice domanda: l'associazione come può avere la certezza che il denaro donato provenga da un'eredità anziché dai dividendi azionari in società che producono ed esportano armi? Si porrebbe una questione etica sull'accettazione di tale denaro?

Un'altra domanda potrebbe essere: nel caso in cui tale famiglia avesse legami con tali aziende, potrebbe sorgere una limitazione riguardo l'operato di tale associazione? L'accettazione di tale denaro potrebbe porre limiti sulla libertà di condanna da parte della associazione di quelle aziende, fornitori e privati legati alla produzione e commercio di armi? Oppure, accettare grandi donazioni da aziende per combattere la fame nel mondo, rende successivamente all'associazione più difficile indagare e condannare eventuali violazioni dei diritti dei lavoratori? Se queste aziende o privati sono anche i principali azionisti di testate giornalistiche, quanta “voce” viene garantita alle associazioni?

Ovviamente le stesse domande potrebbero essere nel caso in cui l'associazione accettasse aiuti provenienti da uno stato non democratico e non rispettoso dei diritti umani.

Sintetizzando, in un sistema in cui le democrazie sono erose da attività di lobbying, i confini tra pubblico e privato possono essere relativi, per questo parto dall'idea che la questione se finanziarsi con fondi pubblici o privati sia almeno in partenza abbastanza neutrale, e che piuttosto sia la qualità della democrazia, il rispetto dei valori e il senso dell'etica in una società, a fare la differenza uniti al controllo dei finanziatori e della provenienza del denaro.

Il secondo punto di debolezza che potrebbe balzare all'occhio del lettore dopo il finanziamento pubblico è la militarizzazione dell'associazione.

Anche questo punto richiede una disamina più approfondita. Prima di tutto bisogna sottolineare che una completa militarizzazione non fu mai una qualità né prevista né tanto meno auspicata dal fondatore o dalle successive dirigenze; fu piuttosto una tappa imposta dalla guerra, in quanto prima di tale evento il corpo militare era in ogni caso previsto a

fini di soccorso ai militari feriti in battaglia. La guerra, diventando mondiale e di posizione, ha di conseguenza richiesto un altissimo numero di soccorritori e soccorritrici alla Croce Rossa, uomini e donne che dovevano così interfacciarsi con soldati, in un ambiente militare, e sul campo di battaglia: una completa militarizzazione era quindi inevitabile.

I suoi punti di debolezza sono però diventati anche i suoi principali punti di forza. La Croce Rossa poteva contare su un sufficiente patrimonio sia finanziario che materiale ma soprattutto sull'elemento umano: personale fortemente legato all'emblema, alla propria identità con alle spalle esperienze di soccorso sul campo, con capacità tecniche, relazionali, sociali e psicologiche e che aveva ricevuto anche un inquadramento militare, questo rappresentava per la Croce Rossa una ricchezza unica e senza eguali.

Questo rappresenta, oggi come allora, il vero patrimonio della Croce Rossa.

Per questo il movimento internazionale di Croce Rossa ha rappresentato un'esperienza sicuramente arricchente, un primo spazio di condivisione e di formazione per le persone, dove potevano apprendere nuove skill, creare relazioni, rinforzare l'identità di cittadini e popolo; fu per questo che la Croce Rossa fu anche volano, da un lato di senso civico e dall'altro di emancipazione femminile.

Il movimento fu anche iniziatore del non profit sovranazionale ed internazionale, forse primo esempio di collaborazione puntuale ed organizzata tra persone provenienti da tutte le latitudini, ma ancor prima è la stessa idea di Dunant ad esserlo (infatti è la stessa mission a contenere il seme di tutti gli sviluppi futuri).

La Croce Rossa, come ogni opera umana, non è avulsa da critiche, molti sono stati gli errori, ma è anche vero che le sfide che ha dovuto affrontare sono state imponenti ed articolate. Nonostante evoluzioni forse legittimamente criticabili come la militarizzazione e la statalizzazione e oltre agli errori sul campo, spero di aver trasmesso e di aver portato al lettore a riflettere su una cosa molto semplice: sul potere e la vita di un'idea. Di come questa, grazie all'opera di un uomo abbia viaggiato per tutte le latitudini e oltreoceano, fino a diventare la più grande organizzazione umanitaria al mondo con i suoi 80 milioni di volontari e 192 società nazionali. La storia di questa idea rappresenta un unicum anche per quanto riguarda il ruolo che ha avuto l'associazione per i suoi associati. Statalizzare una grande associazione significa anche avvicinare i suoi soci alle istituzioni, ed è per questo che la CRI è sempre stata ed è un laboratorio sociale. È stato il primo luogo in cui

le donne hanno potuto indossare una divisa, vedersi riconosciuto un ruolo ed essere parificate agli uomini, in questo, il corpo delle Infermiere Volontarie è sicuramente un elemento fondamentale della storia dell'emancipazione femminile in Italia; la CRI ha rappresentato quindi una palestra non solo di vita, ma anche di cittadinanza attiva. Se da un lato la statalizzazione ha avvicinato i soci alle istituzioni, dall'altro ha anche trasferito i vizi della politica dentro l'associazione. Non di rado è successo che le cariche di Croce Rossa fossero in qualche modo mediate dalla vicinanza del socio o della socia alle istituzioni; in questo senso per esempio molte responsabili delle sezioni femminili erano anche mogli di prefetti o politici; questi legami con le sfere politiche se da un lato hanno portato benefici, dall'altro hanno anche rallentato processi di democratizzazione ed uguaglianza tra i soci, portando spesso a conflitti ed attriti all'interno dei comitati locali. In definitiva la Croce Rossa è stata il riflesso della parte migliore della popolazione, e dei più alti valori umanitari, al contempo a volte, ne è stata però anche la testimone dei vizi e dei difetti.

La statalizzazione ha quindi dato un grande beneficio all'associazione ma come dice un proverbio giapponese, non c'è grande benedizione che non rappresenti allo stesso tempo una grande maledizione; infatti l'accesso a pubblici finanziamenti ha spesso fatto venire meno la trasparenza e l'oculata gestione all'interno dei comitati, oltretutto a non attuare una strategia basata sugli stakeholders, tutti problemi che hanno portato molti comitati locali in un posizione di criticità sotto il profilo della sostenibilità.

Ricapitolando, per il terzo settore è fondamentale portare avanti forme di sensibilizzazione verso la governance, allo stesso tempo attuare una diversificazione delle fonti di finanziamento, basata sia su fondi pubblici che privati, consente di preservare la propria indipendenza e la propria sostenibilità, e di evitare situazioni di grave vulnerabilità o dipendenza.

Oltre queste problematiche, la Croce Rossa è stata una protagonista fondamentale nell'assistenza e al soccorso pubblico; si è attivata praticamente in tutte le grandi emergenze nazionali, dalla lotta alle pandemie, al soccorso in caso di gravi calamità naturali come terremoti ed inondazioni, inoltre ha portato soccorso anche nei posti più remoti dove prima non c'era alcun tipo di assistenza, vedi i posti di soccorso nei luoghi di lavoro. Spesso è stata l'unica in grado di portare soccorso, a volte coprendo buchi nel servizio e nell'assistenza pubblica.

Nella conclusione non si può non affrontare anche una riflessione riguardo al ruolo della donna e di cosa questa abbia rappresentato per l'associazione. La mia riflessione è che la Croce Rossa sia stata probabilmente, grazie anche alle circostanze, la prima vera realtà dove le donne hanno potuto esercitare la propria autodeterminazione oltre gli stereotipi di genere. Autodeterminazione che è stata in primis soggettiva in quanto con la guerra e l'associazione le donne hanno colto l'opportunità di sfidare i tabù della società, che le voleva relegate al focolare domestico, incapaci di ruoli di responsabilità e di affrontare i pericoli, hanno così avuto modo di scegliere cosa fare seguendo le proprie aspirazioni e la propria individualità. Ma anche autodeterminazione collettiva in quanto le donne fin dagli inizi hanno rivendicato spazi e ruoli propri all'interno dell'associazione, maturati poi nel corso del tempo, nella II sezione, nella sezione femminile e poi anche attraverso il Corpo delle Infermiere Volontarie e così via. Le donne quindi dentro la CRI hanno fatto "squadra" ed avuto modo di confrontarsi su problemi e difficoltà in comune, ciò ha sicuramente contribuito alla propria identità di donne e alla consapevolezza sui propri bisogni e diritti. Le donne al suo interno hanno maturato un'identità che andava oltre la donna fragile e sottomessa, sviluppando competenze, autostima e molto altro che a guerra finita hanno poi potuto utilizzare per il reinserimento nella quotidianità.

E per quanto riguarda il presente?

Oggi il mondo sta lottando contro un'altra epidemia, quella di covid-19, e molte persone combattenti e non stanno vivendo il dramma della guerra a varie latitudini del pianeta: il conflitto in Ucraina è uno degli ultimi esempi, stiamo quindi vivendo emergenze di cui avevamo ormai perso memoria, cui ultimi testimoni erano stati i nostri nonni o bisnonni. A questi eventi "noti" se ne stanno aggiungendo altri, di nuova natura, con i quali l'uomo non si è mai confrontato, è il caso dei cambiamenti climatici con connessa emergenza climatica data dalla desertificazione, dalla siccità, dall'esaurimento delle risorse naturali dallo scioglimento dei ghiacciai con conseguente innalzamento del livello dei mari e molto altro. Sono eventi che a loro volta porteranno ad altre emergenze e sconvolgimenti come migrazioni di massa, crisi economiche, destabilizzazione politica e disordini sociali. Nonostante la tesi riguardi l'opera della Croce Rossa dagli inizi fino ai primi decenni del Novecento, è una tesi che non si è presentata solo come storica, ma per certi versi anche d'attualità. Il punto cardine è la vulnerabilità dell'essere umano, in tutte le sue dimensioni, e spesso attivata proprio dalle sue azioni. Fu proprio questo l'elemento intercettato da

Dunant: l'importanza di agire. Mai come oggi le parole di Dunant sono contemporanee ed attuali, ma soprattutto è urgente riportarle a memoria perché stiamo vivendo sfide epocali forse anche di portata maggiore rispetto a quelle vissute nel passato.

RINGRAZIAMENTI

Con sentita gratitudine e nella speranza di non dimenticare nessuno, desiro ringraziare in primo luogo la mia famiglia, che in questi anni mi ha dato tutto l'appoggio necessario per arrivare fin qua. Ho potuto approfondire ed arricchire il contenuto della tesi proprio grazie al vissuto in seno all'associazione ed è per questo che desidero ringraziare le persone che andrò a nominare; ad ognuna di loro va in pari misura la mia più profonda gratitudine. Altresì porgo un sentito ringraziamento a tutte le persone fuori e dentro Croce Rossa che hanno dato in qualsiasi forma il loro contributo e appoggio alla stesura di quest'opera.

Un sentito ringraziamento alla Croce Rossa Italiana – Comitato Regionale del Veneto nella figura del presidente Francesco Bosa, per avermi sempre dato ospitalità ed accoglienza a Jesolo durante le mie ricerche.

Un vivo e forte ringraziamento al Mag. Fabio Fabbriatore del Corpo Militare della Croce Rossa Italiana, il quale mi ha aperto le porte dell'archivio storico del corpo sito a Jesolo, dandomi così la possibilità di accedere a documenti originali risalenti alla Grande Guerra, ovviamente tale ringraziamento non può che estendersi agli altri colleghi dell'archivio, nello specifico al Ten. Michele Cardin e ai Militi Gianluca Dalboni e Tommaso Dossi.

Un sentito ringraziamento va anche al mio comitato d'appartenenza, il Comitato di Treviso della Croce Rossa Italiana; nello specifico ringrazio sentitamente il Commissario Simona Cardarelli, e la sorella Ispettrice Daniela Vendrame, dell'Ispettorato delle Infermiere Volontarie di Treviso, le quali mi hanno consentito di accedere all'interessante materiale storico del corpo.

Per ultimo, ma non per importanza, un vivo e forte ringraziamento alla Dott.ssa Giulia Simone per l'attento e sempre disponibile contributo nella corretta stesura della tesi.

ALLEGATI

Allegato n.1

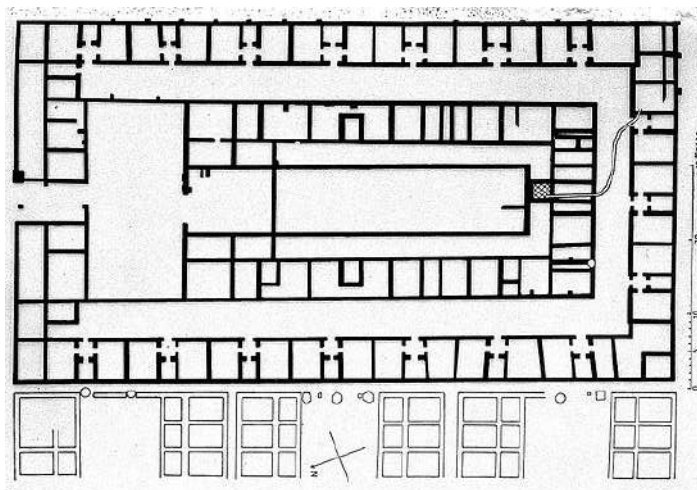
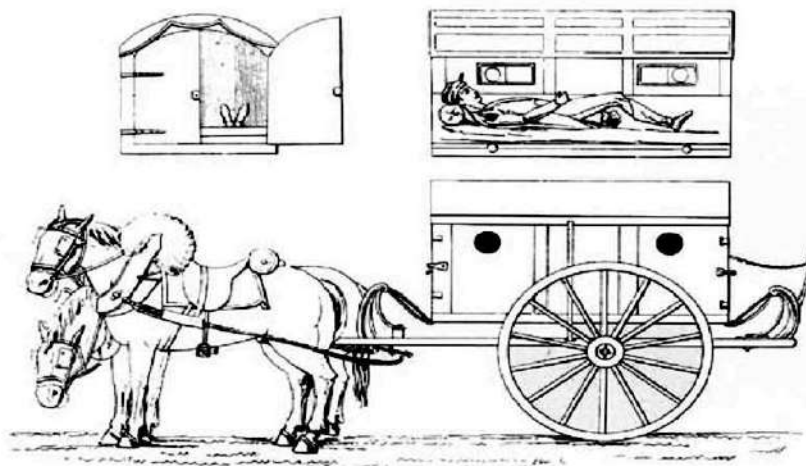


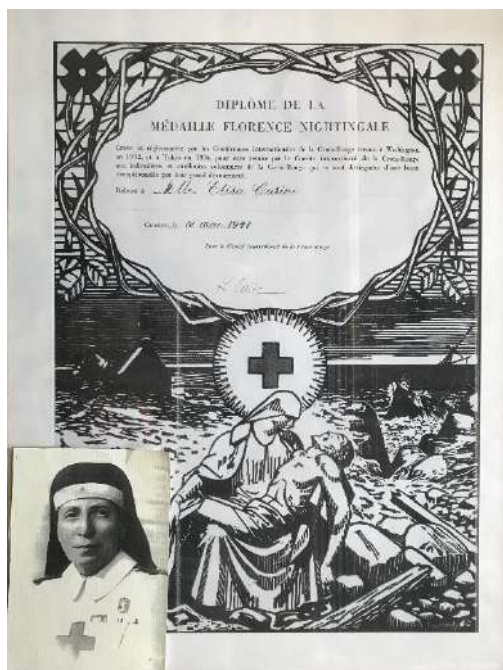
Foto tratta da [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Roman_Military_Hospital - Valetudinarium - late 1st c. A.D. Wellcome L0002116.jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Roman_Military_Hospital_-_Valetudinarium_-_late_1st_c._A.D._Wellcome_L0002116.jpg). Rappresentazione grafica della planimetria di un *valetudinarium* romano. In centro si può notare il cortile interno mentre ai lati due lunghi corridoi danno accesso alle numerose stanze di cura e degenza.

Allegato n.2



L'immagine tratta da <http://www.storiadellamedicina.net/le-progenitrici-del-118-le-ambulanze-volanti-di-larrey/> è una rappresentazione dell'ambulanza volante di Larrey; pur essendo un semplice cassone, si nota l'attenzione rivolta al paziente vista la predisposizione di un lettino, di coperte e di oblò circolari.

Allegato n.3



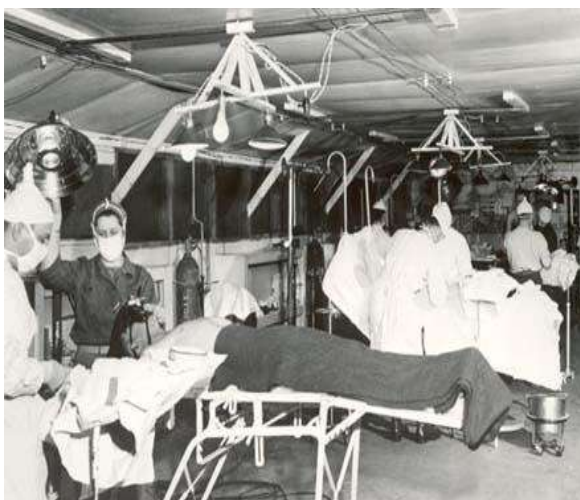
Materiale gentilmente messo a disposizione dall'Ispettorato del Corpo delle Infermiere Volontarie del Comitato di Treviso - Croce Rossa Italiana. Trattasi del documento di conferimento della Medaglia Nightngale all'Infermiera Volontaria Elisa Curini del Comitato di Treviso da parte della IFRC.

Allegato n.4



In questa foto tratta da <https://bulletin.facs.org/2019/05/john-m-howard-a-pioneer-in-vascular-trauma-and-pancreatic-surgery/> possiamo vedere la ripresa aerea di un MASH operante in Corea. In centro possiamo notare la struttura attenduta come ospedale da campo e in basso a sinistra le ambulanze pronte per il recupero e l'evacuazione dei feriti. Da notare che entrambi sono protetti dall'emblema di Croce Rossa.

Allegato n.5



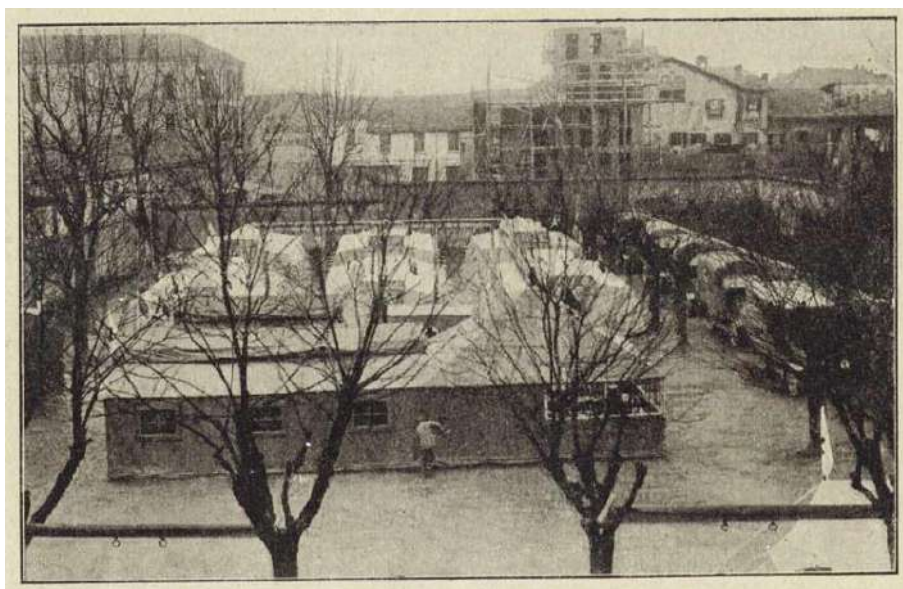
Nella foto a destra tratta da <https://www.ibiblio.org/hyperwar/OnlineLibrary/photos/events/Kowar/logsup/kor51mb.htm> possiamo vedere la fase di aero evacuazione di un ferito da un MASH in Corea con il tipico elicottero usato per quel tipo di operazioni in dotazione all'epoca ossia il BELL H-13 "Soiux", da notare la barella portافرiti innestata sul lato sinistro del velivolo. Nella foto a sinistra tratta da http://the45thsurg.freesevers.com/8076th_MASH.html gli interni di un MASH.

Allegato n.6

TRASPORTABILE	
Regg. ^{to} _____	C.d'Arm. ^{to} ; Divisione; Regg. ^{to} ; N. di Matr. ^{to} _____
Num. di Matricola _____	Grado _____ Cognome _____
Grado _____	Nome _____
Cognome _____	Ferita — Lesione — Malattia _____ (natura, sede, complicazioni)
Nome _____	Operazione _____
A _____	Medicatura: provvisoria — definitiva.
ore _____	Deve essere trasportato: su barella — su carro.
del _____	Può viaggiare: in ferrovia — per acqua.
19 _____	A _____ ore del _____ 19 _____
	Il _____
	NON TRASPORTABILE

Tabellina diagnostica che veniva usata nei posti di medicazione in fase di triage del paziente. Si può notare come fossero indicate tutte le informazioni utili ossia se il ferito fosse trasportabile o no, il tipo di medicazioni fatte, dove e come potesse viaggiare, più ovviamente i dati anagrafici. Foto tratta da <https://www.sanitagrandeguerra.it/index.php/sanita-in-guerra/servizio-sanitario-militare/posto-di-medicazione-o-di-soccorso>.

Allegato n.7



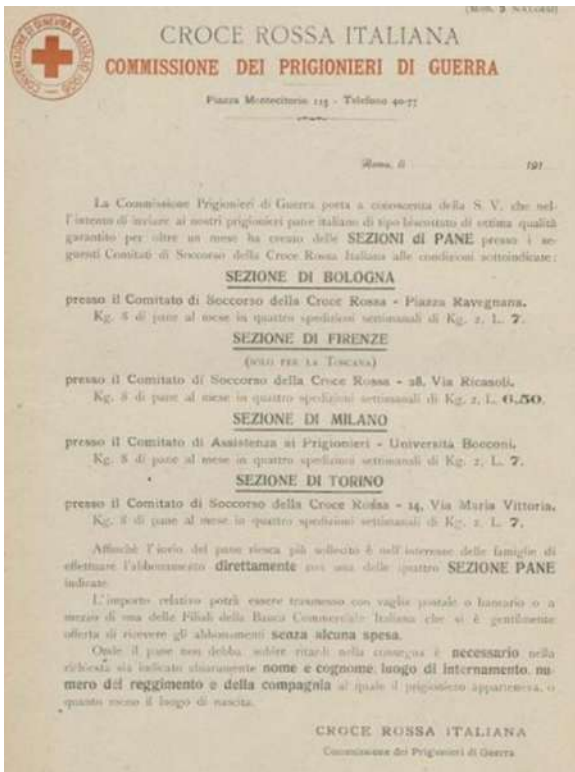
In questa foto possiamo vedere l'Ospedale Chirurgico Mobile "Città di Milano" e come fosse composto da due parti: una sezione attendata e una struttura in legno con sala operatoria. A destra si possono notare le ambulanze di soccorso e gli autocarri con i quali l'Ospedale Chirurgico Mobile veniva trasportato. Foto tratta da <https://sanitadellagrandeguerra.it>.

Allegato n.8



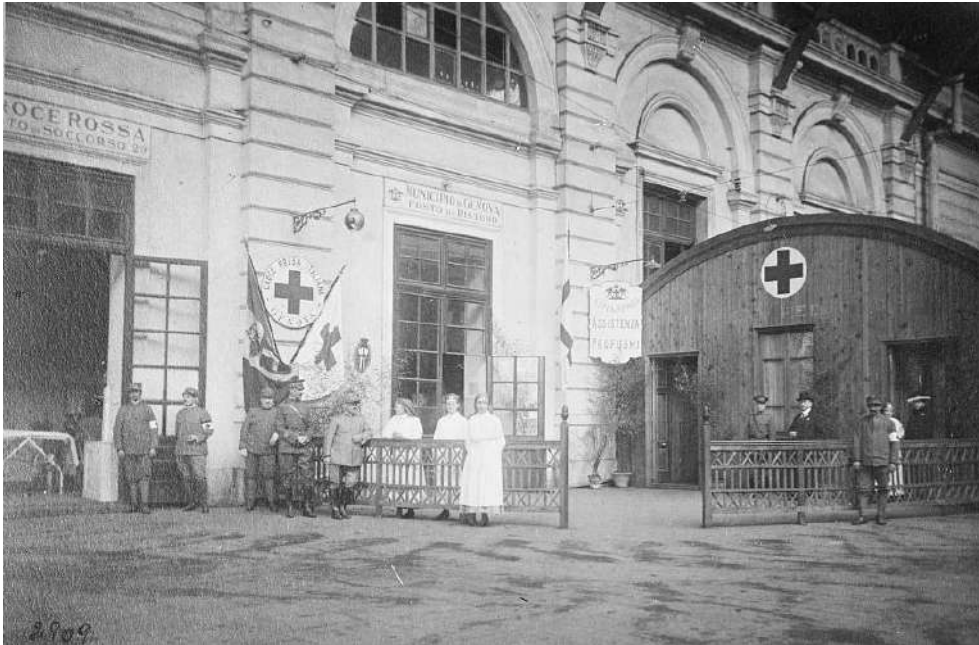
Nella foto a sinistra, su gentile concessione dell'Ispettorato del Corpo delle Infermiere Volontarie del Comitato di Treviso, sono raffigurate tre dame visitatrici; nella foto a sinistra tratta da <https://www.raicultura.it>, Padre Mariano Cristina, francescano cappuccino; notare il bracciale di Croce Rossa sul braccio sinistro del frate.

Allegato n.9



Nella foto in alto a sinistra, la cartolina con la quale le famiglie potevano inviare pane al proprio caro prigioniero in Austria, tramite il servizio fornito dalla Croce Rossa Italiana. In alto a destra, troviamo la cartolina con cui le famiglie chiedevano alla CRI informazioni riguardo i propri cari dispersi o fatti prigionieri. In basso a sinistra il documento con il quale la Commissione dei prigionieri di guerra della Croce Rossa istituisce varie sezioni di pane lungo il paese. Tutte le foto tratta da <https://combattentiereduci.it>. A destra il modulo della Croce Rossa con cui i prigionieri potevano far avere notizie ai loro cari, nel caso specifico si tratta di quello in uso nel 1944 ma è utile per farsi un'idea della corrispondenza tra società nazionale ed ente centrale. Per quest'ultimo documento si ringrazia l'archivio storico presso il Comitato Regionale del Veneto – Croce Rossa Italiana.

Allegato n.10



Posto di soccorso ferroviario n.29 della Croce Rossa Italiana operante a Genova nel 1918. Il n.30 era invece operante nella stazione della città di Padova. Foto tratta da <https://sanitàgrandeguerra.it>.

Allegato n.11



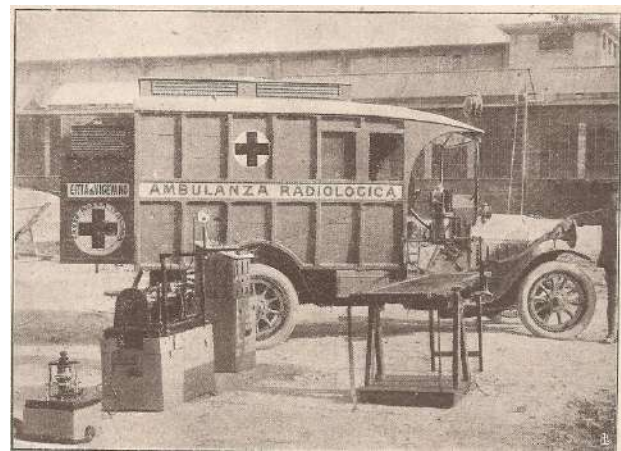
A sinistra un “carro ambulanza” mentre a destra un carro ippotrainato per il trasporto dei feriti. Da notare la profonda differenza in termini di privacy per i pazienti. Foto tratte da <https://carrozzecavalli.net> e <https://francescorocca.eu>.

Allegato n.12



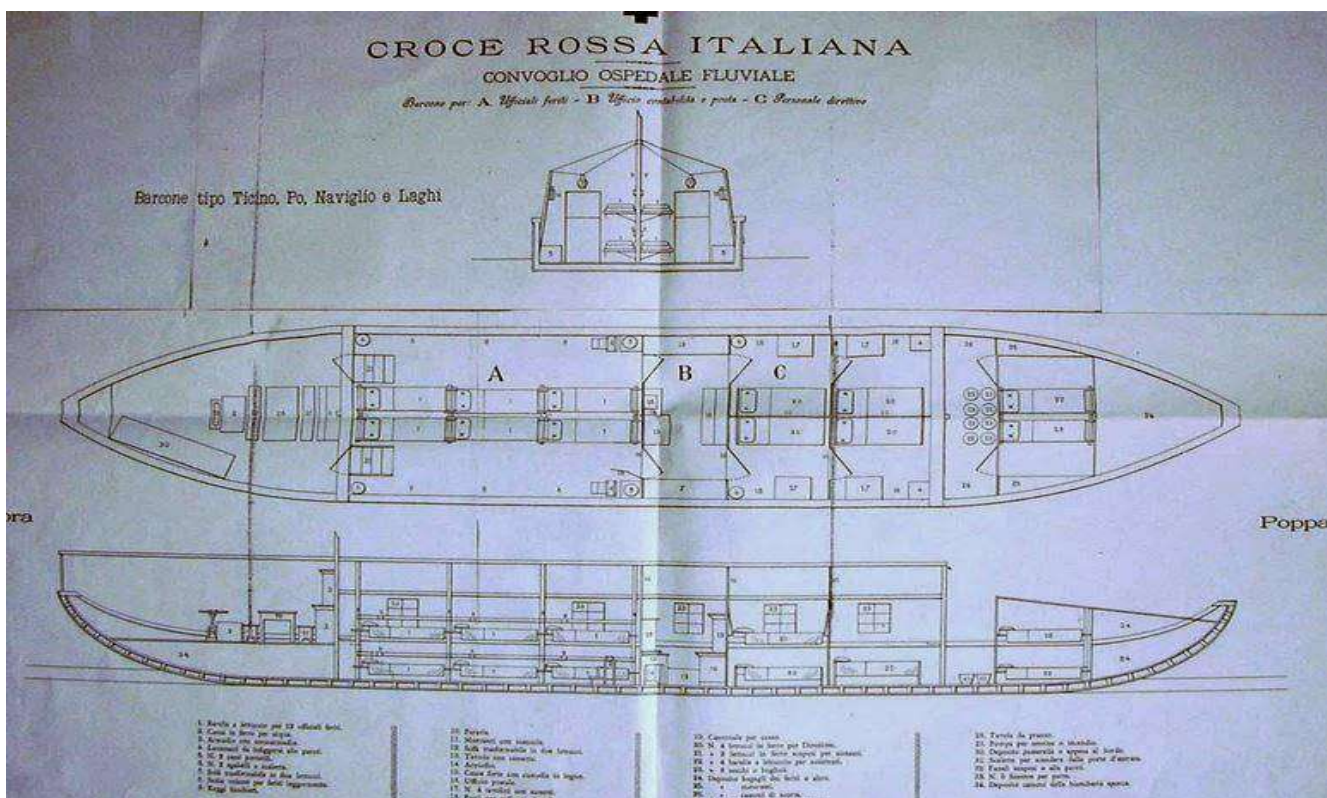
Due esempi di lettighe di tipo traino a mano. A sinistra nello specifico il modello in dotazione alla Croce Verde mentre a destra un modello in dotazione alla Croce Rossa. Negli anni vennero costruiti vari modelli e tipologie ma fondamentalmente i caratteri essenziali del mezzo rimanevano gli stessi. Foto a destra tratta da <https://crimodena.it>, quella a sinistra invece da <http://padovaoggi.it>.

Allegato n.13



A sinistra una ambulanza Fiat 15 Ter della Croce Rossa Italiana e a destra una delle sei ambulanze radiologiche CRI su fiat 18 BL. Foto tratte da <https://cribresso.org> e <https://crialtipiani.it>. Tendaggio e cassone dell'ambulanza potevano variare in base ai materiali e al progetto di costruzione scelti dalla ditta allestitrice, ma le differenze rimanevano spesso puramente estetiche visti gli standard richiesti dal comitato centrale.

Allegato n.14



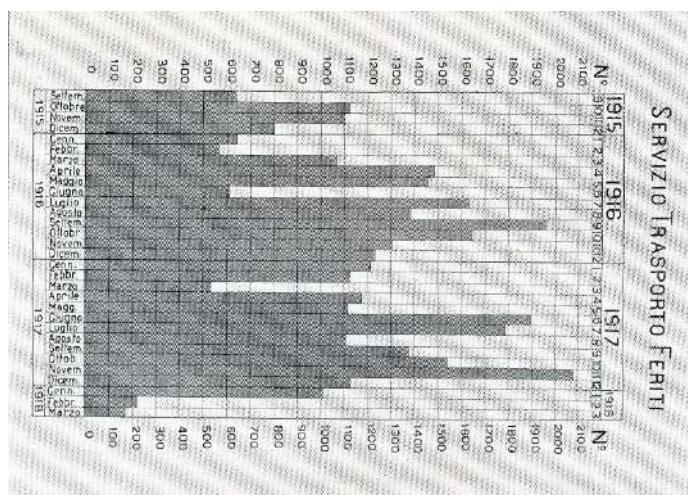
In alto a sinistra un barcone dell'ambulanza fluviale, mentre a destra possiamo vedere il dispiegamento del convoglio operativo. Nella foto in basso si può vedere il progetto costruttivo degli interni e del loro allestimento, da notare il dispiegamento delle barelle. Tutte le foto tratte da <https://ilgiornaledelpo.it> e <https://difesaonline.it>

Allegato n. 15



A sinistra la foto degli interni della carrozza adibita al trasporto dei feriti, si ringrazia l'ispettorato delle infermiere volontarie del Comitato di Treviso per il materiale. A destra una foto tratta da sanitàgrandeguerra.it in cui è raffigurato il personale del treno ospedale.

Allegato n.16



Si ringrazia il Magg. Fabio Fabbricatore del Corpo Militare di Croce Rossa per queste preziose immagini in quanto sono tra le poche esistenti riguardo i tram ambulanza. Nella prima immagine a sinistra si può vedere un tram adibito a servizio ambulanza della città di Torino, sulla fiancata si può notare la scritta "Tramvie Municipali Servizio Ospedali Territoriali". L'immagine a destra invece è un grafico dell'epoca raffigurante il numero dei feriti trasportati, è interessante vedere i picchi corrispondenti alle Battaglie dell'Isonzo e a Caporetto.

Allegato n.17



Immagini dell'Università Castrense tratte dal libro *Studenti al fronte* di D.Baldo, M.Galasso, D. Vianello. Nella prima immagine in alto a sinistra è raffigurata l'entrata dell'aula magna, in alto si può notare la scritta "Corsi di medicina e chirurgia". Nelle immagini in alto a destra e in basso a sinistra si possono invece vedere gli spaccati di una lezione di anatomia presso l'aula di anatomia patologica dell'Università Castrense. Infine in basso a destra il dormitorio degli studenti.

Allegato n.18



Queste immagini sono tratte dal libro di Stefania Bartoloni, *“Donne nella Croce Rossa Italiana tra guerre e impegno sociale”*, Venezia, Marsilio Editori 2005. Le due prime foto in alto ritraggono donne al lavoro presso un ufficio prigionieri di guerra e presso la commissione prigionieri di guerra di Bologna. Le foto centrali risalgono invece alla seconda guerra mondiale, è comunque un ritratto interessante riguardo l'attività femminile negli schedari e nella corrispondenza tra prigionieri e famiglie.

Le ultime immagini in basso ritraggono delle crocerossine, in quella a destra le si possono vedere in fase addestrativa in caso di attacco chimico aereo ai danni della popolazione civile.

BIBLIOGRAFIA

- Antonio Gibelli, *La Grande Guerra degli italiani 1915-1918*, Milano, BUR, 1998
- AA.VV., *Malattia e medicina durante la Grande Guerra 1915-1919*, Udine, Gaspari Editore, 2000
- Gina Kolata, *Epidemia. Storia della grande influenza del 1918 e della ricerca di un virus mortale*, Milano, Mondadori, 2000
- Maria Federica Selvi, *Il Viaggio di una Idea, Croce Rossa tra fascino e realtà*, Roma, Rai Radiotelevisione Italiana, 2004
- Mario Mariani, *La Croce Rossa Italiana, Epopea di una grande istituzione*, Milano, Mondadori 2006
- Paolo Scandaletti, Giuliana Variola, *Le Crocerossine nella Grande Guerra. Aristocratiche e borghesi nei diari e negli ospedali militari. Una via all'emancipazione femminile*, Udine, Gaspari editore, 2008
- Nicola Labanca, *Storia illustrata delle armi da fuoco. Dall'archibugio alle bombe intelligenti invenzioni e tecnologie che hanno cambiato l'arte della guerra*, Milano, Giunti, 2009
- Daniela Baldo, Massimiliano Galasso e Daniele Vianello, *Studenti al fronte. L'esperienza della Scuola medica da campo di San Giorgio di Nogaro - L'Università Castrense*, Gorizia, Libreria Editrice Goriziana, 2010
- Giorgio Cosmacini, *Guerra e medicina, dall'antichità a oggi*, Roma-Bari, Laterza, 2011
- Federica Guidi, *Il mestiere delle armi, le forze armate dell'antica Roma*, Milano, Mondadori, 2011
- Henry Dunant, *Un Souvenir da Solferino*, Roma, Altarego, 2013
- Augusto Leggio, *Energia e ambiente ieri, oggi e domani. Una analisi storica, tecnica e geopolitica*, Roma, Lulu.com, 2013
- Giancarlo Sturloni, *L'atomo diviso: storia, scienza e politica dell'energia nucleare*. Milano, Sironi, 2013
- Costanza Bertolotti, *Da Solferino a Ginevra, Henry Dunant, la nascita della Croce Rossa e lo sviluppo del diritto umanitario internazionale*, Solferino, Comitato Dunant 1864-2014, 2014

- William. R. Keylor, *Un mondo di nazioni. L'ordine internazionale dopo il 1945*. Milano, Guerini Scientifica, 2014
- Claudio Scroccaro, Claudio Pietrobon, *Pianeta Sanità La sanità militare italiana nel veneto durante la Grande Guerra*, Treviso, Antiga Edizioni, 2015
- Eugenia Tognotti, *La "spagnola in Italia". Storia dell'influenza che fece temere la fine del mondo (1918- 19)*, Milano, FrancoAngeli, 2015
- Stefania Bortoloni, *La Grande Guerra delle italiane. Mobilitazioni, diritti, trasformazioni*, Roma, Viella, 2016
- Costantino Cipolla, Susanna Vezzadini, *Le vittime della Grande Guerra e il ruolo della Croce Rossa*, Milano, FrancoAngeli, 2018
- Laura Spinney, *1918 l'influenza spagnola. La pandemia che cambiò il mondo*, Venezia, Marsilio Editori, 2018
- Nicola Bortoletto, Giovanni Silvano, *Croce Rossa Italiana e welfare dal 1914 al 1927. Esperienze di interventismo umanitario*, Pisa, Edizioni ETS, 2018
- Costantino Cipolla, Paolo Vanni, *Storia della Croce Rossa Italiana dalla nascita al 1914, vol. I, Saggi*, Milano, FrancoAngeli, 2019
- Paolo Vanni, Maria Enrica Monaco Gorni, *Le Infermiere Volontarie e la Grande Guerra*, Milano, FrancoAngeli, 2019
- Costantino Cipolla, *I prigionieri di guerra italiani negli imperi centrali e la funzione di tutela della Croce Rossa Italiana*, Milano, FrancoAngeli, 2020
- Ettore Calzolari, Costantino Cipolla, *Il Corpo Militare della CRI nella Grande Guerra*, Milano, FrancoAngeli, 2021

SITOGRAFIA

<https://www.icrc.org/en/doc/resources/documents/feature/2010/florence-nightingale-feature-110810.htm>.

<https://www.icrc.org/en/doc/resources/documents/feature/2010/florence-nightingale-feature-110810.htm>.

<https://it.wikipedia.org/wiki/Pervitin>.

<https://it.wikipedia.org/wiki/Penicillina>.

<https://www.cri.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/14072>

https://it.wikipedia.org/wiki/Agente_Arancio

https://it.wikipedia.org/wiki/Gas_CS

<https://it.wikipedia.org/wiki/Napalm>

https://it.wikipedia.org/wiki/Uranio_impoverito

http://www.almanacco.cnr.it/reader/cw_usr_view_articolo.html?id_articolo=8387&giornale=8380

https://www.huffingtonpost.it/roberto-colella/isis-e-la-nuova-guerraasimmetrica-asimmetrica_b_8572680.html

https://it.wikipedia.org/wiki/Attentati_dell%2711_settembre_2001

https://it.wikipedia.org/wiki/Strage_di_Nizza

<https://www.croix-rouge.fr/Actualite/Mobilisation-exceptionnelle-apres-les-attentats-1842>

<https://irfss-occitanie.croix-rouge.fr/Decouvrez-nos-Formations/Se-former-en-sante-et-securite-au-travail/Securite-Surete-et-Gestion-de-Crise>.

http://www.adnkronos.com/Archivio/AdnAgenzia/2005/10/03/Cronaca/TERRORISMO-ESERCITAZIONE-ROMA---CELLI-PERSONALE-CRI-EFFICIENTE-E-PREPARATO_172223.php.

<https://www.sanitagrandedeuerra.it/index.php/sanita-in-guerra/servizio-sanitario-militare/posto-di-medicazione-o-di-soccorso>

<https://www.sanitagrandedeuerra.it/index.php/sanita-in-guerra/servizio-sanitario-militare/ospedaletto-da-campo-da-50-letti>

<https://www.sanitagrandedeuerra.it/index.php/sanita-in-guerra/servizio-sanitario-militare/sezione-di-sanita>

<https://www.sanitagrandedeuerra.it/index.php/sanita-in-guerra/servizio-sanitario-militare/ospedale-da-campo-da-100-letti>

<https://www.sanitagrandedeuerra.it/index.php/sanita-in-guerra/servizio-sanitario-militare/nucleo-chirurgico>

<https://www.sanitagrandedeuerra.it/index.php/sanita-in-guerra/cri/ospedale-chirurgico-mobile>

<https://www.cribresso.org/pillole-di-cri/i-mezzi-storici/758-la-storia-delle-ambulanze-cri-seconda-puntata.html>

<https://www.sanitagrandedeuerra.it/index.php/sanita-in-guerra/cri/ambulanza-da-montagna>

<https://www.ilgiornaledelpo.it/1915-1918-ambulanze-e-ospedali-sullacqua/>

<https://www.sanitagrandedeuerra.it/index.php/sanita-in-guerra/cri/ambulanza-fluviale-lagunare>

<https://www.sanitagrandedeuerra.it/index.php/sanita-in-guerra/cri/treno-ospedale>