

## Capitolo II

### Il senso del corpo per le mutilazioni.

*Mamma mia bella, prima che se passa  
un punto assai difficile, te scrivo:  
i nemici anniscosti son 'na massa  
ma vinceremo: è più che positivo!  
Nun t'avvili, mantiette sempre grassa  
perché accusì te vojo quanno arivo...  
Fatte coraggio e pensa che chi lassa  
la vita per la patria, è sempre vivo  
[...] De fatti  
qui stanno tutto er giorno arampicasse  
su pe' li monti peggio de li gatti!!  
Oggi stiamo su'un monte, che dar mare  
è arto nu'so quanti mila metri;  
sto su 'artezza che te fa terrore.  
Certi momenti mamma mia te pare  
de sentì er Padre Eterno che discore!*

soldato Guido Palmieri, lettera in versi alla madre, settembre 1915<sup>201</sup>.

#### .1 Chirurgia e medicina militare.

##### Nuove armi, nuove ferite

Joanna Bourke afferma sinteticamente, riferendosi ai metodi di arruolamento e istruzione militare di inizio secolo, che “gli individui dovevano essere *distrutti* per essere *ricostruiti* come combattenti efficienti”. Nell'avvalorare questa ipotesi, riporta la testimonianza che il soldato Peter Graham diede nel 1919 a proposito dell'addestramento subito per entrare a far parte dell'esercito britannico, e volto a scardinare in lui qualsiasi tipo di orgoglio e inclinazione o capacità di pensiero autonomo. Le continue offese e le

---

<sup>201</sup> La lettera qui riportata è citata in Caravaglios, *I canti delle trincee*, p. 65 che la prende sua volta da «Giornale d'Italia» del settembre 1915.

ingiurie annichilivano completamente la personalità del soldato in modo da renderlo un automa in grado solo di obbedire agli ordini. Realizzato questo fertile substrato, l'aspirante combattente veniva poi nuovamente educato a tutto ciò che era necessario sapere per distruggere il nemico e, a sua volta, cercare di non essere distrutto<sup>202</sup>.

La medesima impostazione, è già stato accennato, segnava la pratica che frate Gemelli, nelle vesti di psicologo, raccomandava agli ufficiali allo scopo precipuo di realizzare una "gestione ottimale dell'esercito" italiano. Attraverso questo tipo di educazione si doveva "abolire l'esercizio della volontà [...] La disciplina militare [e] l'esercizio militare hanno lo scopo di sostituire qualche cosa di automatico, di riflesso, di meccanico, all'esercizio della volontà"<sup>203</sup>. Lo stesso vale per le lunghe marce, i giorni in prima linea senza riposo che annullavano la differenza tra il giorno e la notte, il costante frastuono delle esplosioni, la sete logorante e la fame di un rancio sempre in ritardo e sempre esiguo. Non erano a proposito rari i casi di anoressia situata, dovuta alle forti tensioni e al contatto diretto con topi, deiezioni umane e cadaveri in decomposizione. Erano tutte condizioni che, se adeguatamente sfruttate, contribuivano ulteriormente ad avvilito e deprimere il soldato portandolo, stremato, a non poter far altro che obbedire anche agli ordini più improponibili, senza la forza di reagire né il desiderio di questionare<sup>204</sup>.

Se questa era la prassi sembra difficile presumere che il logoramento mentale fosse la preoccupazione primaria del militare in azione. L'esaurimento psicologico stesso veniva difficilmente riconosciuto da chi ne era afflitto e tantomeno veniva ammesso da medici e ufficiali<sup>205</sup>. Si ricordi a tal proposito l'assai tragica pagina del romanzo *Il riso rosso*, di Leonid Andreev (1906). Qui il reduce mutilato, io-narrante della prima metà del racconto, si descrive mentre, lucido, compila pagine e pagine di memorie di guerra; salvo poi essere smascherato dalla narrazione del fratello, che lo presenta curvo sulla scrivania

---

<sup>202</sup> Bourke, *La seduzione della guerra*, p. 79. Il corsivo nel virgolettato è mio.

<sup>203</sup> Isnenghi, *Il mito della Grande Guerra*, Bologna, il Mulino, 1989, p. 277-281, 325, 342, il monaco-militare scriveva a riguardo della gestione psicologica delle truppe in riviste specializzate quali «Vita e pensiero» e «Rivista di Psicologia». Quest'ultima, al nono anno di pubblicazione nel 1915, concentrerà la propria attenzione sulla guerra e sulle relazioni degli ufficiali medici. Anche in questo caso si ha dunque un ulteriore esempio di un progresso delle conoscenze sviluppatosi proprio a partire dall'esperienza bellica al pari di ciò che stava succedendo nel frattempo in tutto il mondo scientifico, dall'ingegneria alla medicina; a riguardo si veda Sophie Delaporte, *Medicina e guerra*, p. 300, in Audoin-Rouzeau – Becker (a cura di), *La prima guerra mondiale*, vol. 1, Torino, Einaudi, 2007.

<sup>204</sup> Duménil, *I combattenti*, p. 203.

<sup>205</sup> Jay Winter, *Le vittime: morti, feriti, invalidi*, p.454, in Audoin-Rouzeau – Becker (a cura di), *La prima guerra mondiale*, vol. 2, Torino, Einaudi, 2007, spiega che le autorità militari rifiutarono di ammettere la possibilità che uomini dal coraggio innegabile potessero crollare psicologicamente se sottoposti ad una situazione di combattimento prolungato. Occorrerà attendere la metà del conflitto per veder accettata l'idea che la guerra avesse annientato la capacità del combattente di sopportare lo stress.

a riempire di nulla pile di fogli bianchi con una penna che non scrive, fino a lasciarsi morire di fame<sup>206</sup>.

Molto più viva doveva essere l'ansia per il danno fisico, immancabilmente sotto gli occhi di tutti i combattenti nelle sue varie declinazioni: la malattia, dal disturbo all'epidemia, la ferita, dalla baionetta allo shrapnel e, infine, la morte. Al riguardo, si può ancora una volta attingere dal linguaggio di finzione, ripensando al dialogo dei due commilitoni francesi che si svolge il giorno prima dell'assalto al "formicaio" nel film *Orizzonti di gloria* di Stanley Kubrick (1957). Qui, uno dei due personaggi cerca di spiegare all'altro come il vero dramma del soldato non sia la morte, quanto la paura di provare dolore, di essere ferito e morire tra gli spasmi, vera ragione di abbattimento nei momenti precedenti la battaglia<sup>207</sup>.

La Grande Guerra, dunque, non si limitò a intaccare in modo nuovo solamente le percezioni del soldato (il senso dello scorrere del tempo, il senso dello spazio, gli affetti nel gruppo primario), ma ne prese il corpo anche, e soprattutto, cogliendolo nella sua fisicità, come mai prima di allora era avvenuto<sup>208</sup>. Con l'organizzazione e la gestione della guerra di massa i corpi dei soldati vennero inseriti all'interno di un apparato complesso in cui una fitta schiera di novità tecniche li usava e li dilaniava<sup>209</sup>. A differenza degli scontri armati precedenti, l'infliggere danni al nemico divenne l'obiettivo primario.

---

<sup>206</sup> Leonid Andreev, *Il riso rosso*, Milano, Sonzogno, 1915, p. 51. Nel testo a cui la nota si riferisce è stata riportata come data d'edizione il 1906 come suggerito da Gibelli, *L'officina della guerra*, p. 244 n.18. Il testo letto non porta la data esatta di pubblicazione ma solo quella del 30 aprile 1915 a conclusione della prefazione di Cesare Castelli. Il racconto dell'autore russo si riferisce alla guerra russo-giapponese del 1904, ma anticipa, indovinando con una precisione sconcertante, diversi aspetti che segneranno in negativo l'esperienza della Grande Guerra, cui il testo potrebbe essere tranquillamente trasposto.

<sup>207</sup> Il dialogo si sviluppa così: [...] Soldato1- Preferiresti essere ucciso da una baionetta o una mitragliatrice? S2- Ma da una mitragliatrice ... S1- Anch'io la penso così. Tra le due armi la mitragliatrice è più veloce, più pulita e meno dolorosa. S2- Cosa vuoi dimostrare? S1- Che la maggior parte ha più paura del dolore che di morire. Guarda Bernard, ha il panico se gli parli di gas, mentre a me non dà fastidio. Lui ha visto gente fregata dal gas e questo l'ha spaventato. Ti dico una cosa: mi sentirei perduto senza l'elmetto in testa, mentre non mi importa di non avere un elmetto sul sedere e sai perché? S2- E io che ne so?! S1- Perché una ferita in testa fa molto più male: là c'è soltanto carne ma la testa è tutto un osso! S2- Già, nel caso tuo! S1- Dimmi un po', baionetta a parte, di che cosa hai più paura? S2- Di una grossa bomba. S1- Esatto, proprio come me, perché ti può dilaniare più di qualsiasi altra cosa [...]. Non si intende in questo caso usare il film come prova né documento, bensì rendere l'idea di ciò che si sta argomentando in modo più incisivo, per quanto di contorno.

<sup>208</sup> Antonelli, *I dimenticati della Grande Guerra*, p. 119.

<sup>209</sup> Fussell, *La Grande Guerra e la memoria moderna*, p. 226 e Elaine Scarry, *La sofferenza del corpo. La distruzione e la costruzione del mondo*, Bologna, il Mulino, 1990, p. 108-112, pongono l'accento su come lo scopo precipuo della guerra sia il distruggere e l'uccidere. Secondo i due autori qualsiasi altro modo in cui sono stati e vengono tutt'ora indicati gli obiettivi di un conflitto bellico, altro non sono che eufemismi mediatici calcolati. Ne sono esempi frasi quali "missione di pace", "danni collaterali", "bomba intelligente" ecc. È ricalcando questo stesso modello interpretativo che si è dunque deciso di usare il termine "dilaniare", senza cioè pretendere di esaurire con esso tutta la problematicità della gestione del corpo in guerra, ma casomai ponendo un ulteriore spunto di riflessione.

La guerra passava da essere una rassegna della propria forza potenziale, quasi più simile a una parata, all'essere una vera e propria carneficina. Recare danni al nemico voleva dire impegnarlo a esaurire le proprie facoltà e risorse, non solo considerando il numero di soldati ma, ancor più, nella gestione e nella cura di chi ferito, mutilato o in qualche modo invalidato, necessitava di costanti cure, personale specializzato e strutture adeguate. Era la guerra totale.

Il rapporto tra il corpo e la guerra non può mai essere ridotto a un fatto marginale, basti ricordare l'epiteto "carne da cannone" che viene coniato proprio in questo periodo. Inoltre, si pensi che nel 1914 era assoluta la convinzione di una proporzionalità diretta tra "l'efficienza in combattimento e la forma del corpo stesso", tanto che l'ufficiale medico Robert William MacKenna affermava:

Non v'è dubbio che esista un parallelo tra la condizione fisica di un uomo e il coraggio che dimostra. È più naturale attendersi il valore, almeno che uno non sia un vigliacco, da un uomo in ottima condizione fisica che da uno debole, perché la relazione e l'interazione tra anima e corpo è strettissima.

Si trattava dunque, e lo sarà non solo per la durata della guerra ma anche per il decennio successivo, di sottoporre le reclute ad un esame medico che permettesse di eliminare gli elementi fisicamente incapaci a combattere e di distinguere quelli che avrebbero avuto la resa migliore sui campi di battaglia da quelli che sarebbero serviti meglio nelle retrovie. Si procedeva assegnando le reclute a una delle quattro categorie individuate per definire la struttura corporale e dipendenti dalle tre variabili di altezza, larghezza del torace e peso. Nel caso francese si riteneva che in questi quattro tipi non solo esaurissero tutte le possibili "strutture umane", ma che ad esse fosse necessariamente vincolata una sorta di "quantità d'idoneità al combattimento". Gli uomini del "tipo muscolare", facilmente identificabili dalla forma squadrata del volto e del corpo e dalle membra forti e ben proporzionate, dovevano essere mandati immediatamente alle prime linee. Gli uomini del "tipo addominale" con la testa a forma di piramide tronca, l'apparato digerente ben sviluppato, il tronco corto e grosso, arti corti e torace stretto, dovevano essere destinati a posizioni difensive, dalle quali avrebbero senz'altro combattuto, anche solo per le scorte alimentari. I cavalleggeri e i piloti dovevano appartenere al "tipo respiratorio", caratterizzato da torace ampio e dal volto più largo nella regione del naso. I "tipi cerebrali" erano piccoli e dotati di riserve di energia straordinarie: pur essendo soggetti a improvvisi crolli emotivi, potevano diventare buoni ufficiali.

Tali tipologie essenziali non sopravvissero alla prima guerra mondiale, ma le teorie che vi erano sottese non furono respinte del tutto: negli anni Venti, il valore era giudicato ancora sulla base dell'esame fisico. Nel 1927, il tenente colonnello A.D. Cardery del corpo medico neozelandese propose i seguenti criteri per la valutazione dell'idoneità al servizio militare:

Si devono osservare i caratteri sessuali: lo sviluppo degli organi genitali, la distribuzione dei peli corporei, specialmente il contorno del margine superiore dei peli pubici, lo scalpo e le sopracciglia, le dimensioni delle pelvi e la distribuzione del grasso. Generalmente, i maschi che si avvicinano al tipo femminile per la dimensione delle pelvi e per la distribuzione dei peli e del grasso, o che presentano uno scarso sviluppo delle caratteristiche sessuali, sono cattivi soldati<sup>210</sup>.

L'età di questi corpi impegnati a combattere tra il 1914 e il 1918 andava dai 15 ai 49 anni. Le potenze dell'Intesa ne mobilitarono 48.201.467 di cui 5.380.115 morirono, 12.830.704 vennero feriti e 3.984.116 caddero prigionieri; gli Imperi centrali (con la Bulgaria e Turchia) ne impegnarono 25.598.000 di cui ne morirono 4.025.200, 8.388.448 vennero feriti e 3.629.829 furono fatti prigionieri<sup>211</sup>.

Fu la guerra col maggior numero di soldati mobilitati, e di morti sul campo di battaglia. Fu anche il primo conflitto in cui i decessi sono da attribuire alle ferite e alla violenza degli scontri piuttosto che alle epidemie scoppiate negli accampamenti. Realtà quest'ultima che, invece, segnò indiscriminatamente qualsiasi episodio bellico compresa la di poco precedente guerra di Manciuria del 1904-1905<sup>212</sup>.

Socialmente parlando, questi numeri hanno da offrire ulteriori precisazioni: non a caso la Grande Guerra venne considerata la guerra degli ufficiali. L'appellativo deriva dal

---

<sup>210</sup> Bourke, *La seduzione della guerra*, p. 104-110. Si fa notare che qui si critica l'atteggiamento secondo cui il valore di una persona come combattente era direttamente espresso dalla sua struttura fisica, interpretando dunque un aspetto caratteriale solo con misurazioni di tipo corporale. Una riflessione che Luigi Meneghello fa in *I piccoli maestri*, Milano, Mondadori, 1964, riferendosi tuttavia *all'altra guerra*, pone l'accento su come la realtà disattendesse spesso questo credo. Secondo l'autore maladense la guerra metteva in luce una certa bonarietà nelle persone che, a vedersi, si sarebbero dette grandi guerrieri dai corpi giganteschi, mentre erano proprio i personaggi più minuti a dimostrarsi più energici e pronti all'azione e valorosi. Il fatto stesso che Meneghello metta in luce la faccenda può essere indice della diffusa tendenza dell'epoca a far coincidere corpo e spirito in tutto e per tutto.

<sup>211</sup> Winter, *Le vittime*, p.447 e 449, da cui sono stati tratti questi dati, spiega come nel caso italiano (i cui valori sono attestati su cifre quali 5.615.000 mobilitati, 578.000 morti, 947.000 feriti e 600.000 prigionieri) sia praticamente impossibile la certezza. Le stesse fonti ufficiali, che hanno continuato a correggere le liste dal 1924 al 1964, si basano su criteri di rilevazione assolutamente variabili e indeterminati. La stessa versione definitiva è da considerarsi un calcolo di massima e non un dato certo.

<sup>212</sup> Winter, *L'epidemia spagnola*, p. 283, in Audoin-Rouzeau – Becker (a cura di), *La prima guerra mondiale*, vol. 2, Torino, Einaudi, 2007.

fatto che mai prima di allora morirono in proporzione così tanti membri delle classi più elevate, tutti inquadrati in posizioni direttive. In seguito ai vuoti lasciati liberi da questi, a partire dalla seconda metà del 1916, i diversi Stati maggiori furono costretti a integrare i comandi con ufficiali di complemento di origine borghese e piccolo borghese, mentre, almeno nel caso italiano, gli ufficiali non furono mai di estrazione popolare<sup>213</sup>.

Ma non fu questa l'unica questione sociale imposta dalla situazione relativa alle perdite, rivelatasi fin da subito assai tragica.

I criteri di arruolamento e di assegnazione visti pocanzi subirono infatti notevoli dilatazioni man mano che il conflitto continuava. Il desiderio di impegnare nella guerra la quasi totalità di uomini validi portava con sé il rischio di lasciare in patria quella parte di popolazione maschile meno abile, sulla quale sarebbe poi pesato l'onere di una eventuale ricostruzione materiale e, non di minor urgenza, umana. Ecco quindi che medici e psichiatri interpretarono il loro patriottismo cercando di classificare come abili e validi quanti più uomini possibile, impegnandosi a ridurre la durata dei periodi di degenza o di riposo in ospedali e istituti vari. Gli psichiatri De Lisi e Foscarini, non a caso, dimostrarono il loro patriottismo come la necessità di “raggiungere uno scopo più elevato: restituire o imporre a un uomo capace la capacità de essere soldato”; trionfalismo, questo, basato sull'assunto implicito che tutti fossero comunque “capaci” alla lotta<sup>214</sup>.

A ridurre queste “capacità” intervennero una lunga serie di nuovi armamenti responsabili di nuove tipologie di ferite e traumi che costrinsero i medici di tutti fronti a sviluppare delle risposte e dei rimedi nuovi ed efficaci in tempi assai brevi.

Le uniche armi che mantenevano un legame con la tradizione precedente furono le armi bianche. La baionetta venne usata in realtà molto poco durante i corpo a corpo perché difficilmente maneggiabile una volta innestata sul fucile. I pugnali entrarono a far parte del corredo ufficiale della divisa alla fine del 1916 e non in tutti gli eserciti (il caso italiano vedrà l'uso del pugnale e delle bombe a mano come preciso distinguo dei gruppi degli Arditi e Arditi del Popolo), mentre le sciabole degli ufficiali vennero

---

<sup>213</sup> Relativamente all'insistenza da parte degli ufficiali di combattere indossando chiari segni di riconoscimento, prassi che permise loro di calamitare immancabilmente l'attenzione delle fucilerie avversarie, si veda: Audoin-Rouzeau, *L'equipaggiamento dei soldati*, p. 273-275, in Audoin-Rouzeau – Becker (a cura di), *La prima guerra mondiale*, vol. 1, Torino, Einaudi, 2007. Sull'origine borghese degli ufficiali: Isnenghi-Rochat, *La Grande Guerra*, p. 269-271. Unica credenziale che poteva dare una qualche indicazione sulla bontà dell'individuo divenne, per gli ufficiali di complemento, il livello di scolarizzazione. Solo chi era in possesso del diploma superiore poteva dunque diventare ufficiale, situazione che perpetrava e rinfrancava il distacco tra comandante e truppa.

<sup>214</sup> Winter, *Le vittime*, p. 451-454; Bianchi, *Psichiatria e guerra*, p. 309-314, in Audoin-Rouzeau – Becker (a cura di), *La prima guerra mondiale*, vol. 1, Torino, Einaudi, 2007.

progressivamente tolte dal campo di battaglia e sostituite dalle P08 o dalle Beretta 7.65<sup>215</sup>. In sintesi, di tutte le ferite perpetrate nel corso della prima guerra mondiale, solo l'1% furono ferite da taglio o da punta<sup>216</sup>. Questo nonostante le lame e le mazze ferrate, preferite per maneggevolezza, e usate anche per dare il colpo di grazia ai nemici rimasti a terra agonizzanti sotto l'effetto dei gas, non fossero l'unico retaggio di gusto medievale che venne impiegato<sup>217</sup>. A riguardo si pensi alle corazza Farina, rese celebri dal racconto di Emilio Lussu, la vasta rassegna di tirapugni di diverse fogge e dimensioni e infine l'uso della vanga corta, dotata di lama sufficientemente affilata usata sia per scavare ripari che per colpire i nemici nel corpo a corpo. Il duplice utilizzo, in questo caso, diffuso per lo più tra le schiere tedesche, permetteva un risparmio sul peso dello zaino<sup>218</sup>.

Tutto il resto erano novità, o innovazioni, che superarono di misura le armi appena menzionate, tanto che ha poco senso azzardare paragoni. Si tratta principalmente di due specie di armi: i proiettili, da fucile o da mitragliatrice, e le granate, rispettivamente causa del 30 e del 70% delle ferite di tutto lo scontro<sup>219</sup>.

Per entrare a proposito nel dettaglio è bene specificare che quella morte "pulita perpetrata dalla mitragliatrice" prevista dal soldato di Kubrick, era in realtà una situazione inverosimile per una vasta rassegna di motivi. Innanzitutto le pallottole viaggiavano a velocità molto più importanti rispetto a quelle del secolo precedente, aumentando la loro capacità di perforazione. Il loro spostamento passò dall'essere un semplice moto rettilineo al divenire una combinazione della traiettoria del tiro con il moto rotatorio del proiettile attorno al proprio asse. Questo comportò una prima serie di nuove problematiche mediche. La palla lanciata dal fucile non si limitava più a praticare un foro d'entrata andandosi a fermare all'interno del corpo stesso o, al massimo uscendo lungo la linea della traiettoria d'impatto, bensì, proprio grazie alla sua rotazione, cambiava costantemente direzione all'interno del corpo colpito. Questo determinava seri difficoltà per capire se il piombo fosse uscito o meno dal corpo e, soprattutto, causava una

---

<sup>215</sup> P08 e Beretta 7.65 erano le pistole in dotazione rispettivamente agli ufficiali tedeschi e italiani. Per una rapida rassegna sulle pistole usate nella Grande Guerra si veda il sito: <<http://lagrandeguerra.net/pistole>>.

<sup>216</sup> Keegan, *Il volto della battaglia*, p. 284.

<sup>217</sup> Kozlovic, *Storia-fotografica della Grande Guerra*, p.70.

<sup>218</sup> Audoin-Rouzeau, *L'equipaggiamento dei soldati*, p. 276-278. Le Farina non erano le uniche corazze a disposizione, bensì quelle ufficialmente adottate dall'esercito italiano. Diverse erano le aziende che si interessarono a prodotti del genere, così come molteplici furono le committenze private degli ufficiali (si veda ancora una volta Lussu) che si rivolgevano a singoli artigiani: <[www.cimeetrincee.it/farina/htm](http://www.cimeetrincee.it/farina/htm)>.

<sup>219</sup> Keegan, *Il volto della battaglia*, p. 284. L'autore mette in rilievo come queste percentuali posano essere foriere di equivoci. Sono infatti relative alle ferite e non ai decessi, la cui principale causa furono, al contrario le pallottole anziché le schegge o gli scoppi di granata. Il perché lo si vedrà tra poco nel testo.

vastissima quantità di lesioni. La curabilità della ferita diventava quindi una faccenda molto delicata. Se un tempo una ferita d'arma da fuoco che non avesse leso organi vitali poteva essere ricondotta ad una emorragia a basso potenziale letale, adesso la ferita da proiettile al tronco o all'addome diventava pressoché inguaribile. Le ultime due percentuali sopra riportate, relative alla quantità di ferite inferte da fucili e granate, potrebbero essere invertite se si considera l'incidenza della mortalità dei due tipi di arma. Le pallottole della Grande Guerra, quindi, riuscivano a procurare danni molto simili a quelli di una esplosione ravvicinata. Non solo perché spostavano una rilevante quantità di materiale che, uscito dal corpo con il colpo sparato, ne lacerava il foro, ma anche perché con una grossa forza d'impatto, il proiettile che eventualmente colpiva un osso non si limitava a spezzarlo bensì lo frantumava in piccole altre schegge che producevano una vasta quantità di ferite interne<sup>220</sup>. Infine, proprio come le schegge delle granate anche i proiettili producevano il fenomeno della cavitazione (altra novità rispetto alle pallottole lente del secolo precedente), cioè il riversamento di ciò che sta all'esterno dell'organo e lo protegge, come le meningi, la pleura o il peritoneo, al suo interno. La situazione praticamente inesistente sui campi di battaglia prima dell'avvento di queste armi, era dovuta alla capacità del colpo di trascinarsi dietro le parti più leggere e i liquidi del corpo colpito<sup>221</sup>.

A conclusione di questo argomento è da notare un articolo apparso sul *Giornale di medicina militare* e scritto dal prof. Roberto Alessandri, tenente colonnello medico, nell'ottobre del 1916. L'articolo, che titola *Sull'uso dei proiettili di fucile rovesciati da parte degli austriaci*, argomenta, corredato da cinque casi clinici di feriti su diverse zone del fronte, la possibilità che gli imperiali avessero regolarmente utilizzato delle cartucce i cui proiettili erano stati montati al contrario. Questi avrebbero dunque colpito il bersaglio non con la parte appuntita bensì con la base piatta, determinando una maggiore lacerazione nel foro d'entrata.

Il medico nega che il rovesciamento della palla sia impresso dai difetti dovuti al logoramento della canna del fucile (evento possibile a suo avviso solo nel caso

---

<sup>220</sup> Keegan, *Il volto della battaglia*, p. 285-286. Audoin-Rouzeau – Becker, *La violenza, la crociata, il lutto*, p. 9 citando Keegan ricordano che “nell'età della polvere da sparo, il tipo più comune di schegge che i chirurghi rimuovono dai corpi feriti, sono frammenti di ossa e di denti dei compagni schierati accanto a loro”. La notizia viene offerta per stimolare la riflessione del lettore su cosa sia la violenza in guerra, su quanto sia enormemente distruttiva e, perché no, degradante.

<sup>221</sup> Duménil, *I combattenti*, p. 202.

dell'esercito russo) e, anzi, scende nel dettaglio dell'uso tedesco, primi ideatori del metodo:

basta introdurre la punta del proiettile nella bocca della canna del fucile, e, tenendo fisso per la cartuccia, smuoverlo in varie direzioni, perché si renda mobile e si estragga con tutta facilità dalla cartuccia. Si tenga, nell'estrazione della palla, verticale la cartuccia per non far cadere i granuli di esplosivo che contiene. Se si mette ora il proiettile colla punta nella cartuccia e si preme leggermente sulla base, esso vi resta fisso, e può essere esploso in questa maniera.

A detta dell'ufficiale gli austriaci superarono questa novità tedesca fabbricando proiettili già rovesciati. Questi, nonostante potessero essere stati realizzati per altri scopi, continua l'autore, venivano usati dai soldati come proiettili ordinari, dunque con l'unico obiettivo di aumentare la letalità dei colpi.

L'articolo accenna inoltre al fatto che

È ormai fuori dubbio l'uso su larga scala fatto dagli Austriaci di proiettili da fucile esplosivi. Li adoperarono prima e in gran quantità contro i Serbi. Ma anche sul nostro fronte l'impiego ne è stato fatto ed esteso, seppur non così frequente [...]

Infine, mentre la storiografia di oggi reputa quella dei proiettili esplosivi una falsa notizia alla pari di quelle studiate da Marc Bloch, non si può negare un altro brutale uso diffuso però su tutti i fronti e non solamente da parte austroungarica<sup>222</sup>.

Anche l'uso frequente negli shrapnels, invece che di palle di piombo sferiche più o meno grandi, di cubi o di frammenti più o meno regolari di acciaio a margini taglienti, di frammenti vari metallici e persino di chiodi e di conglomerati di chiodini, di cui possego un esemplare, dimostra la tendenza contro ogni convenzione e contro ogni legge di umanità di produrre i danni maggiori nelle ferite inferte<sup>223</sup>.

---

<sup>222</sup> Non ci sono notizie certe riguardo la produzione di proiettili esplosivi. Incidendo una croce sulla punta dei normali proiettili in dotazione si ottiene una maggiore capacità di frantumazione del proiettile che, pur diminuendo la capacità di perforazione diventa molto più letale per le questioni sopra esposte. Tale modifica tutt'ora in uso e praticata dai singoli soldati, non ha natali certi. Allo stesso modo non è possibile sapere se le notizie sui proiettili esplosivi della Grande Guerra facessero riferimento a ciò.

<sup>223</sup> Prof. Roberto Alessandri, tenente colonnello medico direttore dell'ambulanza chirurgica dell'armata n.2, ordinario di patologia chirurgica nella R. Università di Roma, chirurgo primario nell'Ospedale al Policlinico, *Sull'uso dei proiettili di fucile rovesciati da parte degli austriaci*, p. 29-40, in «Giornale di medicina militare», Roma, Ispettorato di Sanità militare, 1917.

Il frammento appena citato riporta alla questione delle nuove ferite, stavolta relativa alle esplosioni da granata.

La granata poteva mettere un uomo fuori combattimento in diverse maniere a seconda della distanza del soldato dalla zona d'impatto.

Diversi sono i casi in cui i militari centrati in pieno da bombe di non meglio precisato calibro scomparvero senza lasciare alcuna traccia, ma chiaramente l'eventualità era piuttosto rara. Era invece molto più probabile che le schegge della granata o i detriti da essa sollevati ferissero il combattente con lacerazioni e perforamenti. La diagnostica, come s'è detto, mette in luce una certa identità tra una tipologia di danni di questo tipo e quella causata dai proiettili. Identità che deve comunque essere stimata tenendo conto che una scheggia di granata poteva raggiungere dimensioni sufficienti da tranciare un corpo umano a metà. Inoltre, anche se è da dire che una scheggia perdeva di forza propulsiva molto più rapidamente rispetto ad una pallottola, era molto probabile che un corpo venisse bersagliato da uno sciame di schegge piuttosto che da una sola.

Ad aggravare gli effetti di questo tipo di ferita intervenivano, sia nel caso di proiettili che di schegge, le infezioni. Queste si rivelavano molto spesso letali perché, seppur esistevano anestetici e antisettici, ancora non erano disponibili la penicillina (1928) e gli antibiotici (1943). Questi ultimi due ritrovati, uniti al continuo miglioramento tecnico nel campo dei trapianti di ossa e tessuti ridurranno, durante la seconda guerra mondiale, il ricorso alle amputazioni.

Al contrario, il taglio dell'arto o della parte infetta era l'unica risposta concreta che i medici potevano invece offrire, durante la prima metà del primo conflitto, al presentarsi della cancrena gassosa. La cancrena, o gangrena, gassosa era un'infezione dalla rapidissima diffusione dovuta a batteri anaerobi che si trovavano sul terreno o nei brandelli di vestiti sudici che il colpo subito dal soldato portava in contatto con le parti interne del corpo. Il ricorso all'amputazione aveva ad ogni modo senso solo se applicata alle estremità del corpo, nel caso di infezioni all'addome o al tronco e ai polmoni, infatti, la cancrena si sarebbe diffusa troppo rapidamente per poter intervenire in tempi utili. Come si vedrà, la prassi medica in questo caso suggeriva di trattare il ferito con una fiala di anestetico e di affiancargli un'infermiera o un prete che assistessero i suoi ultimi momenti.

Va osservato che gli stimoli imposti dalla guerra rese più efficiente anche l'arte medica stessa, che non solo si presentò all'appuntamento all'altezza della situazione ma compì nel frattempo grandi passi in avanti. Sul fronte italiano, ad esempio, le ferite al ginocchio

furono risolte con l'amputazione per tutto il 1916 mentre, alla fine del 1917, si riusciva a salvare gamba e articolazione proprio grazie alle miglorie chirurgiche<sup>224</sup>. Il chirurgo e tenente colonnello Gaetano Boschi riferiva a riguardo del *siero di Sacquépée*, un disinfettante, sperimentato inizialmente sulla Marna e successivamente adottato, grazie alle ricerche dal padovano G.M. Fasiani, anche sul fronte italiano. L'enorme domanda del prodotto tuttavia era di gran lunga superiore alle capacità produttive dei diversi Stati, così che, al Boschi, non rimaneva altro che concludere con l'auspicio che le potenze in gioco si sarebbero premonite in tempo in vista delle guerre future<sup>225</sup>.

Ma le granate potevano uccidere senza il benché minimo contatto diretto con la loro vittima. Potevano essere responsabili del soffocamento del soldato su cui facevano ricadere grossi quantità di terra dopo averla sollevata in aria, o sul quale avevano abbattuto il soffitto di una galleria o le pareti di una trincea. Ancora, potevano catapultare la vittima stessa in aria ad altezze assai rilevanti per poi farla cadere al suolo. Sono proprio gli spostamenti d'aria a costituire la maggiore novità da associare all'esplosione di granata. L'onda di pressione statica infatti, che si poteva trasmettere attraverso l'aria, l'acqua e il terreno, generava scompensi relativi la pressione interna del corpo umano determinando travasi di liquidi, emorragie cerebrali o del midollo spinale. Erano le lesioni da *blast* che agivano su due piani: variando la pressione e quindi colpendo alcuni organi contenenti volumi gassosi (timpani, polmoni, apparati digerente), oppure attraverso l'impatto con le masse d'aria spostata (o ogni altro mezzo di propagazione) che colpivano tessuti e organi arrivando a provocare deformazioni ossee che, ancora una volta, richiedevano l'amputazione<sup>226</sup>.

Un'altra causa di morte o di danno sul corpo del soldato era il congelamento, dei piedi ma non solo, indotto, quando non dalla neve e dal ghiaccio invernali, dal costante contatto col fango gelido contro cui gli scarponi e le fasce gambiere avevano ben poche possibilità.

Un rapido accenno lo offre Carlo Salsa in *Trincee*:

---

<sup>224</sup> Isnenghi – Rochat, *La Grande Guerra*, p. 264.

<sup>225</sup> Gaetano Boschi, *La guerra e le arti sanitarie*, Milano, Mondadori, 1931, p. 127. L'opera scritta da uno dei massimi vertici della chirurgia dell'epoca è stata pubblicata come parte di una collana avente per titolo «Collezione italiana di diari, memorie, studi e documenti per servire alla storia della guerra del mondo, diretta da Angelo Gatti». L'impostazione dell'opera risente fortemente dell'epoca in cui è scritta e cerca di tracciare un ritratto dei medici militari perfettamente in sintonia con l'interpretazione eroica che il fascismo diede della Grande Guerra. Ampie sono ad esempio le parentesi dedicate a Benito Mussolini o le considerazioni negative sul movimento operaio e il partito socialista in quei pochi momenti in cui se ne parla.

<sup>226</sup> Keegan, *Il volto della battaglia*, p.284-285; Duménil, *I combattenti*, p.202.

“Mi devono tagliare i piedi signor tenente, tutti e due. Stamattina il colonnello ha detto che mi deve amputare, e subito; sa, loro qui fanno presto, ma tardi. Il mio tenente mi aveva mandato giù due volte, con i piedi così come due focacce. E il medico mi ha rispedito in linea facendomi accompagnare da due carabinieri: diceva che avrebbe dovuto mandare all’ospedale tutto il reggimento, e che del resto in trincea ci si può stare benissimo anche seduti. Lui però non ci si prova”<sup>227</sup>.

Mentre, più tragicamente, riferisce ancora Gaetano Boschi:

E poi i congelamenti della membra. Congelamenti di vario grado come per vario grado si distinguono le scottature; fino alla gangrena. La rigidità estrema degli elementi sopraffaceva le condizioni di vita: il mondo della fisica prevaleva su quello vivente, e se lo assimilava: le parti del corpo più discoste dai centri di rifornimento – nervosi e cardiaco – cessavano di appartenere all’organismo vivente, e il soldato si trovava attaccato al suo corpo vivo, invece di un piede un moncherino morto, colla simulazione macabra del piede non più recuperabile<sup>228</sup>.

Immane infine le malattie, le epidemie e le malattie veneree che se non adeguatamente arginate e monitorate avrebbero potuto incidere sulle statistiche delle parti in gioco anche più delle armi stesse. Per evitare tutto ciò sanitari e strutture ospedaliere si mossero per tempo, ancora prima dell’inizio delle ostilità.

### **Guerra alla guerra: fughe psicotiche, simulatori e autolesionismi**

Quinto Antonelli riferisce che “nell’ospedale militare di Linz soggiornava nel maggio del 1915 il principe degli autolesionisti e dei simulatori trentini, Daniele Bernardi, autore di otto dettagliatissimi quaderni che enfatizzavano questo suo riconosciuto ruolo paramedico. Un ruolo che nel dopoguerra esibirà come una benemerita patriottica anti-austriaca. “Tu – gli dicevano i soldati che passavano dall’ospedale – non devi andare al fronte, ma stare qui ed aiutare tutti noi a non ritornarci”<sup>229</sup>.

Attraverso l’applicazione di foglie di *Ranunculus*, pianta dagli effetti ulceranti, Bernardi riusciva a praticarsi e mantenere vive diverse piaghe assai dolorose paventando le quali continuava a rinviare la sua partenza per il fronte. Dopo aver incontrato, continua Antonelli, “dei commilitoni più disgraziati di lui, che al fronte c’erano stati davvero” Bernardi

---

<sup>227</sup> Carlo Salsa, *Trincee. Confidenze di un fante*, Milano, Mursia, 1960, p.38.

<sup>228</sup> Boschi, *La guerra e le arti sanitarie*, p. 125.

<sup>229</sup> Antonelli, *I dimenticati della grande guerra*, p.124.

“pensa di fare un salto di qualità, di preparare una tintura che si possa smerciare in piccole bottiglie”:

Raccolsi le foglie di *Ranunculus* le dissecai provai a fare una pasta con la loro polvere prima coll'acqua, poi con acquavite, la posai sulla pelle ma in ambo i casi senza effetto, allora provai a mettere in fresca dell'acquavite per farne una tintura, con questa inzuppai il pezzo d'ovatta, lo posai sul piede e fece l'effetto voluto, così nelle nostre passeggiate raccolsi poi anche l'erba per preparare la tintura di riserva.

Nasce quella che il suo creatore chiama cinicamente “tintura di shrapnel”<sup>230</sup>.

La memorialistica medica in particolare, e quella bellica in generale, riferiscono di varie tecniche, più o meno sofisticate e più o meno sconosciute, utilizzate dai militari per marcar visita o per non venire reclutati affatto. Spesso si trattava di avvelenamenti che avevano per sfortunato epilogo la morte dello stesso autolesionista: iniezioni di nicotina sotto le palpebre per simulare il tracoma, iniezioni di trementina o petrolio alla pianta del piede, fino alle bruciature di sigaretta sul glande o il vario uso di deiezioni umane. Altre volte si trattava di episodi talmente disperati che richiamavano per lo più l'attenzione sul presunto disagio psicologico del soggetto.

Sul fronte italiano si osserva un particolare accanimento delle autorità volto a identificare e soprattutto a punire i casi di autolesionismo o simulazione che i medici e gli psichiatri, meno o per niente invece gli psicologi, furono chiamati a recuperare<sup>231</sup>. Il caso dell'esercito di Cadorna è quello che presenta il maggior numero di condanne a morte e di anni di carcere inflitti con l'accusa di diserzione, renitenza, resa, simulazione e autolesionismo; una constatazione questa che riflette ancora una volta l'assoluta mancanza di fiducia delle gerarchie nei confronti dei soldati<sup>232</sup>. La storiografia italiana ha

---

<sup>230</sup> Nel testo di Antonelli è riprodotta una fotografia che ritrae Bernardi stesso in posa in uno studio fotografico. Al suo fianco un compagno per lato mentre nelle loro ginocchia floridi mazzi di ranuncolacee, tacita autodenuncia e beffa delle autorità militari austriache.

<sup>231</sup> Sul minor peso degli psicologi rispetto agli psichiatri e la minor loro applicazione professionale in guerra si veda: Vito Labita, *La psicologia militare italiana (1915-1918)*, p. 237-243, in Leoni – Zadra (a cura di), *La Grande Guerra. Esperienza, memoria, immagini*, Bologna, Il Mulino, 1986. Le motivazioni sono diverse, ma spicca tra tutte la necessità di rifornire la patria di uomini nel tempo più immediato possibile. A questo proposito l'approccio psichiatrico, volto a risolvere il problema, anche se solo temporaneamente, si dimostrava più efficace dell'approccio psicologico che prevede tempi più lunghi e una indagini più accurate, non di rado specifiche per ogni paziente.

<sup>232</sup> Leonard V. Smith, *Renitenze, ammutinamenti e repressioni*, p. 340-349, in Audoin-Rouzeau – Becker (a cura di), *La prima guerra mondiale*, vol. 1, Torino, Einaudi, 2007: l'Italia, nonostante il minor verificarsi di episodi del genere, conta 750 condanne a morte, 600 la Francia, 346 la Gran Bretagna, 48 la Germania (quantità assolutamente poco plausibile per il paese col il maggior numero di disertori stimati) e 11 per gli Stati Uniti (per lo più per stupro e omicidio). L'autore tende a precisare come questo tipo di questioni

dunque, a buon diritto, rivolto una particolare attenzione a questi due atteggiamenti di ribellione e contrarietà, conscia o inconscia che fosse. Attraverso l'indagine degli archivi ospedalieri e dei manicomi dell'epoca sono state ripercorse le strade del ferimento auto inflitto, il cui esito coincideva per lo più con il ricorso alla corte marziale da parte della autorità, e quella della fuga nella malattia mentale. Anche quest'ultima, nonostante potesse essere effettivamente indotta dai traumi vissuti, veniva spesso dichiarata simulazione e, in quanto tale, assai severamente punita.

Le due vicissitudini non rientrano specificatamente nell'interesse per il corpo mutilato, ma, visto la contiguità dei temi e l'importanza dell'argomento, si ritiene giusto dare qualche esiguo accenno.

Lo *shell shock*, o shock da esplosione, che si manifestava con perdita della memoria, stati di confusione totale, tremori, mutismo, perdita dell'udito, angoscia o agitazione continua, fu solo difficilmente riconosciuto dai medici e dagli psichiatri che collaboravano con l'esercito. Questo atteggiamento sospettoso fu caratteristico di tutte le *équipes* mediche impegnate al fronte, anche se nel dettaglio le tendenze andavano poi specificandosi a seconda del teatro a cui si faceva di volta in volta riferimento<sup>233</sup>.

Fin da subito, e in modo piuttosto generalizzato, si venne ad esempio ad accendere un dibattito metodologico e deontologico sul trattamento da riservare a questi pazienti sotto shock. I due schieramenti contrapponevano gli psicanalisti freudiani, capitanati da Freud stesso e indotti ad un atteggiamento analitico, ai sostenitori della terapia d'urto, basata sull'utilizzo di potenti scosse elettriche volte a riportare il paziente all'ordine mentale. Accompagnando queste ultime all'allontanamento assoluto da qualsiasi contatto con la vita civile, l'Italia preferiva chiamarsi fuori e denigrare le alternative psicologiche opposte ai brutali metodi psichiatrici.

La teoria su cui per tutto il tempo continuò a basarsi il metodo della terapia d'urto prevedeva alcuni punti essenziali che segnavano una traccia oltre la quale non ci si poteva in alcun modo spingere.

---

siano di difficile trattazione perché diversamente interpretabili dal punto di vista militare e civile. Nel caso specifico, il ricorso alla pena di morte nella Grande Guerra fu piuttosto diffuso per una mancanza di adeguamento legislativo alle esigenze della guerra "totale". Il ricorso alla fucilazione era per sé stesso un metodo che poteva avere senso per gli eserciti di epoca moderna, mentre era molto meno appropriato per gli eserciti di massa a leva obbligatoria, in paesi democratici.

<sup>233</sup> Salvo dove specificato, le informazioni qui riportate sono tratte da Bianchi, *Psichiatria e guerra*, p. 309-325; Bianchi, *Delirio, smemoratezza e fuga*, p. 73-104.

Tali punti possono essere riassunti secondo quanto segue. Si doveva anzitutto negare la possibilità che i disturbi comportamentali, dalla melanconia alla depressione ai tentati suicidi, fossero derivati dall'esperienza di guerra. Allo stesso modo, si doveva insinuare il sospetto di simulazione contro ogni caso in cui l'insorgere del disturbo mentale non s'accompagnasse ad una lesione organica comunque rilevante<sup>234</sup>. Il mutismo, la sordità, la regressione ad uno stato infantile, erano tutti ritenuti chiare manifestazioni di contrarietà alla vita militare e alle autorità e, in quanto tali, diserzioni inconsce auto perpetratesi dai militari nel tentativo di abbandonare il fronte alla ricerca di sicurezza. Ecco che gli elettrodi applicati alla lingua, allo scroto e alla testa, dovevano dissuadere il candidato dal continuare questa aperta resistenza al dovere, facendogli capire che i rischi corsi negli ospedali in retrovia potevano essere addirittura maggiori rispetto a quelli corsi in prima linea. Spesso anche i casi di tremori incontrollati e inabilitanti venivano trattati allo stesso modo, nonostante si fosse in questo caso di fronte alla presenza di un danno evidentemente fisico.

Altro punto fermo risultava la differenza di trattamento riservata agli ufficiali rispetto alla truppa. Alla, banale, minore brutalità terapeutica riservata ai primi rispetto alla soldataglia, si associava la convinzione che un fante depresso e con lievi stati confusionali avrebbe potuto comunque obbedire agli ordini adattandosi perfettamente alla vita in trincea, mentre questo non valeva per gli ufficiali. La loro piena efficienza mentale e nervosa era considerata una prerogativa necessaria per il funzionamento dell'esercito come macchina da guerra, quindi l'allontanamento dal fronte e il ricovero (per quanto breve potesse essere) avveniva pressoché nell'immediato, una volta manifestatisi i primi segni di logoramento come ansia eccessiva o insonnia. Molto più frequenti erano dunque i ricoveri per capitani e tenenti, tanto che se in media l'esercito italiano contava un ufficiale ogni 26 soldati, la percentuale dei graduati inferiori in osservazione per disturbi psichici e neurologici arrivava a un graduato su 10 soldati nel caso del manicomio di Treviso.

Anche le tipologie dei disturbi erano di natura differente. Mentre la confusione mentale e il disorientamento prendeva più i soldati inchiodati dalla paura di morire, gli ufficiali sembravano meno intimoriti ma più frustrati e depressi perché abbattuti dal senso di responsabilità e di colpa. Erano infatti loro ad ordinare l'assalto spingendo gli uomini a farsi massacrare a centinaia fuori dalle trincee o ad incitare all'annientamento

---

<sup>234</sup> L'idea che stava alla base del ragionamento era il mancato riscontro di questo tipo di disturbi in pazienti feriti gravemente o prigionieri, come dalle teorie del francese Joseph Babinski. Se questi ultimi non presentavano imbecillità di alcuna sorta era lecito ritenere queste invalidità come autoimposte dal soldato per allontanarsi dalle zone di pericolo.

dell'avversario, subendo infine, per una sorta di contrappasso, un desiderio di fuga e rifiuto della realtà che si manifestava con la totale afasia.

Con il proseguire degli scontri e il conseguente aumento dei ricoveri, il numero dei casi che la scienza poteva analizzare aumentò considerevolmente. Parallelamente si ebbe la messa in discussione sempre più accanita delle terapie violente che si rivelavano poco efficaci nell'ottenere risultati duraturi. Anzi, le frequenti ricadute dei soldati riabilitati per il fronte ebbero un impatto psicologico assai negativo sui commilitoni sani che non avevano mai abbandonato la trincea.

Al Congresso psicoanalitico di Budapest del settembre 1918 Freud cercava di spiegare appellandosi ai colleghi americani Jones e Abraham che

[...] le nevrosi di guerra [...] vanno intese come delle nevrosi traumatiche la cui insorgenza è stata consentita o facilitata da un conflitto nell'Io. [...] Tale conflitto si svolge tra il vecchio Io pacifico e il nuovo Io bellicoso del soldato, e diventa acuto non appena l'Io pacifico si rende conto di rischiare la vita per la temerarietà del suo recente parassitico duplicato. Si può dire che il vecchio io si protegge da un pericolo mortale con la fuga nella nevrosi traumatica [...]. L'esercito nazionale sarebbe dunque la condizione, il terreno di cultura, della nevrosi di guerra; esse non avrebbero la possibilità di instaurarsi tra i mercenari, fra i soldati di professione<sup>235</sup>.

Il ragionamento metteva in luce essenzialmente due critiche al sistema di riferimento fino a quel momento adottato. Da un lato accennava, ma allo stesso tempo lasciava cadere, alla responsabilità dell'evento bellico sulle malattie mentali dei soldati, mentre dall'altro lato equiparava la fuga nella psicosi in guerra a quella in pace<sup>236</sup>. Sia chiaro che non si stava paragonando i modi del manifestarsi di queste patologie, bensì si decretava come il processo di rottura fosse tuttavia il medesimo<sup>237</sup>. Nel caso delle psicosi di guerra si riscontravano infatti atteggiamenti molto più poveri di immaginazione, dominati dalla paura e dal senso di oppressione rispetto alle forme che la devianza assumeva in pace. La riconosciuta identità del meccanismo di fuga decretavano in ogni caso la non ortodossia

---

<sup>235</sup> Freud, *Introduzione al libro "Psicanalisi delle nevrosi di guerra"*, p. 73, in *Opere*, vol. 9, *L'Io e l'Es e altri scritti 1917-1923*, Torino, Bollati Boringhieri, 2000.

<sup>236</sup> Lo scritto, risalente al 1919, si apre con la presa d'atto che il prolungarsi degli scontri stava portando acqua al mulino psicanalitico dopo anni di trionfo dell'approccio psichiatrico. Diventa quindi logico aspettarsi una recusatoria di scarso spessore nei confronti delle responsabilità della guerra. Una presa di posizione troppo forte a riguardo avrebbe infatti concorso nel ritorno all'oblio delle teorie psicanalitiche.

<sup>237</sup> Leed, *Terra di nessuno*, p. 217, sembra non condividere questa idea e decreta al contrario la quasi assoluta identità tra le malattie in pace e quelle in guerra. L'unico vero elemento di rottura era secondo Leed la nomenclatura che metteva in luce l'origine di un determinato shock. Ecco che venivano distinti gli shock da esplosione, da quelli da gas, da seppellimento e via dicendo.

dell'uso delle terapie elettriche per curare quei disturbi che nell'anteguerra venivano affrontati con l'ipnosi. Nel 1920 lo psicanalista di Vienna venne interpellato da una Commissione di inchiesta della Repubblica d'Austria volta a indagare il comportamento crudele tenuto da alcuni psichiatri nei confronti di militari affetti da nevrosi di guerra.

La preparazione psicologica dei medici è in genere decisamente lacunosa e più d'uno può aver dimenticato che il paziente che intendevamo curare come un simulatore dopo tutto non lo era. Tale procedimento terapeutico aveva tuttavia una macchia fin dall'inizio. Non mirava alla guarigione del paziente, o per lo meno non in prima istanza; mirava innanzitutto a renderlo nuovamente idoneo al servizio militare. La medicina si poneva in questo modo al servizio di intenzioni che sono estranee alla sua natura. Lo stesso medico era soggetto alla disciplina militare, e, se si lascia guidare da considerazione diversa da quelle prescrittegli, si esponeva al pericolo personale di essere retrocesso o di essere accusato di trascurare i suoi doveri. [...] Comunque, gli splendidi successi iniziali del trattamento con una forte corrente elettrica con l'andar del tempo non si rivelarono duraturi. [...] Non è mai stato smentito il fatto che negli ospedali teschi ci furono dei casi di morte durante il trattamento, o di suicidio in seguito ad esso<sup>238</sup>.

In alternativa Freud proponeva il metodo psicoterapeutico che permise al dottor Ernest Simmel di ottenere numerose e durature guarigioni.

In Italia non solo mancò chi intendesse partecipare a tali questioni, ma, a partire dall'ultimo anno di guerra, si assistette ad una ulteriore recrudescenza nel sistema istituzionale. I pazienti affetti da turbe mentali vennero considerati lesivi della società civile e, in quanto tali, dovevano essere spediti al fronte appena fossero stati in grado di controllare le loro funzioni più basilari. Il recupero veniva programmato e ottenuto in 6-8 giorni con un uso abbondante di scosse elettriche e, una volta in linea, dovevano essere impartiti loro i compiti più logoranti e più rischiosi. Allo scopo primario di danneggiare il nemico se ne andava ad aggiungere in questo modo un secondo non meno importante: l'eliminazione del soggetto rivelatosi socialmente indesiderabile. Secondo i dettami di Placido Consiglio, psichiatra militare di formazione lombrosiana direttore del Centro di prima raccolta di Reggio Emilia, i crolli nervosi erano da ritenersi indice di debolezza o di mancata accettazione della propria posizione sociale, dunque dovevano essere considerati

---

<sup>238</sup> Freud, *Promemoria sul trattamento elettrico dei nevrotici di guerra*, p. 173-174, in *Opere*, vol. 9, *L'io e l'Es e altri scritti 1917-1923*, Torino, Bollati Boringhieri, 2000.

lesivi per la pace collettiva e gestiti nel modo appena descritto<sup>239</sup>. Era l'abbandono di ogni razionalità e di ogni rispetto per la vita e le sofferenze umane; era anche un capovolgimento del *modus operandi* fino a quel momento utilizzato nelle procedure di arruolamento che prevedevano l'allontanamento dall'esercito dei soggetti inabili, pericolosi o infidi. La guerra totale dimostrava ancora una volta il potere di piegare alla propria logica ogni sforzo umano, in questo caso attraverso lo sfruttamento del disagio mentale.

L'idea che stava alla base di questo trattamento trovava ancora una volta fondamento nella diretta dipendenza che sembrava intercorrere tra il corpo e lo spirito. Scartata l'ipotesi che la fuga nella follia fosse la risultante di uno shock vissuto in battaglia, il rischio di morte, l'omicidio imposto o il lutto continuo, non rimaneva che spiegare il problema come diretta conseguenza di una conformazione fisiologica, perciò insita nel soggetto e potenzialmente pericolosa seppur latente. A riguardo lo psichiatra Giorgio Benassi affermava che "il concetto di predisposizione – cui si associava di conseguenza quello di degenerazione – dominava talmente dottrine e abitudini mentali da non potersi quasi comprendere la possibilità di farne a meno"<sup>240</sup>.

La conclusione degli scontri bellici trascinò con sé un diffuso, anche se non completo, ritorno alla normalità eliminando in molti casi il palesarsi della sintomatologia del disturbo mentale. Questo fu sufficiente per considerare i distinguo del caso ed evitare le generalizzazioni che avevano imposto fino a quel momento il ricorso indiscriminato alla scossa elettrica: la guerra poteva quindi generare disagio mentale<sup>241</sup>.

---

<sup>239</sup> Sempre Placido Consiglio si fece promotore di una campagna proibizionista contro la somministrazione dell'alcol nell'esercito proprio perché considerato una tra le ragioni principali di insubordinazione, violenza tra commilitoni e predisposizione alla malattia mentale. A riguardo: Raffaele Pasquariello – Giovanni Pecchioni, *Il consumo di alcol, farmaco e alimento, nella tradizione e nella disciplina militare*, in «Giornali di medicina militare», anno 149°, n. 5/6, 1999, p. 471-489.

<sup>240</sup> Bianchi, *Psichiatria e guerra*, p. 312.

<sup>241</sup> Un atteggiamento allo stesso modo fuorviante si rintraccia in diversi altri studi di cui può essere valido esempio la trattazione del professor Lattes Leone, capitano medico, libero docente di medicina legale nella R. Università di Torino, *Gli omosessuali nell'esercito*, p. 63-73, in «Giornale di medicina militare», Roma, Ispettorato di Sanità militare, 1917. Il medico, in perfetta sintonia con ciò che si è già accennato altrove, dichiara: "Persino l'elenco delle infermità ha riguardo a considerazioni puramente estetiche, quando descrive di eliminare individui fisicamente sani e robusti per macchie estese sul volto o deformazioni ai padiglioni auricolari. Questo punto di vista che è di applicazione ovvia nella prevenzione di malattie infettive e contagiose, deve pure tenersi presente anche per ciò che riguarda le alterazioni mentali in genere e l'omosessualità in ispecie, perché è fuori di dubbio la possibilità di contagi psichici". Il testo prosegue con un catalogo delle diverse forme di omosessualità e con la descrizione di alcuni casi patologici riformati. Tale analisi si conclude suggerendo non tanto di trattare la "dichiarata patologia" come un'infermità invalidante, ma, fatta rientrare tra le infermità mentali minori deve essere tenuta di massimo riguardo e considerata di necessaria eliminazione. In questo modo, assicura Lattes, si sarebbe

La rapida analisi svolta fino a questo momento dovrebbe permettere un approccio più chiaro al fenomeno dell'autolesionismo e della simulazione.

La memorialistica medica, di cui dà notevole esempio Gaetano Boschi, coglie il fenomeno dal punto di vista professionale:

Relativamente frequente era la simulazione di pazzia. I medici specializzati avevano però scovato un fiuto singolare nel “*dépister*” questa simulazione. Un giorno due o tre medici insieme stavano concludendo che simulasse un miliare che faceva il sordo e il tonto. A un tratto il soggetto spiccò la corsa, indicando chiaramente l'intendimento di volersi buttare dalla finestra. Tutti balzarono per trattenerlo; tranne uno di loro, il quale si sentiva un tale senso di certezza nella diagnosi di simulazione che, con gesto e parola perentori, osò trattenerne i pietosi dal trattenerne il suicida dimostrativo. [...] Ma, per fortuna aveva colto nel segno diagnostico ed aveva cioè a che fare con un briccone davvero. Il quale giunto di spinta contro il davanzale della finestra, ebbe come una resipiscenza fulminea. In vista del vuoto, ben preveduto si era ben preparato ad indietreggiare. Si dimenò grottescamente; si buttò a terra, sul pavimento, innocuo della sala<sup>242</sup>.

Dopo una rassegna di casi analoghi Boschi conclude:

A guardarlo bene il simulatore era sempre un tarato. [...] Però non va dimenticato che la psichiatria vede anormalità in ciascuno di noi. Ciascuno di noi potrebbe avere un germe, una possibilità teorica di diventare un simulatore di pazzia. Di qui la necessità di prevenire il dilagare della simulazione con l'esempio della repressione di singoli casi. Ci voleva l'impressione diffusa di una disciplina senza transigenza: il giudizio clinico doveva farsi piuttosto sommario: più forte che profondo. L'anima di combattente che era in ogni medico doveva forzare pedanteria e anche rigidità scientifica e indurre a squalificare la portata pratica delle sfumature patologiche e dichiarar responsabili di fronte alle esigenze della Patria chiunque risultasse corredato solo di un certo minimo di consapevolezza [...] <sup>243</sup>.

Lo stesso atteggiamento riguardava le diagnosi relative alle ferite e ai danni fisici. Non a caso Boschi mette in guardia da tutti i soldati che accusano disturbi e dolori generici riconducibili, ad esempio, al nervo sciatico. Accusando i militari di accentuare un disturbo appena percepito in modo contrario di quello che si fa in tempo di pace, quando

---

potuto epurare e mantenere in forze la morale dell'esercito senza dover riconoscere alcun diritto di assistenza o pensionamento.

<sup>242</sup> Boschi, *La guerra e le arti sanitarie*, p. 53-54.

<sup>243</sup> Boschi, *La guerra e le arti sanitarie*, p. 57.

cioè la sciatica viene per lo più celata o negata con disinvoltura, lo studioso spiega che è compito del medico militare rimandare al fronte tutti quelli che, nonostante le lamentele, sono in grado di svolgere i compiti di servizio<sup>244</sup>.

Un atteggiamento del genere permette agilmente di spiegare il senso di uno dei canti raccolti da Caravaglios: “La sanità è quell’arma del modello / per apprestà le cure alli soldati / perché quelli scampati dar macello / benché feriti, vengono scannati. / Fan lavoro coraggioso, / che ie manca anco er riposo / ma tante volte, / invece de sarvà, te dan la morte”<sup>245</sup>.

Con toni meno coloriti, il contenuto di questi stessi versi si trova riproposto, ancora una volta, da Carlo Salsa che in modo freddo e disilluso, tipico di tutta la memorialistica di guerra, racconta di ciò che gli riferiva un soldato sul San Michele:

Oggi, a Sdraussina, ne hanno fucilati parecchi, quasi tutti feriti alle mani. C’era uno che s’era sparato in un piede, togliendosi prima la scarpa: poi se l’era rimessa, era sceso tranquillamente, e pretendeva di essere stato colpito dagli austriaci. Bel tipo! Ma io penso che qualcuno deve proprio essere stato innocente. Si sa, non ci vuol nulla ad essere feriti alle mani [...]. Ma laggiù si vede cha hanno voluto dare un esempio e oggi ne hanno fatto un’informata prendendoli in blocco. C’era Bellin che giurava e spergiurava d’esser stato beccato al dito pollice da una pallottola finita nel sacchetto che tentava di mettere su: e quando quello li bestemmia dice sempre la verità [...]<sup>246</sup>.

Le denuncie all’autorità militare assommarono a 870 mila, di cui 470 mila figuravano essere renitenti mai tornati in patria dopo essere migrati all’estero per trovar lavoro. Fatta questa scrematura se ne ricava che il 6% dei militari, tra ufficiali e soldati, fu sottoposto ad una qualche forma di provvedimento disciplinare<sup>247</sup>. Secondo Mario Isnenghi e Giorgio Rochat l’alta percentuale deve essere valutata alla luce di una ampia serie di cause, prima tra tutte, l’arretratezza insita al sistema giuridico militare che era fermo al 1859. Tale tipo di ordinamento conferiva a Cadorna e ai generali non solo il diritto di vita e di morte su tutti i suoi sottoposti, ma permetteva loro di ricorrere indiscriminatamente al criterio secondo cui in guerra “non sia indispensabile colpire il colpevole effettivo e provato, ma sanzionare immediatamente agli occhi dei responsabili e

---

<sup>244</sup> Boschi, *La guerra e le arti sanitarie*, p. 51-53.

<sup>245</sup> Caravaglios, *I canti delle trincee*, p. 237.

<sup>246</sup> Salsa, *Trincee*, p. 101.

<sup>247</sup> Enzo Forcella – Enzo Monticone, *Plotone d’esecuzione. I processi della prima guerra mondiale*, Bari, Laterza, 1968, p. xvi.

di tutti un crimine sociale”. Necessità che raggiunse il culmine con la triste procedura della decimazione<sup>248</sup>.

L’autolesionismo, che in diversi casi diventava una vera e propria auto mutilazione può essere in qualche modo inteso come un ulteriore fronte interno di lotta. I soldati, contrari e insofferenti a ciò che erano costretti a vivere, si organizzarono tanto da ottenere un approccio pseudo-professionale alla medicina. Era la guerra del medico contro il simulatore: una lotta ad armi pari, s’è visto con il caso citato di Bernardi, in cui ognuno dei contendenti perfezionava l’arte e affinava le tecniche proprio a partire dagli spunti che l’altro offriva.

Originariamente i danni, e soprattutto le malattie, che i soldati si infliggevano erano per lo più di derivazione tradizionale e popolare: ad esempio la bronchite ottenuta inalando grandi quantità di fumo di paglia umida, o le iniezioni di petrolio usate in epoca industriale per ottenere risarcimenti assicurativi sul lavoro. Proprio per questa origine ancestrale si può parlare di una specializzazione su base regionale. Infine, mescolando le conoscenze tradizionali delle proprie zone d’origine che i soldati portavano con loro, il bagaglio culturale andava rapidamente sofisticandosi. I medici però impararono presto a riconoscere questi danni procurati “artificialmente” e a realizzare metodi confutatori, quando non ad apprenderne la tecnica stessa infoltendo il loro bagaglio di conoscenze. Non mancano infatti i casi di soldati che dimostrano di saper diagnosticare con precisione un malanno o proporre, in caso, una cura efficiente<sup>249</sup>.

Ma questo scontro interno era destinato a mietere le sue vittime attingendo da una sola delle parti in campo. Il codice penale dell’esercito prevedeva all’articolo 174 un minimo di 5 anni di reclusione e i lavori forzati per atti di automutilazione e simulazione.

---

<sup>248</sup> Isnenghi – Rochat, *La Grande Guerra*, p.244. Alla decimazione si deve aggiungere anche la altrettanto triste pratica adottata dall’esercito e dal governo italiano di Boselli e Salandra, che prevedeva l’abbandono dei soldati caduti prigionieri. L’Italia decise di trattare, a titolo di esempio educatore, tutti i prigionieri come se fossero disertori o traditori, privandoli dunque di ogni tipo di assistenze, sussistenze e proibendo alle organizzazioni internazionali come la Croce Rossa di intervenire in loro soccorso. Un brevissimo, didascalico accenno a riguardo si trova in Isnenghi – Rochat, *La Grande Guerra*, p. 341, in un paragrafo tristemente intitolato *Centomila morti per scoraggiare i disertori*. La stessa vicenda, con un maggiore focalizzazione sul ruolo di connivenza tenuto dalla chiesa cattolica nei confronti dei prigionieri italiani lasciati morir di fame a Mauthausen si trova in: Gian Paolo Bertelli, *Mauthausen 1918. Una tragedia dimenticata*, <<http://www.cimeetrincee.it/mat1918.pdf>>.

<sup>249</sup> Gibelli, *L’officina della guerra*, p. 147-150. Sembra giusto specificare, con Boschi, *La guerra e le arti sanitarie*, p. 28-29, che queste conoscenze non solo rimanevano prerogativa di comunque pochi soldati che dispensavano poi consigli e rimedi a chi lo richiedeva, ma in generale le conoscenze sull’arte sanitaria erano per i più materia assolutamente oscura. A riguardo si legge appunto nel Boschi che molti soldati erano convinti, e diffusero la stessa convinzione tra i famigliari, che il vaccino anti tifo fosse in realtà del sangue di leone che i medici avrebbero somministrato ai soldati per renderli più temerari e agguerriti.

Ciò voleva dire che il colpevole correva il rischio di passare tutto il tempo rimanente della durata della guerra dietro le sbarre. Era quindi piuttosto frequente poter assistere, nei tribunali, al momento della lettura della condanna, ad gesti inconsulti e manifestazioni di gioia scomposta da parte dei soldati che, condannati, si erano tolti dall'impiccio della guerra.

Le autorità agirono di conseguenza, imponendo il ritorno in linea a tutti i condannati a meno di tre anni. La soluzione produsse un male maggiore della cura, perché i militari si dedicarono a reati sempre peggiori nel tentativo di ottenere il massimo della pena detentiva. Il circolo vizioso ebbe fine solo nel momento in cui l'autorità militare decretò l'auto ferimento come una delle forme possibili di resa ed estese il significato della specificazione "in faccia al nemico" a tutto il territorio della penisola. Chiunque simulasse imbecillità, si deturpasse gli occhi o si staccasse, come succedeva, una mano o un piede con il vanghetto in dotazione era dunque responsabile di essersi sottratto al dovere e perciò punibile con la pena di morte tramite fucilazione.

Contemporaneamente fu imposto una maggior fermezza nel valutare le domande di grazia. I giudici militari preposti alla valutazione vennero a loro volta sottoposti a controlli e, nel caso di incompatibilità col l'integerrima morale e disciplina richieste dal ruolo, potevano venire allontanati dagli uffici e inviati a combattere. Quando le circolari del Ministero della guerra iniziarono a chiedere più fucilazioni a scopo preventivo e dissuasivo, calò del tutto il numero dei giudici disposti a dare ascolto alla propria clemenza e coscienza<sup>250</sup>.

Da una rapida scorsa dei 166 casi giudiziari riportati (su circa 100 mila osservati) da Forcella e Monticone in *Plotone d'esecuzione*, si nota come l'autolesionismo fosse un fenomeno assai diffuso, che veniva trattato dalle autorità senza schemi troppo precisi. Non a caso il libro si apre con la condanna a morte per l'amputazione di un dito arrecatasi da un singolo soldato, e continua con diversi episodi di ferimenti reciproci di massa, che meritano la condanna a un paio di decine d'anni di carcere ma non alla pena capitale. Quasi tutti i racconti di vicende analoghe, dalle più coraggiose alle più disgustose riportate dai memorialisti e dagli studiosi, spiegano l'ampia diffusione del fenomeno presentandolo come l'unica e sola logica risposta attuabile per i soldati che volevano avere una minima possibilità di salvarsi: "Può anche darsi ... – risponde l'autolesionista

---

<sup>250</sup> Attilio Frescura, *Diario di un imboscato*, Milano, Mursia, 1981, p. 197-203.

al compagno che gli chiede se non teme di restarci secco – Ma così, forse, me la cavo. In trincea no, non me la cavo”<sup>251</sup>.

Da un articolo apparso sul «Giornale di medicina militare» del 1918 si ricava che gli auto ferimenti volontari riscontrati nella ... armata dall’ottobre del 1916 all’ottobre del 1917 furono 1774<sup>252</sup>. Questi furono ritenuti colpevoli di autolesionismo su un totale di 3277 denunce fatte alle autorità nello stesso periodo. L’autore mette in luce come ci fosse un aumento dei casi sospetti nei periodi a ridosso degli assalti, quando cioè minore era il controllo e maggiore era, oltre alla confusione, la paura dei soldati.

Su ammissione del tenente colonnello medico Sertoli le difficoltà incontrate dalle commissioni mediche per decretare la presenza o meno dell’autolesionismo erano notevoli. Questo perché i soldati affinarono la tecnica ad esempio usando pagnotte, coperte o scatole di carne per impedire che il colpo auto esplosivo lasciasse i segni della bruciatura; oppure perché avevano capito che le ferite alla mano destra suscitavano meno sospetti rispetto a quelle sulla mano sinistra. Dall’altra parte, Sertoli ammette che nel fragore di una battaglia e del corpo a corpo, le ferite inflitte dal nemico a distanza ravvicinata presentano le medesime caratteristiche di quelle che i soldati si potevano praticare. Era altresì impossibile capire se lo schiacciamento di una mano, un piede o un arto, o le ferite laceratocontuse che i soldati affermavano essere il risultato dell’impatto con pietre smosse dalle esplosioni, fossero in effetti tali, o se fossero state praticate dagli stessi militari.

### **Medici, ospedali e altri contenitori**

Una volta che nell’adempimento del suo completo dovere era stato ferito, il soldato veniva sottoposto a trattamenti rigorosi e sistematici volti a ottenere una diagnosi e una cura quanto più efficaci e rapide possibile. L’organizzazione di tali trattamenti andò istituendosi col tempo lungo tutto il periodo bellico.

Il medico del posto di medicazione [11], il primo sanitario che incontrava o andava incontro ai feriti, procedeva ad una rapida medicazione volta a disinfettare e a ripulire la

---

<sup>251</sup> Frescura, *Diario di un imboscato*, p. 199.

<sup>252</sup> Alfonso Sertoli, *Rendiconto statistico sugli autoferimenti volontari osservati nella ... armata dall’ottobre del 1916 all’ottobre del 1917*, p.490-495, in «Giornale di medicina militare», Roma, Ispettorato di Sanità militare, 1918. L’autore era il tenente colonnello medico dell’ospedale da campo n.211, libero docente di patologia chirurgica nella R. Università di Pisa. Il numero dell’armata cui ci si riferisce manca sul testo per motivi di censura che impediva la diffusione di informazioni troppo dettagliate anche riguardo la logistica dell’esercito. Nel dettaglio delle ferite sospette e dunque esaminate dalla commissione: 87% del totale furono ferite alle mani, contro i 6,38% delle ferite ai piedi e il 5,72% delle ferite rimanenti.

ferita per evitare le infezioni e fissava al corpo di questi una tabella provvista di due tagliandini: uno verde e uno rosso. Sulla tabella il medico scriveva le generalità del soldato, l'entità della ferita, le cure già applicate e ogni informazione che riteneva utile far sapere ai colleghi della sezione di sanità più vicina. Venivano inoltre strappati i tagliandini colorati a seconda dell'urgenza. Mancando entrambi la ferita era lieve, dunque lo sfortunato poteva essere operato alla sezione di sanità e quindi rinviato in linea e, in ogni caso, non aveva alcuna precedenza di trattamento. Nel caso il medico del posto di medicazione avesse tolto il talloncino rosso il soldato era da considerarsi trasportabile e, dunque, mandato agli ospedali da campo per una cura meno immediata ma di una certa urgenza. Se alla tabella rimaneva invece appeso il solo tagliandino rosso significava che il ferito era grave e non trasportabile: si doveva dunque procedere all'operazione nella stessa sezione di sanità e il più rapidamente possibile.

Prima di allontanare un ferito dal posto di medicazione occorreva prepararlo. Per preparazione si intendeva arrestare l'emorragia con l'elastico o con una compressione di qualsiasi mezzo, immobilizzare la parte ferita con una stecca o un'asta rigida qualsiasi allo scopo di evitare ulteriori lacerazioni o riaperture, detergere e disinfettare con la tintura di iodio, aspettare una sommara essiccatura dei liquami che spesso uscivano dalle ferite lacerocontuse provocando infezioni, dunque fasciare, anestetizzare il soldato con della morfina e praticare alcune altre iniezioni anti collasso<sup>253</sup>. Il tutto doveva essere fatto mentre i feriti potevano arrivare a centinaia, e soprattutto mentre tutto attorno cadevano i proiettili dell'artiglieria nemica e amica.

I posti di medicazione avanzati infatti non erano sempre contrassegnati con i segni di neutralità, quali la Croce rossa o i lumini come previsto dalla Conferenza di Ginevra, per evitare di offrire al nemico informazioni rilevanti sulla dislocazione degli uomini in

---

<sup>253</sup> L'uso della garza sterile e della tintura di iodio si rivelò fin da subito troppo poco efficace. Si procedette dunque all'uso sempre più frequente di antisettici quali acqua ossigenata, acido fenico, nitrato di argento e permanganato di potassio. All'inizio del conflitto questi erano stati proscritti dall'uso militare perché si riteneva andassero ad annichilire l'azione degli agenti naturali di difesa dell'organismo, impedendo la guarigione spontanea. Venivano usate come anestetici, oltre alla morfina, le capsule di eroina e piccole dosi di cocaina. A riguardo: Fabio Montella, *Chirurgia e chirurghi nella Prima Guerra Mondiale*, p. 129-130, 142, in Fabio Montella – Francesco Paoletta – Felicita Ratti (a cura di), *Una regione ospedale. Medicina e sanità in Emilia-Romagna durante la Prima Guerra Mondiale*, Bologna, Clueb, 2010. Lucio Fabi, *Le ferite della guerra. Guerra di trincea e strutture sanitarie nell'Esercito italiano del 1915-1918*, p. 29-30, in Elisa Grando (a cura di), *Malattia e medicina durante la grande guerra 1915-1918*, Udine, Gaspari, 2009, spiega come la raffinazione della cocaina ottenne un incremento massiccio proprio in questo momento, finendo per diventare un riconosciuto *status symbol*.

campo<sup>254</sup>. Solo nel caso di un numero considerevole di feriti assai gravi si poteva procedere a un cambio di direttive. In questo caso, il posto di medicazione veniva contrassegnato e si iniziavano a praticare *in loco* i primi interventi d'urgenza, altrimenti destinati alla seconda o agli ospedali in terza linea. Sulla prima linea era pressoché vietato praticare l'estrazione dei proiettili e le amputazioni, considerate operazioni troppo delicate e lunghe, che avrebbero sottratto tempo utile al medico per esaminare altri feriti<sup>255</sup>. All'inizio delle ostilità il divieto di operare vigeva anche nelle sessioni di sanità ma la gravità di una situazione a cui nessun medico era preparato impose una prassi meno rigida<sup>256</sup>.

La prima linea di sanità si estendeva, profonda dai mille metri ai tre chilometri, dalle trincee verso l'interno [10]. Nel cuore dunque delle operazioni belliche, avevano sede i posti di medicazione, le sessioni di sanità, agli ospedaletti da campo (massimo 50 posti letto, contrassegnati da un numero progressivo preceduto da uno zero) e le ambulanze della Croce rossa<sup>257</sup>. Molto raramente si potevano trovare anche alcuni ospedali da campo (dai 50 ai 200 posti letto, contrassegnati dal solo numero progressivo). Questi servizi sanitari detti "mobili" erano luoghi nei quali si esercitava la cura temporanea dei feriti con una degenza assai breve. Lo scopo era di sistemare il ferito nel modo migliore per permettergli il trasporto alla seconda linea, senza tuttavia perdere il contatto con l'esercito in eventuale avanzamento; motivo che spiega i brevi periodi di stazionamento degli infermi. Il rifornimento di queste strutture avveniva tramite carri o muli da soma, ulteriore ragione di limitatezza del numero dei degenti possibile.

Se i posti di medicazione erano per lo più situati in trincea o in parti dismesse di queste, gli ospedaletti sorgevano invece in scuole o conventi requisiti dall'esercito per l'occasione durante l'offensiva<sup>258</sup>.

Sempre in prima linea potevano trovarsi anche dei rari posti più avanzati chiamati "nidi", che fungevano più che altro da luogo di raccolta dei feriti direttamente sul campo di battaglia, prima di cercare di trasportarli ai successivi posti di medicazione.

---

<sup>254</sup> Salsa, *Trincee*, p. 38: "Conosco la tranquillità con cui certi cialtroni, che impallidiscono al solo dubbio che le croci rosse non siano abbastanza visibili, discutono dei pericoli e delle sofferenze dei fessi che stanno in trincea". Di tutta risposta un passo di Boschi, *La guerra e le arti sanitarie*, p. 51, mostra come a detta dei medici tutti i soldati feriti, malati o doloranti altro non siano che simulatori. Se non la stima, almeno in disprezzo era reciproco.

<sup>255</sup> Boschi, *La guerra e le arti sanitarie*, p. 29-33.

<sup>256</sup> Giovanni Allevi, *L'assistenza sanitaria in guerra*, Firenze, R. Bemporad & Figlio, 1916, p. 17.

<sup>257</sup> Sull'importanza delle ambulanze mobili: Montella, *Chirurgia e chirurghi nella Prima Guerra Mondiale*, p. 118-120.

<sup>258</sup> Montella, *Chirurgia e chirurghi nella Prima Guerra Mondiale*, p. 114-116.

La seconda linea era detta zona delle tappe, necessarie per far riposare i feriti. Alcune erano formate da servizi sanitari mobili e, in questo caso, potevano essere utilizzate come rinforzo alle sessioni di prima linea. Altre erano tappe fisse come ospedali da campo, infermerie e case di riposo.

Infine in terza linea avevano sede le infermerie di presidio e i depositi dei convalescenti. Era il Servizio sanitario territoriale che si avvaleva degli ospedali civili adattati all'uso militare, di caserme e di musei per accogliere il grosso dei feriti e dei malati. Patria di tutta questa terza linea divenne l'Emilia-Romagna, sia perché posta a giusta distanza dal fronte, sia perché inserita in un contesto di collegamenti stradali, marittimi e successivamente ferroviari sufficienti a garantire un adeguato spostamento dei feriti, disbrigando le zone a ridosso del fronte<sup>259</sup>. Qui i feriti venivano infine divisi dagli ammalati e inviati ciascuno ai rispettivi ospedali di specialità.

Lì, in terza linea, sul pavimento ricoperto di paglia in attesa di destinazione, stavano “centinaia di corpi maleodoranti stesi uno accanto all'altro, con ferite aperte ed infette, arti frantumati, lamenti, grida, e poi i medici stanchi e spazientiti, infermieri brutali, ufficiali inquisitori alla ricerca di autolesionisti e simulatori”<sup>260</sup>. Erano corpi che appartenevano a entrambe le parti in lotta, nel rispetto delle convenzioni internazionali, anche se italiani ed austriaci non negarono mai di dare la precedenza in qualsiasi caso ai propri feriti.

Alla vigilia della guerra, si era calcolato che sarebbe stato necessario rendere disponibili un totale di posti letto pari a un decimo degli effettivi dell'esercito. Nonostante i rapidissimi aumenti, i numeri non furono mai sufficienti<sup>261</sup>. La realtà si rivelò fin da subito piuttosto atroce per tutti, medici e pazienti. La selezione che avrebbe deciso la sorte del ferito, lieve, trasportabile o urgente, era spesso dozzinale, fatta a colpo d'occhio in condizioni estreme di stress psicologico. Gran parte dei feriti considerati più gravi

---

<sup>259</sup> Montella, *Chirurgia e chirurghi nella Prima Guerra Mondiale*, p. 121-122. Fino al 1916 l'esercito italiano mancava di treni per il trasporto di feriti e malati. Questi erano costretti a viaggiare in vagoni merci o nelle terze classi dei vagoni civili. Diversi erano invece i treni della Croce Rossa e dell'Ordine di Malta, dotati fin da subito di sospensioni adeguate, posti letto strutturati per le tipologie di feriti e quant'altro fosse necessario vista la delicatezza del compito.

<sup>260</sup> Antonelli, *I dimenticati della Grande Guerra*, p. 119-121.

<sup>261</sup> Isnenghi – Rochat, *La Grande Guerra*, p. 263. Nel 1915 i posti al fronte erano 24 mila mentre 100 mila erano disponibili nelle retrovie. Già nel 1916 il numero al posti sul fronte italiano salì a sua volta a 100 mila. I medici, un migliaio nel 1915 divennero 17 mila nel 1918 a cui si aggiungevano 8200 crocerossine volontarie, farmacisti e ecclesiastici mobilitati che per lo più venivano assegnati agli ospedali. Alla fine del conflitto c'erano 96 sezioni sanità, 234 ospedaletti, 167 ospedali da 100 e 46 da 200 posti, 9 ambulanze chirurgiche, 17 radiologiche e 38 sezioni disinfezione. I treni ospedale della Sanità militare erano 59, ai quali se ne dovevano aggiungere 24 della Croce rossa e 4 dell'Ordine di Malta.

venivano deposti nella tenda dei moribondi, anestetizzati e lasciati morire per impossibilità a procedere<sup>262</sup>. Tale impossibilità non era una questione facile né semplicemente un sinonimo di disorganizzazione. Al contrario, la chirurgia stava attraversando in quel momento una fase di ridefinizione professionale dovuta proprio all'impatto delle novità introdotte dalla guerra e molte certezze sulle modalità impiegate fino ad allora furono sottoposte a profonde critiche. Si acuiva la divisione tra vecchi accademici tradizionalisti e giovani medici al fronte, alle prese con una realtà fatta di situazioni incredibili. Scrive a riguardo Gaetano Boschi:

[...] la paurosità degli strumenti guerreschi. E i gas asfissianti. Ferite estese ad organi diversi, aggravandosi così il male di un organo con il male di un altro. Le lesioni di un viscere, per esempio dell'intestino o della vescica, ha una sorte molto diversa quando è indenne il sistema nervoso che regge al loro virilità, attivandone la nutrizione, tonificandone le energie, rispetto a quando, leso anch'esso, abbandona alle sue circostanze morbose le viscere, impari da solo la propria difesa biologica. Ferite estese da sgomentare il chirurgo ancor più che il ferito. Ferite piccole e maliziose. Quasi invisibile la porta d'entrata di una scheggia entro il corpo del povero ferito; recisa in profondità la midolla spinale, un cordoncino esile come un dito, labile come una gelatina, in cui è tuttavia compendiata ogni possibilità di sentire e di muoversi dell'organismo<sup>263</sup>.

In tutte le strutture fin qui descritte lavoravano medici militari e medici civili inquadrati nell'esercito secondo delle corrispondenze dirette. La Sanità militare aveva una struttura gerarchica con gli stessi gradi dell'esercito e veniva rappresentata presso lo Stato maggiore e l'Intendenza generale da due medici ispettori con il grado di generali. Proprio come l'esercito si divideva in armata, corpo d'armata e divisione, così a Sanità militare poneva come direttori di riferimento a tali gruppi un generale o un colonnello, un colonnello o tenente colonnello e un maggiore. A queste figure, tutti militari-medici, spettava il compito di organizzare la cura e la medicazione di malati e feriti, il loro trasferimento e il loro sostentamento. Ogni armata aveva infine un laboratorio chimico-

---

<sup>262</sup> Keegan, *Il volto della battaglia*, p. 288-290, spiega che la procedura tripartita prese il nome dal francese *triage*, parola tutt'ora in uso in ambito ospedaliero. Ancora, l'autore precisa che prima di valutare negativamente la sorte di quelli lasciati a morire negli ospedali da campo è bene tener presente come ci fosse un'alternativa ben peggiore e più diffusa: quella di trovarsi abbandonati per ore sulla terra di nessuno a morire da soli lentamente dissanguati senza che alcuno potesse portare aiuto. Tale situazione era all'ordine del giorno, tanto che non mancarono le tregue non ufficiali fatte per permettere ai porta feriti la raccolta di quelli che erano rimasti sul campo.

<sup>263</sup> Boschi, *La guerra e le arti sanitarie*, p. 23.

batteriologico e gli apparecchi per la disinfezione, mentre i corpi d'armata gestivano le strutture per le analisi delle acque e del vino e gli apparecchi radiografici portatili<sup>264</sup>.

Tra i medici civili arruolati quelli a meno di cinque anni dalla laurea diventavano sottotenenti, con più di cinque anni erano tenenti, mentre i capitani venivano scelti tra i primari e i liberi docenti, infine i professori universitari diventavano maggiori<sup>265</sup>.

Molti dunque erano alle prime armi e nonostante ciò si dovettero arrangiare col poco che sapevano e che avevano a disposizione. Sempre Boschi riporta ad esempio un frammento di diario in cui il medico lamentava di avere a disposizione una sola barella e dei portafiniti che non la sapevano montare, né avevano idea di quale sarebbe stato il loro ruolo. Lacuna questa che il chirurgo decise personalmente di colmare istruendo gli assistenti per un'ora al giorno. Analogamente viene riferito di come solo nel 1923 si iniziò a riflettere per via istituzionale, al II Congresso internazionale di Medicina e Farmacia militare, sull'importanza di destinare al servizio ambulanze chirurghi che dimostrassero non solo un'adeguata preparazione intellettuale e morale ma anche una innata capacità di resistenza, tale da garantirne l'efficienza prolungata per un ruolo nel contempo tanto delicato e spossante<sup>266</sup>.

Ma le questioni più pregnanti riguardavano proprio l'atteggiamento dei medici sulle vicissitudini professionali. La prima tra queste, su cui per molte pagine si ferma Boschi, è lo schierarsi per l'intervento militare o meno alla luce del giuramento che li voleva pronti a salvare vite piuttosto che a fare la guerra, e ad usare quel sentimento, del tutto alieno ai campi di battaglia e agli eserciti, che era l'umanitarismo<sup>267</sup>. Sembra si possa descrivere quella medica come una fetta di società per la maggior parte interventista e ben disposta a rimandare a poi qualsiasi forma di dubbio morale, lasciando spazio nell'animo al solo spirito patriottico, che è stato mostrato dare il meglio di sé nel paragrafo precedente. È anche da tener comunque presente che, qualsiasi fosse la

---

<sup>264</sup> Salvo dove specificato, la descrizione dell'organizzazione delle tre linee di sanità e presa da: Allevi, *L'assistenza sanitaria in guerra*, p. 15-20.

<sup>265</sup> Ricordano Isnenghi – Rochat, *La Grande Guerra*, p. 263, che nel 1915, per sopperire alla mancanza di laureati ed abilitati in medicina, cronica nel caso italiano, vennero istituite delle università campali prima a San Giorgio di Nogaro, poi a Padova; Ambrogio Fassina, *Il ruolo dell'Università di Padova durante la Grande Guerra e l'Università Castrense di San Giorgio di Nogaro*, p. 9-15, in Elisa Grando (a cura di), *Malattia e medicina durante la grande guerra 1915-1918*, Udine, Gaspari, 2009.

<sup>266</sup> Boschi, *La guerra e le arti sanitarie*, p. 138-140.

<sup>267</sup> Sempre Boschi riporta un dialogo tra due medici: M1- E cosa ci dovrebbe servire la pistola? M2- A spararci, quando ci trovassimo abbandonati al nemico. Boschi, *La guerra e le arti sanitarie*, p. 48.

specializzazione del professionista, la guerra avrebbe sicuramente offerto un vastissimo campionario di casi e di novità con le quali far progredire la scienza.

Ci si divideva tra interventisti e non, ma ancor di più tra chi riteneva necessario praticare amputazioni, di occhi, arti e mascelle, e chi preferiva procrastinarle facendone l'ultima risposta possibile; tra chi pensava che gli interventi più complessi come quelli alla testa o all'addome andassero eseguiti solo in ospedale e chi li riteneva d'obbligo anche in prima linea perché aumentavano le speranze di vita di chi speranza non ne aveva assolutamente più.

I progressi della medicina e dell'igiene compiuti nel secolo precedente avevano aumentato la probabilità di sopravvivenza anche dei feriti gravi. Si calcola che il numero dei feriti sopravvissuti dell'intero conflitto ammontasse a una cifra che rasentava i 40 milioni di individui. Essi furono, loro mal grado, il risultato pratico delle diatribe tra chirurghi a cui dovettero la vita. Le lotte più grandi si svolsero tra il fronte, lasciato molto spesso in mano a medici inesperti, e le retrovie, dove i medici più esperiti rimanevano coi nasi sui manuali per quanto inutili questi si fossero dimostrati nella pratica. La faccenda divenne una questione di principio: al fronte si sosteneva di trovarsi in una realtà mai studiata né immaginabile in patria; nelle università si riteneva che tutti i chirurghi di guerra fossero degli improvvisati e ciarlatani, entrati in sanità per evitare di imbracciare il fucile.

Un'altra lotta era quella tra l'intervento rischioso (testa, addome, tronco) e l'astensione a procedere. L'astensionismo operatorio fu assunto a legge morale all'inizio del conflitto su tutti i fronti di lotta. Si basava su un semplice calcolo statistico riferito alle guerre del passato. Escluse le guerre balcaniche del 1913, tutte le esperienze precedenti si erano dimostrate un totale fallimento e quei pochi spiragli di ottimismo immediatamente a ridosso della Grande Guerra non erano sufficienti per convincere i più. Non solo, ma moltissimi medici erano disposti a dimostrare, dati alla mano, che la percentuale di guarigioni tra i non operati era altissima, proprio come altissima era la possibilità di guarigione spontanea nel caso di ferita di fucile di piccolo calibro<sup>268</sup>.

A far cambiare questa convinzione contribuirono le prove addotte dai medici che scrivevano dal fronte su riviste specializzate e l'insistenza di quei chirurghi che si dedicavano ad operazioni su testa e addome già in tempo di pace. Dalla loro stava inoltre

---

<sup>268</sup> Montella, *Chirurgia e chirurghi nella Prima Guerra Mondiale*, p. 126-127.

una delle clausole del giuramento di Ippocrate, in quanto il non intervento poteva essere spacciato per abbandono terapeutico del ferito.

Ma il vero salto di qualità si ebbe con il passaggio alla guerra di posizione che permise agli eserciti di attrezzarsi con ospedali meglio equipaggiati anche a poca distanza dalla prima linea. Si sopperiva al gravissimo problema del trasporto dei feriti e si rendevano obiettivamente migliori le condizioni per procedere [11].

Anche se l'asepsi, l'eliminazione dei germi dalla sala operatoria attraverso l'uso di camici, guanti, cuffie, copri scarpe e mascherine, venne introdotta già nella metà del Ottocento, di fronte alle lordure dei campi di battaglia e delle trincee, dove i soldati vivevano rintanati nel terreno circondati dal fango, il problema si presentava assai grave e i progressi del secolo precedente vanificati<sup>269</sup>. Le condizioni di asetticità erano completamente mancanti all'inizio del conflitto nelle sessioni di sanità più avanzate e nelle ambulanze. Una volta che fu possibile realizzarle con alcuni accorgimenti e, soprattutto una maggior fiducia sulla pratica stessa, si poté intervenire evitando che il soldato ferito morisse di infezioni più che per problemi legati all'operazione<sup>270</sup>.

Altro dilemma era: amputare o conservare? Quest'ultima questione apriva poi un altro confronto su come si sarebbe dovuto proseguire per un successivo intervento di restauro. Basti pensare che la chirurgia maxillofacciale fu tra le specialità nate proprio grazie alle necessità imposte dalla prima guerra mondiale e dunque fu proprio in quel periodo che la disciplina vide la luce<sup>271</sup>.

Sul versante delle amputazioni si rintraccia un articolo del prof. Arnaldo Angelucci apparso nel 1917. L'oculista italiano difendeva il non intervento nel caso di enucleazioni di occhi feriti. Accusando i colleghi che si basavano sulle statistiche delle guerre precedenti, Angelucci spiegava che i casi di danneggiamento dell'occhio sano indotto dal mantenimento di un occhio malato o ferito, passarono dal 60% del 1870 al 16% della guerra di secessione e infine al 7‰ del primo conflitto mondiale fino al 1917<sup>272</sup>.

---

<sup>269</sup> Montella, *Chirurgia e chirurghi nella Prima Guerra Mondiale*, p. 129. L'antisepsi, o difesa dai germi, ebbe inizio nel 1867 con Joseph Lister, primo ad applicare acido fenico a cute e mucose ottenendo una importante riduzione della mortalità degli operati.

<sup>270</sup> Delaporte, *Medici e guerra*, p. 304-306.

<sup>271</sup> Delaporte, *Medici e guerra*, p. 301-303; Boschi, *La guerra e le arti sanitarie*, p. 31, 33, 42.

<sup>272</sup> Arnaldo Angelucci, tenente colonnello medico, direttore della Clinica oculistica della R. Università di Napoli, *Sulle enucleazioni degli occhi feriti in guerra e la rieducazione dei soldati semiciechi*, p. 573-574, in «Giornale di medicina militare», Roma, Ispettorato di Sanità militare, 1917.

In generale è possibile ravvisare una tendenza verso l'aumento delle operazioni più sofisticate anche a ridosso del fronte e una parallela diminuzione del ricorso alle amputazioni, da farsi solo se assolutamente necessarie. Entrambe le direttive trovano come primaria argomentazione la necessità di restituire uomini alla guerra il più in fretta possibile ed evitare che, passata la crisi internazionale, questi andassero a pesare sui conti pubblici attraverso l'assistenza sanitaria.

Infine, ultimo ma non meno rilevante fu lo scontro tra chi riteneva necessario realizzare una divisione della sanità e degli ospedali su base specialistica, e chi, piegato alle esigenze di guerra, riteneva la faccenda un inutile spreco di risorse che il periodo di difficoltà non poteva permettere. Rendere autonome le specializzazioni assegnando ad ognuna delle strutture ospedaliere specifiche avrebbe comportato un aumento delle già enormi difficoltà di trasporto e smistamento dei soldati invalidati, ma avrebbe permesso di realizzare dei progressi notevoli accentrando le informazioni ricavate dai vari casi specifici e gli specialisti che vi si dedicavano<sup>273</sup>.

Anche i medici morivano. Antonio Gibelli, nel paragrafo dedicato alle loro morti, mette in luce un modo di essere quasi paradossale dei medici in guerra. Da un lato erano coloro che più di chiunque altro entravano in diretto contatto con “ciò che altrove pare coperto dalla mistica del sacrificio o sublimato dalla retorica patriottica, oscurato dal dolore e dal bisogno di autodifesa psicologica” e che “qui diventa oggetto pieno e legittimo di osservazione, di argomentazione”<sup>274</sup>. Dall'altro lato sono tra coloro che, è stato accennato, si schierano a baluardo ultimo della morale patriottica e del sacrificio per la patria e che quindi ricadono nel discorso patriottico stesso. Celebrandoli come eroi nel *Libro d'oro* dedicato a questi dai medici italiani, sembra si voglia togliere dall'anonimato della morte di massa che adempiva invece il destino dei soldati. Nel libro infatti, trovano posto le narrazioni delle morti di costoro, la maggior parte delle quali avvenne per scoppio di granata, a dimostrazione del fatto che la loro attività a ridosso delle linee fosse rischiosa come quella dei militari<sup>275</sup>.

Rimanendo su quest'ambito, le statistiche dimostrano come ci fosse una assoluta coincidenza tra le morti dei sanitari e quelle dei soldati. Morivano anch'essi per lo più per l'azione dell'artiglieria, si moriva maggiormente tra i medici della fanteria e si morì molto di più tra il 1916 e il 1917 rispetto agli altri due anni di guerra. Il numero di specialisti

---

<sup>273</sup> Boschi, *La guerra e le arti sanitarie*, p. 176, 181.

<sup>274</sup> Gibelli, *L'officina della guerra*, p. 68.

<sup>275</sup> Gibelli, *L'officina della guerra*, p. 68-70.

uccisi era assai scarso, indice certo del loro impiego in retrovia, ma anche della loro esiguità in genere<sup>276</sup>. 368 furono i medici uccisi in combattimento, 323 morirono per malattie prese in servizio di cui 24 per contagio dovuto al servizio stesso<sup>277</sup>.

Come è stato accennato la morte per malattie fu, fino alla Grande Guerra, la causa principale di decesso nelle situazioni belliche.

Malnutrizione, deperimento fisico, logorio psicologico e condizioni igieniche assolutamente precarie furono all'ordine del giorno anche nello scontro del 1914-1918, tanto che sia Allevi nel 1916, sia Boschi nel 1931 dedicano all'argomento numerose pagine.

Allevi inserisce la sua analisi all'interno di uno discorso atto a convincere sulla necessità della diffusione delle squadre di disinfestazione, come quelle già in uso in Germania e delle vaccinazioni antitifiche, mentre diversa, e forse più polemica, è la presa di posizione di Boschi<sup>278</sup>. Quest'ultimo infatti, nel suo trattato sulla medicina in guerra cerca anche di restituire la gloria ai militari caduti per malattia, gloria che sembra essere sottratta a chi non sia morto in seguito allo spargimento del proprio sangue<sup>279</sup>. Le statistiche riportano, per tutto il periodo del conflitto, un totale di 946.640 feriti contro 2.458.680 di ammalati. Su 500 mila morti tra i soldati italiani circa 100 mila perirono per malattie<sup>280</sup>. Il dato può essere ulteriormente drammatizzato: se si guarda ai prigionieri italiani nei campi si nota che il 16% degli ammalati non sopravvisse. È una percentuale diciotto volte maggiore di quella dei prigionieri di altre nazionalità, ed è un dato interamente imputabile alla scelta del Governo e dello Stato maggiore italiani di abbandonare alla fame i propri prigionieri dopo averli accusati di tradimento e diserzione<sup>281</sup>.

Le malattie infettive e le epidemie più diffuse erano il tifo petecchiale portato dai pidocchi, una vera piaga da cui nessuno riusciva a liberarsi, il colera, la meningite cerebro-spinale, il vaiolo, la dissenteria (meno insidiosa del colera ma a suo modo comunque debilitante), la peste e la tubercolosi. Non mancava la sifilide, morbo che dal

---

<sup>276</sup> I dati riportati sono tratti da Francesco G. Urbano – Pasquale Urbano, *La sanità militare nella Grande Guerra*, p. 403-406, in «Giornale di medicina militare», anno 149°, n. 5/6, 1999, articolo che traccia la sintesi de *Il libro d'oro. I medici italiani ai loro eroi*, Roma, Editori Alfieri e Lacroix.

<sup>277</sup> Boschi, *La guerra e le arti sanitarie*, p. 88.

<sup>278</sup> Allevi, *L'assistenza sanitaria in guerra*, p. 11-13 Boschi, *La guerra e le arti sanitarie*, p. 94-128; .

<sup>279</sup> Un atteggiamento del tutto simile è quello Giuliano Lenci, *Caduti dimenticati. I morti per malattie*, p.231-236, in Leoni – Zadra (a cura di), *La Grande Guerra. Esperienza, memoria, immagini*, Bologna, Il Mulino, 1986.

<sup>280</sup> Lucio Fabi, *Le ferite della guerra*, p. 31.

<sup>281</sup> Daniele Ceschin, *"I fratelli minori dei feriti". Militari e malattie nella Grande Guerra*, p. 16-18, in Elisa Grando (a cura di), *Malattia e medicina durante la grande guerra 1915-1918*, Udine, Gaspari, 2009.

1500 veniva associato alla guerra perché portato in giro per l'Europa dai diversi eserciti in marcia e diffuso tra la popolazione tramite la prostituzione e l'enormità di unioni extra coniugali.

Alla lista occorre aggiungere, per completezza, il tetano e le infezioni di vario genere che, è stato detto, accompagnavano ogni ferita d'arma da fuoco e non solo<sup>282</sup>.

Ognuno dei mali elencati meriterebbe un trattamento a parte che non è possibile riportare in questa sede in cui ci si limiterà a pochi generici accenni. Occorre mettere in evidenza come anche nel caso delle malattie, come fu per le ferite, l'esercito non riuscì a prendere una decisione univoca fin da subito, ma prese provvedimenti solo dopo che alcuni focolai di contagio attecchirono e fecero le prime vittime. L'isolamento dei malati in appositi centri arretrati rispetto al fronte a seconda della gravità della malattia divenne realtà solo in un secondo momento e, dopo Caporetto, non furono del tutto rari i casi in cui interi centri di questo tipo vennero abbandonati al nemico con gli ospiti all'interno lasciati a sé stessi e alla mercé dell'invasore. Segnale dunque che permette di capire la superficialità di certi tipi di approccio.

Prima che si realizzassero queste misure di contenimento separate, i malati venivano trasportati nelle retrovie, o lungo la zona delle tappe, in treni non ancora equipaggiati a fianco agli infermi e feriti; treni che a distanza di poco tempo sarebbero serviti per il trasporto di truppe effettive da e per il fronte<sup>283</sup>. I malati, anche se contagiosi, venivano lasciati negli ospedali in compagnia dei non malati e affidati a personale medico poco specializzato e per lo più messo a disposizione di tutti. Solo successivamente iniziarono le campagne di vaccinazione di massa, prima in seno all'esercito, poi per tutta la popolazione civile che si trovava vicino alle zone di guerra e che quindi entrava spesso in contatto con i militari. Le vaccinazioni più diffuse furono quella anti vaiolo, l'antitifo e l'anticolera<sup>284</sup>.

Le due malattie simbolo della guerra, assurte a questo ruolo proprio perché si rinvigorirono grazie al conflitto arrivando a livelli di diffusione mai toccati in precedenza, furono la tubercolosi e la spagnola.

La tubercolosi era ritenuta una malattia sociale, assai diffusa tra gli strati inferiori della popolazione e dovuta ai bassi livelli di igiene delle abitazioni e delle fabbriche. Con l'arruolamento di massa lo Stato maggiore decise di chiamare alle armi anche le persone

---

<sup>282</sup> Daniele Ceschin, *"I fratelli minori dei feriti"*. *Militari e malattie nella Grande Guerra*, p. 18-24.

<sup>283</sup> Boschi, *La guerra e le arti sanitarie*, p. 166.

<sup>284</sup> Allevi, *L'assistenza sanitaria in guerra*, p. 8-9.

che già presentavano i segni del contagio contribuendo alla sua diffusione e ad aumentarne la mortalità perché sottraeva i malati alle cure necessarie<sup>285</sup>.

La spagnola causò tra il 1918 e il 1919 circa 21 milioni di morti in tutto il mondo. Fu una malattia che, diversamente dalle altre colpiva i giovani della fascia d'età tra l'adolescenza e la vita adulta. Andava dunque a compromettere ulteriormente le possibilità di vita per i mobilitati al fronte e riversava nel contempo la sua furia contro le donne che a casa o negli istituti accudivano i malati.

Anch'essa contribuì a un generale regresso, stavolta di tutta la popolazione, ad una situazione di timore collettivo di tipo medievale. Tornarono in auge le narrazioni su due dei quattro cavalieri dell'Apocalisse, malattia e guerra, e si iniziarono a divulgare strane ipotesi sull'origine dolosa del virus. Si disse che a diffonderla fosse stata la Bayer, azienda farmaceutica tedesca, che attraverso l'aspirina infettata dal nuovo agente patogeno stava colpendo gli alleati dall'interno; si pensò anche che l'origine fosse cinese, arrivata via nave nella penisola iberica, da cui il nome "spagnola" e poi diffusasi in Europa quasi ripercorrendo le strade già battute dalla peste del 1350.

Non si riuscì a trovare un vaccino per la spagnola. La fine della virulenza fu probabilmente determinato da una mutazione del virus che smise di attaccare l'uomo nel 1919 dopo aver realizzato più vittime della guerra stessa. Era una morte atroce, per soffocamento, accompagnato a delirio e incontinenza, che si prolungava per diverse ore mentre dal naso e dalla bocca usciva schiuma venata di sangue<sup>286</sup>. "Senza sulfamidici né antibiotici era impossibile bloccare l'infiammazione dei tessuti fin dalla sua origine e dunque le possibilità di intervenire erano di necessità legate alle difese naturali dell'organismo"<sup>287</sup>.

In Italia si contarono 257 mila casi di spagnola certificati, ma è possibile aggiungere alla lista altri 500 mila decessi direttamente correlati ad essa anche se classificati nei referti sotto le nominazioni più improbabili come "morbo acuto influenzale" o "bronchite fetida"<sup>288</sup>.

---

<sup>285</sup> Tommaso Detti, *Stato, guerra e tubercolosi (1915-1922)*, p. 882, in Ruggero Romano – Corrado Vivanti (a cura di), *Storia d'Italia. Annali 7, Malattia e medicina*, Torino, Einaudi, 1984.

<sup>286</sup> Winter, *L'epidemia spagnola*, p. 284-287.

<sup>287</sup> Ernesto Brunetta, *La "spagnola" a Treviso nel 1918*, p. 42, in Elisa Grando (a cura di), *Malattia e medicina durante la grande guerra 1915-1918*, Udine, Gaspari, 2009.

<sup>288</sup> Brunetta, *La "spagnola" a Treviso nel 1918*, p. 44-53.

## Sopra la nazione: Ginevra e le altre

Oltre alla Sanità militare la sopravvivenza dei soldati poteva dipendere da altri tipi di organizzazioni sovra nazionali che portarono il loro aiuto sotto il simbolo della neutralità. Queste organizzazioni, la Croce rossa Internazionale e la Croce di Malta, venivano identificate come numi tutelari delle disposizioni di quel diritto internazionale che aveva iniziato a gettare le basi delle sue vesti moderne a metà del secolo precedente.

La prima Convenzione di Ginevra venne approvata il 22 agosto 1864, “sottoscritta da 16 stati e incentrata su tre punti: la cura e la protezione dei feriti di qualsiasi nazione; il rispetto del personale e del materiale sanitario; un segno distintivo, la croce rossa, per proteggere gli operatori sanitari”<sup>289</sup>. Non a caso uno dei promotori della convenzione fu lo svizzero Henry Dunant, padre della Croce rossa, l’organizzazione nata nel 1863 che aveva per simbolo l’inverso della bandiera elvetica<sup>290</sup>.

Non fu mai sufficiente un solo trattato<sup>291</sup>. Le modifiche del panorama geopolitico, le necessità degli Stati maggiori, la tecnica degli armamenti e la nascita di nuovi scenari di guerra, si pensi alla guerra sottomarina o a quella aerea, imponevano alle commissioni un lavoro continuo, faticoso e delicato. Delicato al punto tale che non era possibile ottenere la messa in pratica dei principi stabiliti se non nel raro caso di una riconosciuta equipollenza delle parti in campo. Vennero dunque spesso modificati i dettagli degli articoli di questi accordi, nel tentativo di lasciarne invariati alcuni presupposti. I feriti dovevano essere curati a prescindere dalla loro nazionalità, i prigionieri non dovevano essere torturati e i morti dovevano essere rispettati restituendo i loro effetti personali, evitando dunque i saccheggi dei cadaveri; ogni nazione doveva provvedere alla sepoltura dei corpi del nemico, che cessava d’essere tale una volta esalato l’ultimo respiro, infine le liste dei caduti con i luoghi di sepoltura dovevano venire comunicate ai rispettivi stati maggiori.

Alla Conferenza di Ginevra seguirono due conferenze internazionali di pace riunitesi all’Aia il 29 luglio 1899 e il 18 ottobre 1907. Venne con esse dichiarato quali caratteristiche doveva avere un esercito per essere riconosciuto nello status di belligerante, venne dichiarata la modalità di concentramento dei prigionieri di guerra e

---

<sup>289</sup> De Luna, *Il corpo del nemico ucciso*, p. 78.

<sup>290</sup> Allevi, *L’assistenza sanitaria in guerra*, p. 21.

<sup>291</sup> Salvo dove specificato si fa qui riferimento a Syméon Karagiannis, *convenzioni internazionali e diritto bellico*, p. 63-75, in Audoin-Rouzeau – Becker (a cura di), *La prima guerra mondiale*, vol. 1, Torino, Einaudi, 2007.

del loro eventuale lavoro retribuito (gli ufficiali non potevano esser fatti lavorare). Si stabilì il divieto di perpetrare danni al nemico utilizzando qualsiasi mezzo, vennero dunque vietati i veleni, la distruzione di edifici di culto e di città non difese; allo stesso modo venne proscritto il danno di piccola entità, condizione necessaria quest'ultima per accettare lo scoppio di un conflitto. Si stabilì come dovevano essere trattati gli agenti segreti e i paesi neutrali, quali fossero gli obblighi di eventuali occupati e occupanti o come ci si dovesse comportare per i bottini di guerra.

Tutto questo, divieti e restrizioni, sarebbero entrate in vigore nel momento della dichiarazione di guerra e avrebbero continuato ad avere validità solo se la conduzione della lotta non avesse reso necessari operazioni belliche più spregiudicate. Il rispetto dei simboli di neutralità o il divieto di distruzione delle scuole venivano a cadere nel caso il nemico avesse approfittato degli uni o delle altre per celare le proprie attività militari. Le conferenze di pace dell'Aia dunque potevano solo cercare di porre ordine nel caotico mondo dello scontro armato, ma al di là del nome, non potevano vantare pretesa alcuna sull'impedire la guerra.

Nel 1906 una seconda convenzione di Ginevra cercò di apportare ulteriore complessità sul piano del diritto umanitario. Ginevra e l'Aia alla fine si trovarono così a curare due diversi aspetti del conflitto in modo complementare. La prima cercava di limitare le sofferenze degli uomini dopo lo scontro, la seconda invece cercava di limitare la discrezionalità geopolitica dei contendenti in modo preventivo ma senza curarsi dell'impatto della guerra sull'essere umano.

La Croce rossa usciva rafforzata nei suoi impegni da questa nuova convenzione del 1906, ad esempio con la possibilità d'essere convocata anche nel caso di calamità naturale e non solo bellica<sup>292</sup>. I suoi membri, che non potevano essere considerati nemici e dunque non potevano essere fatti prigionieri, erano lasciati liberi di svolgere il loro ruolo in ogni circostanza e avevano l'obbligo di difendere gli ammalati e i feriti con le armi nel caso di necessità.

Il Comitato internazionale, cioè l'organo direttivo, aveva sede a Ginevra e da lì accoglieva le richieste di tutte le parti in lotta dichiarate belligeranti. A differenza di quello che accadeva nel normale contesto dei rapporti internazionali almeno fino alla promulgazione dei 14 punti di Wilson, ogni tipo di contatto con il Comitato internazionale si svolgeva alla luce del sole. Inoltre, ogni miglioria tecnica o di servizio

---

<sup>292</sup> Le informazioni sulla Croce rossa e sulla Croce di Malta sono prese da Allevi, *L'assistenza sanitaria in guerra*, p. 21-35.

che riguardasse l'ambito sanitario proposta da qualsiasi paese sottoscrittore la Convenzione del 1906, doveva essere comunicata alla Croce rossa e da essa automaticamente diffusa agli altri firmatari per conto del paese interessato.

Infine, ogni paese poteva imporre un personale impiego della propria Croce rossa nazionale. Ecco dunque che se in Italia i medici e gli infermieri di questa ebbero libero accesso fin sotto la linea di fuoco (fu la Sanità militare italiana quella che per prima si portò nel vivo delle operazioni belliche, per essere solo successivamente imitata dagli altri eserciti), in Germania e in Francia essi vennero utilizzati più che altro per compiti di trasporto nella zona delle tappe o, al massimo, per qualche ospedale militare di prima linea ma solo se al sicuro.

La Croce rossa disponeva di treni ospedale, posti di soccorso, ospedali territoriali, ambulanze di montagna e fluviali.

Dal 1893 i suoi membri prendevano parte alle manovre dell'esercito e i suoi ufficiali erano equiparati a quelli della Sanità militare.

Riferisce Allevi che durante il periodo di neutralità, a differenza della Sanità militare, la Croce rossa italiana non perse tempo a "istruire uomini e signore all'assistenza dei malati e dei feriti, ma con vero senso di opportunità vollero anche inviare una commissione in Francia e in Germania per studiare sul teatro della guerra l'organizzazione sanitaria".

L'altra organizzazione pronta a intervenire in contesti bellici era la Croce di Malta.

La prima grande differenza che Allevi mette in luce tra questa e la Croce rossa sta nel rifiuto di questa delle raccolte fondi e degli eventi mondani organizzati, mondanità che invece costituivano la maggior tipologia di auto finanziamento dell'organizzazione ginevrina. L'Ordine Sovrano dei Cavalieri di San Giovanni, nucleo fondativo dell'Opera ancora in epoca medievale, si manteneva anche dopo la diaspora e la traduzione a Roma secondo un carattere tradizionalmente "religioso, militare e ospitaliero", nonché doviziosissimo. Tali caratteristiche erano le stesse su cui si basò, dopo la prima Conferenza di Ginevra, l'istituzione della Croce di Malta per volontà di questi Cavalieri. Forte soprattutto in Austria, dove superava per libertà d'azione la stessa Croce rossa, l'organizzazione era diffusa in Europa dove dava sfoggio di tecnologie avanguardistiche soprattutto per la grandiosità e l'efficienza dei suoi treni-ospedale.

A differenza della Croce rossa non si trattava di un'organizzazione volontaria ma i suoi membri erano stipendiati dall'ordine stesso. Non era un'organizzazione militarmente gerarchizzata e gli unici graduati equiparati all'esercito erano i tenenti colonnello posti

alla direzione di ciascuna “unità ospitaliera”. In ogni caso la Croce di Malta dipendeva dal Ministero della Guerra e della Marina che, in caso di necessità poteva fornire personale femminile attingendo dalle suore della Sanità militare.

## .2 L'uomo macchina.

### **Smontare per ricostruire: monconi, protesi e plastiche**

La modernità irruppe nel mondo della medicina con la stessa violenza con cui si presentò alla chiamata alle armi. Ormai è stato messo in chiaro: essa impose un rapido e continuo riassetto e una costante ridefinizione di quello che si conosceva o che si presumeva conoscere.

Non si trattò, è giusto esplicitarlo, di sole sfide subite. Non fu solo la guerra della tecnologia e della macchina che mise in moto, come per esclusiva necessità, gli apparati medici; fu anche la stessa arte sanitaria che si dimostrò propositiva e in grado di sfruttare a sua volta quelle medesime innovazioni, tecnologie e nuovi materiali dando prova di saper organizzarsi e stupire a sua volta.

Una verifica di tutto questo può essere individuata nei trattati dell'epoca e, sempre attraverso questi, spingendo poi lo sguardo qualche anno oltre il termine del conflitto. Si rintracciano in questo modo sia le tappe che hanno segnato lo sviluppo di una determinata pratica o terapia o specializzazione, sia quelle che furono le eterne questioni mai tramontate né tantomeno risolte.

Ritornando su uno dei temi già trattati, quello del primo soccorso sui feriti (la loro messa in sicurezza e gli interventi chirurgici in prima linea), è utile soffermarsi su un testo del direttore dell'Istituto Ortopedico Rizzoli, il chirurgo ortopedico Vittorio Putti, succeduto ad Alessandro Codivilla nel 1915, e che scrive a proposito dell'argomento nel 1936<sup>293</sup>. Il testo di per sé stesso non suscita oggi grande sorpresa, figurando piuttosto come una summa dell'esperienza a cui la guerra ha educato. L'assoluta necessità di immobilizzare il ferito come "primo e forse più importante" gesto da compiere ai fini di una futura ottimale guarigione, sembra incontrare il buon senso di ognuno. Tuttavia, facendo un passo indietro di poco meno di un ventennio, e quindi catapultandosi nel

---

<sup>293</sup> Vittorio Putti, *Per i fratturati in pace e in guerra*, Bologna, Lucinio Cappelli Editore, 1936, p. 53-83. Il testo nasce dalle conferenze tenute a Firenze il 17 gennaio 1936 davanti alla Società Tosco-Umbra di Chirurgia e sviluppa diverse tematiche a cominciare dalla necessità di trattare feriti e fratturati alla stessa stregua, cioè come individui su cui pende prima di tutto il rischio di infezioni che possono compromettere una eventuale guarigione così come la stessa vita del soggetto. Putti passa poi a indicare l'importanza della preparazione dei barellieri, e di come, in una società che funziona tutti dovrebbero essere in grado "come si dice si faccia in Russia" di compiere le operazioni di immobilizzazione per il trasporto del ferito, fulcro attorno cui ruotano tutte le speranze del malcapitato. Ancora, si sofferma anch'esso sulla necessità di evitare i passaggi intermedi e di trasportare quanto prima il ferito alla terza linea.

cuore della lotta, si nota, attraverso le parole dei due chirurghi francesi Pauchet e Sourdat che idee del tutto opposte avevano avuto la meglio sui campi di battaglia<sup>294</sup>.

Il percorso può probabilmente essere sintetizzato come segue: prima della guerra e nei primi momenti di quest'ultima i medici cercavano di evitare per quanto possibile le amputazioni e le operazioni chirurgiche in linea; a combattimenti avanzati si cominciò a dare ragione ai metodi francesi quali l'amputazione facile, il moncone "a salsiccia" e la seconda amputazione; infine, all'alba delle imprese coloniali italiane nel Corno d'Africa, il Putti tornava a lanciare i suoi strali contro gli interventi nelle stazioni di sanità. Il chirurgo bolognese dichiarava che, nonostante le migliorie antisepsi, ad operare doveva essere una sola persona, uno specialista in retrovia, in modo tale che il paziente fosse seguito da un medico soltanto, che dunque sapeva esattamente cosa era stato fatto e che poteva avere il tempo di procedere con calma evitando di dover sistemare un'amputazione perché si adattasse alla protesi ricorrendo ad una seconda esportazione di materiale. "1°) immobilizzare subito e bene la frattura. 2°) smistare il fratturato con la maggior rapidità sulle formazioni sanitarie destinate ad accoglierlo. 3°) creare grandi centri specializzati. 4°) affidare a specialisti la direttiva di metodi terapeutici": erano queste le indicazioni base che Putti derivò dalla sua personale esperienza all'Istituto Rizzoli<sup>295</sup>.

Sebbene i quattro punti sembrano una ripetizione delle questioni pratiche e deontologiche già indicate in un paragrafo precedente, è da questi che sembra utile ripartire per focalizzare l'attenzione sulle vicende dei mutilati della Grande Guerra di modo che, nel tentativo di comprendere fino in fondo l'impostazione del direttore, si riesca a restituire le loro vicende non solo dal punto di vista medico ma anche dal punto di vista sociale e politico.

Allo scopo di realizzare tutto ciò si è deciso di seguire il rivolo tracciato della raffigurazione del corpo del mutilato.

Volendo procedere in senso diacronico, le prime immagini che si rintracciano lungo il cammino hanno un carattere puramente medico e legale. Come è già stato accennato, sono quasi esclusivamente le immagini di corredo ai testi scientifici e giuridico-amministrativi che vengono realizzate per illustrare tecniche, specifiche e progressi.

---

<sup>294</sup> Delaporte, *Medici e guerra*, p. 306-308.

<sup>295</sup> Putti, *Per i fratturati in pace e in guerra*, 82.

Non stupisce dunque né l'esiguità di materiale rintracciato nel fornitissimo Archivio Fotografico del Museo Storico Italiano della Guerra di Rovereto né, dall'altro lato, la doviziosa quantità di fotografie dettagliate reperite tra le pagine delle riviste presenti ad esempio nella biblioteca dell'Istituto Rizzoli, quali «Il Giornale di Medicina Militare», «Ortopedia degli Organi di Movimento» e «Archivio di Ortopedia». A queste ultime si associano infine alcuni trattati sull'assistenza degli invalidi sia di guerra che, successivamente, al lavoro. Quest'ultimo passaggio senza soluzione di continuità tra il modo bellico e quello lavorativo si situa perfettamente, come sarà opportuno mettere in evidenza più avanti, all'interno della visione della guerra moderna sviluppatasi quasi ricalcando il sistema di fabbrica taylorista. Questa impostazione trova uno dei suoi più alti referenti proprio nella vicenda dei mutilati, nelle loro protesi meccaniche e nel loro destino di rieducazione e reinserimento in società<sup>296</sup>.

L'analisi richiede qui alcune cautele preliminari. La fotografia del mutilato deve essere considerata in modo diverso rispetto i fondi fotografici dei militari rintracciati a Vicenza. Utilizzare un medesimo metodo di approccio per le scene di vita quotidiana al fronte e il primo piano di un volto privato ad esempio della mandibola può portare a fraintendimenti [13]. Ci si deve rendere conto, come suggerito dalle teorie di Bini, di Mignemi o di Gilardi, che ogni tipo di fotografia porta con sé ben determinate informazioni che si possono estrapolare ponendosi le domande "giuste". Di conseguenza, mantenere l'attenzione focalizzata sulla triste sorte dell'individuo gravemente ferito come se si stesse osservando la rappresentazione di un corpo morto, di una vita stroncata dalla guerra, implica una sorta di disattenzione relativa a tutto ciò che sta attorno al ferito stesso. Si pensi ad esempio all'indagine sulla causa della lesione, sugli sforzi fatti per mantenere in vita il ferito o ai tentativi da effettuare per riconfermargli, almeno fin quanto possibile, un'esistenza simile a quella precedente. È questo tipo di indagine che ci si propone di fare in questo paragrafo. La disattenzione nei confronti del mutilato come essere umano che soffre deve cioè essere intesa quale preconditione che permette di indagare i vari aspetti di un evento come può essere la guerra<sup>297</sup>. Tenendo cioè separati le questioni mediche dalle questioni più prettamente etiche e sociali, che verranno riprese

---

<sup>296</sup> Gibelli, *L'officina della guerra*, p. 104-118.

<sup>297</sup> Un atteggiamento opposto è quello suggerito da Jean-François Laé, *Le soldat, l'amputé et l'ouvrier*: <[http://www.unige.ch/ses/socio/carnets-de-bord/revue/pdf/14\\_143.pdf](http://www.unige.ch/ses/socio/carnets-de-bord/revue/pdf/14_143.pdf)> che, riferendosi a Faucault e al pittore Magritte, pone l'accento su come la didascalia delle fotografie mediche che ritraggono delle protesi siano menzognere nel momento che chiamano "mano" o "gamba" dei corpi metallici che in realtà non sono né mani né gambe. L'atteggiamento proposto invece in questo mio lavoro vorrebbe partire proprio dall'accettazione del gioco di Magritte.

più avanti, si può intraprendere un percorso come quello proposto che si muove attraverso le immagini.

Si può iniziare da alcune fotografie che stanno a metà tra l'immagine medica pura e la foto della vita quotidiana in guerra, così da avere un anello di congiunzione tra quello che già è stato mostrato nel capitolo precedente e quello che si sta per indagare. Ciò permette inoltre di porre alcune domande. Le foto [14] *Mauthausen, un mutilato italiano. Senza data ma 1915/1918*, e [15] *Mauthausen, prigionieri italiani, tra i quali un amputato. Senza data ma 1915/1918*, riportano alla difficilissima situazione dei prigionieri italiani internati in Austria, abbandonati dal governo e in alcuni casi dalle stesse famiglie che, cadute tra le spire della propaganda, li credettero traditori<sup>298</sup>. Allo stesso modo però l'attenzione può essere attirata dai camici bianchi austriaci, portando in questo modo l'osservatore a interrogarsi sulle regole degli accordi internazionali che, è stato visto, imponevano ai medici la tutela di ogni ferito indipendentemente dalla parte che lo vedeva schierato. Sempre per lo stesso insieme di regole gli invalidi e gli ammalati gravi in grado di affrontare il viaggio venivano rimpatriati e questo spiega in parte il contrasto tra le foto prese in esame e ciò che si conosce riguardo alle assolutamente precarie condizioni di vita nel campo<sup>299</sup>. A primo acchito infatti, questi mutilati sembrano godere per quanto possibile di una buona salute o, comunque, non sembrano malnutriti, come invece è ravvisabile da alcune foto scattate dal medico Michele F. Daniele fatto prigioniero sul Carso e portato nel campo in qualità di sanitario.

In entrambe le foto protagoniste sono le protesi degli arti inferiori, sia nel caso del mutilato che prova l'attrezzo, al centro dell'inquadratura, volgendo lo sguardo all'ortopedico, sia nella foto dei prigionieri italiani che sfilano sotto lo sguardo del medico indossando gambe artificiali di diverso tipo.

I testi scientifici dicono che solo nella seconda metà dell'Ottocento avvenne il

connubio tra la tecnica ortopedica e la tecnica chirurgica per la quale il moncone fu curato, studiato e modellato non solo per sé stesso ma in vista, principalmente, del suo

---

<sup>298</sup> Nella fotografia [3], in realtà, amputati sono quasi tutti i prigionieri ritratti mentre solo un paio tra il folto del gruppo mancano di protesi e invece che al bastone si sorreggono alle stampelle. Il nome della foto risulta dunque non esatto, ma in tale modo l'originale è arrivata all'archivio e così si è giustamente provveduto a catalogarla. Ne riesce un ottimo esercizio di analisi fotografica che deve non farsi trarre in inganno dal titolo.

<sup>299</sup> Bertelli, *Mauthausen 1918. Una tragedia dimenticata*: <<http://www.cimeetrincee.it/mat1918.pdf>>, p. 9. Nel testo si celebrano i 557 ferraresi morti nel campo alle porte di Linz, soprattutto grazie alla ricostruzione e ai documenti e fotografie che il dott. Daniele riuscì a far uscire da Mauthausen dopo la prigionia.

ultimo valore fisiologico; e il momento funzionale guidò il chirurgo in tutti i momenti della sua azione, dall'atto operativo fino alla preparazione della protesi, attraverso al lungo periodo di cura chirurgica e di rieducazione funzionale<sup>300</sup>. [16]

Non si era più “nel dominio del primitivo empirismo”, come l'ortopedico Bassetta definì l'epoca precedente alla guerra, durante la quale la pratica del taglio procedeva “in base a concetti anatomici e chirurgici assai precisi, ma mancava totalmente ogni elemento di patologia” e le protesi si limitavano alle applicazioni di tipi assai semplici “immutati nel tempo”<sup>301</sup>. L'operazione si manteneva comunque di estrema difficoltà. Il moncone infatti poteva risultare “patologico per causa insita nella propria struttura”, oppure “patologico in rapporto alla protesi cui deve dare appoggio”. Realizzarlo richiedeva e continuò a richiedere molte cautele.

Nel primo caso si avevano monconi resi necessari per il congelamento o per una troppo lunga costrizione alla radice dell'arto per laccio emostatico applicato sul campo, o per infezione. Succedeva quindi che i tessuti continuassero a deperire anche dopo l'amputazione, per l'irreversibilità dei processi come appunto il congelamento grave, o perché s'era deciso di tagliare a una distanza troppo breve da una ferita infetta nella speranza di preservare il più possibile. In entrambi i casi la protesi era inapplicabile perché il moncone doleva e perché i tessuti non erano sufficientemente sani per sopportare il fissaggio al meccanismo. Non rimaneva che procedere ad un secondo intervento d'asporto.

Anche la forma del moncone stesso poteva alla lunga creare problemi, il peggiore dei quali era la *conicità del moncone*. Tale manifestazione era infatti indice di una perdurante crescita dell'osso tagliato, quindi di una disfunzione fisiologica le cui origini vanno rintracciate nel cervello che, in questo caso, non riusciva a comunicare all'apparato scheletrico di smettere di crescere sulla parte ferita.

Un moncone era invece *buono* se indolente e solido senza mai ulcerarsi, e si poteva dire *perfetto* se presentava anche una forma regolare. La questione della forma era di primaria importanza per poter assicurare una buona presa sull'apparecchio, per trasmettere alla protesi il peso del corpo e per generare in essa i movimenti che “deve compiere”<sup>302</sup>.

---

<sup>300</sup> A. Bassetta, *Patologia e cura dei monconi di amputazione*, in «Archivio di Ortopedia», xxxiv, 1918, p. 114. Da questo momento «Archivio di Ortopedia» sarà sostituito con «Arch Ort»

<sup>301</sup> Bassetta, *Patologia e cura dei monconi di amputazione*, p. 113.

<sup>302</sup> I corsivi e il virgolettato sono così nel testo di Bassetta, *Patologia e cura dei monconi di amputazione*, p. 115.

L'aumento di questi casi ben riusciti fu un risultato a cui si giunse per gradi. Alle amputazioni *perpendicolari*, o a colpo d'ascia, si cercò di sostituire il metodo *a lombi* che permetteva di mantenere più tessuto a disposizione di una eventuale altro intervento e soprattutto, permetteva di tener maggiormente sotto controllo le eventuali infezioni che sfuggivano per lo più con il primo metodo. Sacrificando una parte maggiore di osso rispetto all'amputazione perpendicolare, si riusciva infatti a trattenere in buone condizioni per tempi ragionevoli i tessuti che venivano in pratica ripiegati su se stessi verso l'esterno dopo essere stati divisi in lembi. Ne risultava una ferita aperta che era più facile controllare e mantenere pulita prima di richiuderla una volta avuta la certezza che non ci fossero setticemie in atto<sup>303</sup>.

Il 18 marzo 1917 ebbe luogo a Bologna una *Mostra degli apparecchi di protesi per gli invalidi della guerra*, promossa dall'Istituto Rizzoli<sup>304</sup>. All'interno della rassegna, il dott. A. Zumaglini e l'ingegnere G. Guidi di Torino spiegaron come dall'inizio del conflitto l'ortopedia in Italia si stesse evolvendo attraverso la realizzazione di nuove protesi a tecnica mista<sup>305</sup>.

A detta dei due studiosi l'utilizzo di materiali diversi a seconda delle parti costitutive del pezzo permetteva di ottenere il massimo vantaggio da quella che era la tradizione costruttiva precedente. Questa, dal canto suo, si divideva in due principali scuole di pensiero: la protesi americana fondata sull'esclusivo uso del legno, e la protesi francese che impiegava il cuoio e l'acciaio. La via proposta da Zumaglini e Guidi prevedeva invece l'uso dell'alluminio, della fibra e del legno, ma solo in minima quantità.

---

<sup>303</sup> Davide Montemagno, *Cura chirurgica dei monconi d'amputazione da guerra*, in «Chirurgia degli Organi di Movimento», III, 1919, p. 201-205. Da questo momento «Chirurgia degli Organi di Movimento» sarà sostituito da «Chir Org Mov».

<sup>304</sup> Per l'occasione venne indetto, sempre da parte dell'Istituto Rizzoli un Concorso Nazionale della Protesi degli Arti. I diversi comitati locali vennero incaricati dalla Federazione Nazionale dei Comitati di Assistenza ai Soldati Ciechi, Storpi, Mutilati di diffondere la notizia alla varie officine presenti sul territorio della penisola "attraverso la pubblicazione del bando sulla stampa locale". MSIGR AS, ACPM 1.3.1 b.2 f.15 "Federazione Nazionale dei Comitati di Assistenza ai militari ciechi storpi mutilati", Roma, 8 novembre 1916.

<sup>305</sup> Questo tipo di eventi non solo non erano poi tanto rari, ma, cosa più interessante, richiamavano l'attenzione di un pubblico internazionale situando anche la ricerca italiana all'interno di un contesto assai florido sia per quello che riguarda lo sviluppo della chirurgia e dell'ortopedia, sia per quel che riguarda i sistemi assistenziali. Non a caso nell'archivio del Comitato Provinciale "Pro Mutilati" di Padova sono presenti diverse lettere della Federazione Nazionale dei Comitati volte a organizzare la partecipazione dei comitati italiani sia alla Conferenza interalleata di Parigi, sia alla "Esposizione di lavori compiuti dai mutilati della guerra appartenenti ai Paesi alleati", che ebbe luogo a Pietrogrado nel settembre del 1917. MSIGR AS, ACPM 1.3.1 b.2 f.15, "Federazione Nazionale dei Comitati di Assistenza ai militari ciechi storpi mutilati", 2 gennaio 1917. In MSIGR AS, ACPM 1.3.1 b.2 f.15, "Federazione Nazionale dei Comitati di Assistenza ai militari ciechi storpi mutilati", 3 marzo 1917, si constata che la partecipazione a quest'ultima non avvenne a nome della Federazione ma solo come singoli Comitati locali.

Il cuoio, per quanto fosse facilmente lavorabile ed elastico, aveva l'inconveniente di assorbire il sudore e di andare incontro ad un logorio piuttosto rapido che non poteva essere né arrestato né riparato se non con la sostituzione dell'intera parte.

Il legno, da parte sua, diventava troppo pesante se usato con spessori importanti ma era altresì fragile se usato con diametri troppo sottili. Inoltre non si poteva evitare la deformazione dovuta a un continuo e prolungato sforzo, né tantomeno l'alterazione dovuta all'umidità.

La fibra proposta a Bologna, invece, era una sostanza ricavata dal "cencio-cotone ridotto allo stato gelatinoso, e compresso ad elevatissima pressione" che univa la capacità di carico del legno spesso alla resistenza all'usura, mantenendo nel contempo una certa elasticità. Anche in questo caso, i risultati mostrati furono frutto di varie prove e tentativi, dal momento che i primi esperimenti con la fibra fallirono a causa di un procedimento erroneo nella preparazione di questa. Nello specifico si sottoponeva la gelatina ottenuta dal cotone a un calore troppo elevato che evaporava l'acqua del composto rendendo la fibra ottenuta assolutamente fragile e inutile.

Al nuovo materiale si associavano infine articolazioni in alluminio, e dunque leggere e poco soggette a consumarsi, mentre si era proceduto a realizzare dei cuscinetti in legno per collegare tra loro le parti mobili [17].

Questi ultimi vantavano due caratteristiche di notevolissima importanza: erano facilmente sostituibili e riproducibili a costi irrisori e permettevano alle protesi di muoversi evitando i rumori metallici tipici delle giunture precedenti.

Le caratteristiche dell'arto "italiano" si basavano poi su ragionamenti di questo tipo:

La semplicità, specialmente nelle condizioni in cui lo stato di guerra ci impone, è una qualità assolutamente essenziale; bisogna attenersi alla massima semplicità del progetto e di lavorazione. In un'epoca in cui mancano la materia prima e la mano d'opera, il costruire in materie diverse è un problema difficile da risolvere, specialmente se ciò che si costruisce richiede la competenza di operai specializzati. Nella costruzione di un arto la semplicità porta poi generalmente di conseguenza un'altra qualità: la leggerezza. Esistono in commercio degli arti superiori, per amputati al braccio, di buonissimo funzionamento, che hanno nell'interno dei congegni complicatissimi, con funi metalliche e rotismi, viti senza fine, scatti a molla, ed innesti automatici per ottenere la flessione delle falangi delle varie dita: l'arto viene a pesare oltre 2,5 Kg. e costa più di mille lire: è roba pratica questa? Potremmo noi consegnare ad un contadino, anzi ad ogni contadino, un arto simile, nella certezza che se pur lo sa

adoperare, l'avrà guastato dopo qualche mese, e per ripararlo ci vorrà uno specialista della casa costruttrice? Non è molto meglio un arto più semplice, e quindi meno soggetto a guasti, più leggero, più economico, e che, se pur si guastasse, qualunque meccanico di bicicletta sa riaggiustare?<sup>306</sup>

Proprio per rendere l'arto agibile per "qualunque meccanico di bicicletta" si propose di cedere i pezzi smontati in modo tale che l'ortopedico potesse acquistarli in serie e procedere poi all'assemblaggio sulle dimensioni del paziente.

A questo punto due dati devono essere messi in rilievo: lo sviluppo di un'industria protetica che si muove nello stesso modo della catena di montaggio, realizzando pezzi intercambiabili e regolabili schematicamente, allontanando o avvicinando tra loro le parti tramite dei fori di montaggio; e la necessità di avere dei monconi altrettanto "interscambiabili" o comunque simili tra loro. La parte mancante del soldato dunque veniva sostituita, purché il soldato stesso venisse plasmato e standardizzato come previsto dal sistema industriale.

In breve, lo studio delle articolazioni fatto da Zumaglini e Guidi iniziò con la protesi a molla del ginocchio, perfezionata come si è visto dai cuscinetti di legno prima, e da una molla di compenso poi, che permetteva il rilascio graduale dell'arto dalla posizione flessa a quella distesa. Le articolazioni a molla più vecchie infatti erano fatte in modo che, diminuendo la pressione del peso del corpo durante il passo o da seduti, la gamba tornasse automaticamente diritta ma in modo brusco e non naturale. La molla di compenso permetteva di ovviare al problema con una minima modifica rispetto ai modelli precedenti [21].

Problemi maggiori diedero le articolazione della caviglia che andarono specializzandosi a seconda della tipologia del destinatario. L'invenzione dello *snodo sferico elastico* permetteva infatti di ottenere dei movimenti molto simili a quelli delle caviglie naturali. Tuttavia, seppur ideale negli spostamenti quotidiani in casa o in città, risultava molto poco adatta per i lavori di fatica perché troppo fragile e insicura soprattutto per un terreno accidentato come poteva essere quello agricolo. Le protesi inferiori dunque vennero

---

<sup>306</sup> Il frammento come tutte le informazioni qui riportate con attinenza alla mostra del 18 marzo sono tratte da A. Zumaglini – G. Guidi, *La nuova protesi italiana per gli arti. I brevetti I.M.P.*, in *Rassegna di assicurazione previdenza sociale*, «Bollettino mensile della cassa nazionale d'assicurazione degli infortuni degli operai sul lavoro», n. 3, anno IV, Roma, Garroni, marzo 1917, p. 500-524. Come già accennato, nonostante il titolo rechi la specifica "infortuni degli operai", tutti gli articoli si rivolgono ai mutilati di guerra, sia per le questioni tecniche sia giuridico amministrative.

prodotte di modo che fossero adattabili all'articolazione della caviglia o al piede fisso seconda delle esigenze.

Allo stesso modo, si diversificavano secondo due tipologie di produzione anche le protesi agli arti superiori. In questo caso, le esigenze pratiche scavalcavano le questioni estetiche. Ecco dunque che le *braccia operaie*, si ridussero a più semplici attacchi per attrezzi diversi, mentre per lavori meno fisici erano disponibili *protesi prensili*.

Le prime possono essere descritte come dei bracciali di cuoio fissati al moncone del braccio o dell'avambraccio e alla cui estremità erano applicate le diverse *mani*. Gli studiosi italiani entrarono in disaccordo con i colleghi stranieri proprio riguardo a queste ultime. Non si trattava infatti di proporre delle vaste scelte, delle pinze diverse a seconda dell'attrezzo da utilizzare, bensì di ridurre le possibilità di modo che una sola pinza potesse essere utile per la presa su attrezzi diversi. I 25 modelli proposti dagli ortopedici francesi vennero dunque ridotti a tre nel caso italiano, distinguendo la *pinza per l'agricoltura*, la *meccanica grossa* e quella *fin*a [22]. Questa riflessione sulla poca praticità di alcune protesi trova conferma anche in un testo scritto dal professor Galeazzi tra il 1916 e il 1917. Il lavoro dall'eclatante titolo *Come si rieducano i soldati mutilati*, spiega che tutta l'Europa prima del conflitto si riforniva di protesi dai fornitori tedeschi che erano all'avanguardia del settore. Lo scoppio delle ostilità impose la chiusura dei rapporti e costrinse dunque le potenze dell'Intesa ad arrangiarsi, dando avvio a produzioni proprie che miglioravano dunque poco per volta<sup>307</sup>.

Tornando alla protesi italiana, dunque, si capisce perché essa venne continuamente perfezionata fino a che Putti, nel 1919, realizzò un organo di attacco per braccia da lavoro che permetteva la completa trasmissione delle rotazione ai monconi. L'attrezzo sfruttava inoltre, grazie ad un sistema di cinghie, le parti del corpo già soggette alla forza peso, dunque evitava, per quanto possibile, le compensazioni. Queste cinghie regolabili sul soggetto rendevano ancora più vicina l'idea che si potesse raggiungere la standardizzazione totale, come dimostrano le schede per la misurazione del moncone [23] e [24].

Nel caso infatti di monconi di braccio e avambraccio si poteva procedere a prendere ben determinate misure, evitando di fare dei calchi in gesso personalizzati per ciascun soggetto. Questi rimanevano indispensabili solo per gli attacchi alla spalla, perché la guaina di fissazione doveva essere esattamente modellata per evitare che scivolasse vista

---

<sup>307</sup> Riccardo Galeazzi, *Come si rieducano i soldati mutilati*, Firenze, R. Bemporad & Figlio, 1917, p. 4-14.

la scarsa superficie di presa. Infine il modello del Putti vantava la quasi completa esclusione di parte metalliche, relegate in pratica alle staffe porta utensili, di modo che non ci fosse contatto dell'arto con esse e ottenendo così uno strumento leggero ed economico<sup>308</sup> [25].

A differenza delle protesi di Zumaglini qui tornava abbondante l'uso del cuoio. I motivi possono essere diversi, tra i quali non è da escludere l'ipotesi che tra il 1917 e il 1919 il numero dei mutilati bisognosi di questi mezzi fosse aumentato tanto da rendere indispensabile una scelta meno costosa. Occorre comunque tener presente che una omologazione effettiva nella produzione protetica non si raggiunse mai e spesso le officine si specializzarono in determinati modelli anche molto diversi tra loro. La stessa cinghia d'attacco proposta da Putti, ad esempio, concorreva con delle protesi quasi del tutto metalliche che si fissavano interamente al moncone. Ortopedici diversi, dunque, continuarono ad avere idee differenti e ad applicarle secondo la propria opinione<sup>309</sup>. C'era tra loro chi ad esempio pensava che la protesi da meccanico potesse sostituire il braccio forte facendo sì che il braccio debole continuasse a servire da ausilio. Di contro alcuni pensavano che l'amputazione avrebbe imposto un cambio di modo che il braccio con la protesi diventasse quello ausiliario e il mutilato imparasse ad usare l'arto eventualmente rimasto come principale<sup>310</sup>.

Per quel che riguarda le citate protesi prensili, che si possono notare in funzione nel film di Yervent Gianikian e Angela Ricci Lucchi, la questione era riuscire a svincolarsi dal desiderio di realizzare mani che avessero tutte le dita mobili e in modo autonomo. I tentativi fino a lì provati si rivelarono inutili, ingombranti, pesanti, non funzionali, costosissimi e nessuno riuscì mai a far muovere singolarmente le varie falangi. Valeva la pena procedere con delle mani in grado di opporre al pollice tutte le altre dita

---

<sup>308</sup> Putti, *Organo di attacco per protesi da lavoro*, in «Chir Org Mov», III, 1919, p. 122-130.

<sup>309</sup> Montella Fabio, *I mutilati e gli invalidi tra cura rieducazione e controllo*, p. 258-259 e 268, in Montella – Paoletta – Ratti (a cura di), *Una regione ospedale. Medicina e sanità in Emilia-Romagna durante la Prima Guerra Mondiale*, Bologna, Clueb, 2010. Mentre la Francia cercò quanto prima di risolvere il problema della disparità di trattamento e della non uniformità delle protesi, seguita da Germania e Austria, l'Italia non venne mai del tutto a capo di questo problema andando in questo modo a determinare un'ulteriore complicazione nell'ambito dell'assistenza agli invalidi di guerra. Solo con la legge del 25 marzo 1917, n.481 vennero scelti i soli centri di Milano e Bologna come "officine di protesi nazionali", il che comunque non impedì il perdurare di officine "non nazionali".

<sup>310</sup> La questione salta all'occhio proprio dall'analisi delle diverse tipologie di protesi. Intorno agli anni Venti il Comitato Regionale di Mobilitazione Industriale per la Lombardia propose un *apparecchio di lavoro per aggiustatori mutilati all'avambraccio* fornito di una sfera cava adattabile ai diversi tipi di lima. La protesi in questo caso, era specificato, serviva come sostituto del braccio ausiliario imponendo a chi la utilizzava di imparare a usare il braccio rimasto come principale. Non così le protesi di Zumaglini che potevano sostituire il braccio forte nei lavori di fatica.

assieme. Queste prodotte in materiale elastico riuscivano, entro certi limiti, a plasmarsi sull'oggetto da afferrare aumentando la capacità di presa [26]. La chiusura della mano partiva dalla spalla, di modo che sfruttando un movimento naturale si riuscisse a ottenere il risultato voluto. Per i mutilati all'avambraccio il movimento della mano partiva invece dal gomito ma la tecnica e gli ingranaggi erano gli stessi, cosa che permetteva un'ulteriore risparmio sulla produzione [27]. Con queste protesi era possibile “mangiare, togliersi il cappello, fumare, cucire, ecc.”; non era invece possibile abbottonarsi l'abito o fare un nodo<sup>311</sup>.

Si può ulteriormente approfondire la derivazione meccanica del corpo mutilato provvisto di protesi attraverso un ulteriore studio del professor Riccardo Galeazzi, direttore del Rifugio Fanny Finzi Ottolenghi per la Rieducazione Professionale dei Mutilati in Guerra di Milano. L'ortopedico infatti nel 1917 realizzò degli apparecchi *per la rieducazione funzionale dei mutilati* che permettevano, una volta adattati al moncone, alcuni movimenti obbligati per riabituarlo l'arto allo sforzo [28]. Prima di procedere ad una vera e propria rieducazione al lavoro infatti, il soldato doveva non solo mettere alla prova la forza che il moncone riusciva ancora ad esercitare, ma doveva imparare nuovamente alcuni movimenti basilari che l'amputazione spesso comprometteva. La questione diventava indispensabile ad esempio per far muovere le protesi prensili. Dall'altra parte l'allenamento era indispensabile anche per i più facili movimenti di utilizzo delle braccia operaie. In fine, le stesse macchine potevano venire utilizzate anche per educare al mancinismo, pratica non solo suppletiva all'uso della protesi, quanto necessaria per arrivare ad una autonomia più completa possibile da parte del mutilato<sup>312</sup>.

L'impiego di vere e proprie macchine non si fermava alla riabilitazione. Sempre il professor Galeazzi, pochi anni più tardi, nel 1923 da direttore del Pio Istituto Rachitici di Milano e della Clinica Ortopedica della R. Università, propose un congegno che permetteva ad invalidi particolarmente gravi, privati della vista e delle mani, di riuscire comunque ad esercitare le proprie facoltà mentali attraverso la lettura. Le sperimentazioni si basavano sulla possibilità che l'esperienza tattile della lettura dell'alfabeto Braille fosse trasferita, mancando le dita, su altre parti del corpo [29].

Un primo congegno prevedeva l'utilizzo di una mano meccanica alle cui estremità fossero collegate delle perette in caoutchouc. Queste, incontrando la resistenza di un qualsiasi

---

<sup>311</sup> Zumaglini – Guidi, *La nuova protesi italiana per gli arti*, p. 523.

<sup>312</sup> Galeazzi, *Nuovi apparecchi per la rieducazione funzionale dei mutilati*, in «Arch Ort», xxxiii, 1916-1917, p. 120-130.

oggetto, avrebbero trasferito dell'aria, attraverso dei sottili tubi in gomma, in una parte sensibile del moncone, dove le terminazioni di questi tubi si fissavano tramite un braccialetto<sup>313</sup>. Questa ipotesi pneumatica venne dopo poco accantonata perché le pressioni realizzate erano troppo lievi per essere distintamente percepite come sarebbe stato invece necessario per la lettura dell'alfabeto per ciechi.

Si pensò dunque di procedere per via elettrica utilizzando un braccialetto per scrittura già brevettato per l'uso della mano prensile. In questo caso uno speciale interruttore di platino a sei impulsi, fissato al bracciale, trasmetteva piccoli segnali elettrici al torace dell'invalide dove poteva essere riprodotto più in grande lo schema a sei incroci su cui si basa la scrittura Braille.

A detta di Galeazzi il sistema avrebbe potuto trovare un'ulteriore difficoltà d'applicazione perché per funzionare correttamente si sarebbe dovuto procedere con una standardizzazione dei caratteri adottati per permettere che ogni scritta venisse rilevata dall'interruttore. Non solo, ma ogni pagina in alfabeto per ciechi sarebbe poi dovuta essere inserita in griglie rigide che permettessero di far scorrere il bracciale da sinistra a destra sulla stessa riga<sup>314</sup>.

Quest'ultimo articolo apre una nuova parentesi sul mondo delle protesi e della chirurgia relativamente ai grandi invalidi. Tali venivano chiamati i ciechi, i sordi e coloro che riportarono profonde ferite al volto.

Alcune statistiche, riportate in uno studio del professor Guglielmo Bilancioni relative alle ferite alla faccia, indicano un aumento di queste dal 4,2% al 9,7% con il passaggio alla guerra di posizione. Tale percentuale calò a 5,80% con l'utilizzo dell'elmetto che, s'è visto, è andato in alcuni casi tardivamente a sostituire il berretto. Dal testo si evince che prima di ricorrere a protesi e ricostruzioni artificiali del volto i chirurghi erano chiamati a provare a ricostruire quanto più possibile a partire dal corpo stesso. Ecco dunque che la

---

<sup>313</sup> Più di ogni altra invenzione che la necessità impose di realizzare, questo sistema pneumatico sembra ricordare l'automa suonatore di flauto realizzato tra il 1848-1849 dall'inventore valdostano Innocenzo Manzetti. Costui, considerato il legittimo inventore del telefono, riuscì a realizzare un robot umanoide che, oltre a compiere alcuni movimenti minimi, riusciva a pronunciare alcune parole e a suonare il flauto traverso per l'appunto grazie ad un sistema pneumatico che lo collegava ad un organo. <<http://www.radiomarconi.com/marconi/manzetti/index.html>>

<sup>314</sup> Galeazzi, *Studio di un apparecchio di lettura per i ciechi mutilati alle mani*, in «Arch Ort», xxxix, 1923, p. 484-491. Nel 1919, nel «Giornale di Medicina Militare», il prof. Arnaldo Angelucci riferiva di alcuni studi eseguiti da un soldato della legione straniera che proponevano delle indagini su dei così chiamati *raggi N*, i quali, frutto di emanazioni energetiche derivate dalla contrazione muscolare, si sperava potessero essere utilizzati per dare la vista ai ciechi. L'assenza di ulteriori notizie a riguardo, e le sperimentazioni delle invenzioni di Galeazzi sono sia una riprova del fallimento di queste ricerche francesi, sia una conferma del fatto che la medicina stava in quegli anni sperimentando a tutto tondo nuove cure e nuove innovazioni.

cartilagine mancante del naso veniva sostituita con quella presa dalla settima o ottava costola e fissata con delle iniezioni di paraffina. La parola d'ordine in questo caso era "il duro asserto del Denonvillers che «il chirurgo non fa che sostituire una deformazione ridicola ad una deformazione ributtante», e si verifica nella maggior parte dei casi"<sup>315</sup>.

Per la chirurgia al volto la questione principale era quella di ricostruire le parti asportate dal colpo subito rendendo possibile una corretta funzionalità nasale, dunque respiratoria. Ma la difficoltà maggiore constava nel riuscire a richiudere la ferita senza che si presentassero aderenze del tessuto cicatriziale all'interno delle fosse nasali, impedendo infine la respirazione e portando al soffocamento il paziente.

Come nel caso delle altre ferite, alta era anche in questo caso l'incidenza delle infezioni che davano origine a sinusite e, nel peggiore dei casi, a meningite. Al di là del pericolo che queste patologie significavano si deve pensare che la cura delle sinusiti doveva essere completata prima di poter procedere a qualsiasi intervento ricostruttivo protesico [30].

I modelli delle protesi facciali si dividevano in *antichi* e *nuovi* e il loro utilizzo era ritenuto necessario nel caso in cui gli interventi plastici non avessero dato dei risultati sufficienti, o nel caso in cui l'intervento chirurgico fosse stato contro indicato o addirittura rifiutato.

Gli apparecchi *antichi* erano costruiti in caotchouc, alluminio, argento o ceramica e fissati al volto tramite anelli in gomma o molle. Indipendentemente dalla sostanza di cui erano fatti venivano ricoperti da un sottile strato di cera dura "tinta secondo il colore dei tegumenti vicini"<sup>316</sup>.

Le protesi *nuove* venivano realizzate con una pasta a base di gelatina, "perfetti dal punto di vista estetico, di assai facile fabbricazione e applicazione. Non" avevano "alcun bisogno di mezzi di contenzione e il prezzo di costo" veniva "ad essere insignificante". Avevano "l'inconveniente di durare poco". Il professor Ponti, che lavorava presso il "Centre Maxillofacial" di Lione, spiegava dunque la necessità di fornire agli invalidi che non poterono approfittare degli sviluppi della chirurgia plastica, sia protesi *vecchie* che *nuove* da usare allo stesso modo delle protesi estetiche e da lavoro per gli arti, a seconda delle necessità della giornata.

---

<sup>315</sup> Guglielmo Bilancioni, *Lesioni al naso e dai seni nasali in rapporto alla loro funzione e alla cosmesi della faccia*, in «Giornale di Medicina Militare», 1919, p. 359-371.

<sup>316</sup> Tutti i riferimenti alle protesi facciali sono tratti da: G. Ponti, *Protesi degli grandi feriti del viso e della mascella*, in *Memorie originali. III Conferenza Interalleata per l'assistenza agli invalidi di guerra. Roma 12-17 Ottobre 1919. A) Relazioni ufficiali*, in «Giornale di Medicina Militare», 1919, p. 1310-1312. I corsivi sono nel testo originale.

Questa specifica, permette di collegarsi ad un ultimo testo che, collocandosi più avanti nel tempo, nel 1935, chiude il cerchio attorno alle protesi riallacciandosi allo scritto del Putti del 1936 dal quale si era partiti. Nella «Rassegna della previdenza sociale» pubblicata dall'Istituto nazionale fascista contro gli infortuni sul lavoro si possono leggere alcune considerazioni e analizzarle alla luce di ciò che la medicina stava indagando durante la guerra.

Si può partire, a riguardo, dalle considerazioni sulle doppie protesi: da lavoro ed estetiche. Sembra che la prassi ed il tempo abbiano confermato una molto maggiore diffusione delle prime anche nei momenti di riposo. Riferendosi alle protesi estetiche infatti Venezian, direttore dell'Istituto Ortopedico e di Rieducazione per invalidi del lavoro di Roma, scriveva che “i primi a riconoscere che il fastidio e l'ingombro dato da tali apparecchi superano di gran lunga il vantaggio estetico, sono generalmente e per fortuna gli stessi mutilati; la massima parte di queste protesi finisce in fondo all'armadio, dove resta anche la domenica”<sup>317</sup>.

Sempre tra le considerazioni generali ricavabili dal testo, si può mettere in rilievo che la prassi relativa alla fabbricazione stessa delle protesi andò modificandosi col tempo in favore di due sole variabili sulle quali si basò la valutazione del rendimento della protesi stessa. Costo e durata dell'arto divennero le uniche voci da tenere in considerazione per calcolare l'ammontare della riparazione economica del danno, mentre, per quel che riguarda il corpo mutilato, la somma venne valutata non su quanto fosse andato perduto, ma su quanto si fosse riusciti a conservare e in che stato. Un atteggiamento quest'ultimo che denota una progressiva mancanza di interesse per la sorte dei mutilati stessi.

Nel 1935, dunque, molti propositi assistenziali discussi a ridosso della guerra sembravano già in qualche modo annebbiarsi. Per diminuire i costi gli arti furono prodotti quasi esclusivamente in legno, senza che rimanesse traccia della fibra derivata dal cotone proposta da Zumaglini e Guidi. Si stimò che per gli arti inferiori una protesi di coscia poteva durare dai 4 agli 8 anni, mentre una gamba, sottoposta a sforzi maggiori, avrebbe dovuto durare dai 3 ai 6 anni. Anche qui pareva eclissarsi l'idea di attrezzi fatti di parti intercambiabili e facilmente sostituibili destinati a durare praticamente per sempre.

Una raccomandazione essenziale proposta da Venezian riguarda la buona riuscita degli interventi di amputazione. Anticipando Putti, il medico romano denunciava l'alta

---

<sup>317</sup> Edmondo Venezian, *La fornitura di protesi agli invalidi*, in «Rassegna della previdenza sociale», anno XXII, n. 5, Roma, Istituto nazionale fascista per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, 1935-XII, p. 38.

percentuale di ricorso ai secondi interventi di correzione che complicavano doppiamente l'esperienza del mutilato. Questo perché, oltre all'intervento, imponevano un continuo adattamento della protesi al moncone che modificava la sua forma. La degenerazione delle patologie dei monconi mal riusciti comportava infatti continui episodi di riassetto muscolare ai quali si doveva adattare il mezzo meccanico. Forse anche per questo motivo il ricorso a protesi permanenti in fibra e alluminio venne accantonato in favore delle protesi in legno.

Infine, dal testo della «Rassegna della previdenza sociale» emergono chiaramente due tipi di difficoltà incontrate nella rieducazione degli invalidi. Da una parte l'esperienza portò i medici a optare per uno sfruttamento maggiore dei monconi degli arti superiori anziché delle eventuali protesi, dando così maggiore fiducia alla chirurgia anziché all'ortopedia. Questo richiama alla mente la tavola di Beltrame, citata anche da Gibelli, e apparsa sul retro della «Domenica del Corriere» del 7 dicembre del 1919. In essa vengono ritratti dei militari americani mutilati che fanno a gara per vestirsi dai letti di un istituto. Qualcuno attorno prende i tempi, i mutilati, per l'appunto, non hanno protesi alle mani<sup>318</sup>. L'altro problema riguardava un certo atteggiamento rinunciatario secondo cui occorreva far apprendere ai candidati lavori specificatamente agricoli dimostrando scarso interesse a ridare al mutilato la capacità di svolgere l'attività cui si dedicava in precedenza<sup>319</sup>. Anche su questo piano le teorizzazioni scritte dagli specialisti durante la guerra sembravano completamente disattese nella pratica e negli anni a seguire. Sembra per questo necessario cercare di indagare il mondo degli istituti di riabilitazione per capire quale sia stata la ragione di tale inversione di marcia.

L'educazione all'uso delle protesi lavorative avveniva nelle scuole o nelle case di riabilitazione. Queste strutture avevano il compito di riscattare l'orgoglio del soldato offrendogli la possibilità di recuperare le abilità perdute, oppure di fargli conoscere una nuova arte alla quale dedicarsi per ricavare sostentamento e quindi un certo grado di autonomia. Come si vedrà di seguito i rapporti tra queste organizzazioni e lo Stato e tra le organizzazioni e i mutilati stessi fanno parte di un panorama assolutamente complicato, i cui elementi hanno contorni sfumati e difficilmente delineabili.

---

<sup>318</sup> Gibelli, *L'officina della guerra*, p. 116. «Domenica del Corriere», 30 ottobre-7 dicembre, 1919.

<sup>319</sup> Venezian, *La fornitura di protesi agli invalidi*, p. 39-42.

## Case, campi e officine

Procedendo con l'analisi incentrata sulle immagini, occorre passare ora a una seconda vasta produzione, quella delle Case di rieducazione professionale (CRP). Si tratta anche qui di rappresentazioni prettamente fotografiche ma, a differenza di quelle già viste, queste vertono sul mutilato e sulle varie opportunità d'impiego della sua protesi [31], lasciando in secondo piano la rappresentazione dell'articolazione meccanica, che era invece il fulcro pressoché unico della produzione di immagini mediche.

Si tratta quasi di un passaggio dalla teoria alla pratica, questa volta improntato ad uno scopo maggiormente divulgativo. Oltre al desiderio di mostrare i risultati ottenuti con la rieducazione dei mutilati si cercava, diffondendo negli ospedali e negli istituti ortopedici quegli scatti, di calamitarli verso le strutture di riabilitazione al lavoro, cercando di convincere anche gli individui più ritrosi a seguirne i corsi.

La questione non era semplice. Nel 1916 viene pubblicato a Torino, a nome del Comitato Piemontese per l'Assistenza ai Lavoratori Mutilati in Guerra, un minuscolo opuscolo informativo da diffondere tra i ricoverati e i mutilati in licenza allo scopo di spiegare cosa fosse il centro di riabilitazione della città, cosa offriva e come funzionasse. Nelle sue tredici pagine lo scritto, dal titolo *Tre anni dopo (Dialogo fra due soldati)*, narra l'incontro tra Gaspare, mutilato ad una gamba, ed Enrico, che in guerra aveva invece perduto il braccio, e del dialogo che li coglieva contrapposti proprio in materia di rieducazione. La posta in gioco sembrava essere "il sacrificio della propria libertà imposto inutilmente a chi ha già avuta la disgrazia di lasciar una gamba od il braccio alla guerra o di uscirne storpio"<sup>320</sup>. E, ancora, il farsi "chiudere in quella prigione" col dubbio che "Il Governo, quando avrai imparato un mestiere, vorrà ancora darti la pensione?"<sup>321</sup>. Il testo tocca diversi argomenti quali l'onere della fornitura delle protesi da parte degli istituti stessi, il pagamento di una quota giornaliera data dallo Stato per ciascuno degli apprendisti e, soprattutto, l'esistenza effettiva di una vasta parte della popolazione di mutilati che non intendeva sottoporsi a tali trattamenti, guardandoli per lo più col sospetto di chi teme di perdere i suoi diritti.

L'idea che lo Stato dovesse risarcire il danno conferendo al mutilato un lavoro (si fa qui riferimento ad una tabaccheria), doveva essere piuttosto diffusa. Prova di ciò è l'esistenza stessa dello scritto torinese che prospettava, a chi intendeva semplicemente aspettare un

---

<sup>320</sup> Comitato Piemontese per l'Assistenza ai Lavoratori Mutilati in Guerra, *Tre anni dopo (Dialogo fra due soldati)*, Torino, Collegio degli Artigianelli, 1916, p. 5.

<sup>321</sup> Comitato Piemontese, *Tre anni dopo*, p. 7.

qualche tipo di intercessione dall'alto, un futuro fatto di miseria, di una pensione che non bastava, di elemosina e dell'alcool come amico fin troppo intimo<sup>322</sup>. Non va d'altra parte dimenticato che dal punto di vista dei riabilitandi l'allontanarsi per altri sei mesi dalla famiglia per entrare in una nuova istituzione, era un sacrificio ed un impegno che non sempre sembrava valer la pena compiere, e che poteva pesare più delle questioni legate al proprio futuro.

Nel frattempo tra il 1916 e il 1918 anche molti articoli nelle riviste mediche trattarono della incombente questione della rieducazione degli invalidi che la guerra continuava a riversare in retrovia.

Il dott. Giuseppe Terra-Abrami, ad esempio, mise in luce la necessità di accompagnare l'invalidato, così come gli infortunati in genere che avevano subito degli interventi di una certa importanza, attraverso un percorso che permettesse il recupero funzionale degli organi e degli arti lesi dalla ferita e toccati con l'intervento. Dalle analisi del medico risultava che una fitta schiera di operati stesse andando incontro ad un annichilimento delle capacità motorie dovuto alla mancanza di una corretta riabilitazione. Non si trattava, in questo caso di un tentativo di identificazione di simulatori o di falsi invalidi, bensì di un problema di concreta origine medica. Rinviare a casa in licenza il soggetto, ridarlo alle cure della famiglia senza alcuna indicazione o senza nessuna terapia a cui sottoporlo, significava vedersi tornare dei soldati completamente inabili, con gli arti irreparabilmente sclerotizzati. Per evitare dunque un aumento di questi esiti nefasti dei traumi di guerra occorreva inserire il candidato all'interno di un sistema riabilitativo che garantisse il pieno recupero funzionale, o, nel caso di mutilazione, il maggior grado possibile di quest'ultimo<sup>323</sup>.

La cura del paziente dunque doveva essere tenuta sotto controllo il più a lungo possibile e condotta passo passo, almeno allo scopo di evitare delle invalidità che sarebbero andate a pesare inutilmente sul bilancio pubblico, quando sarebbe bastato un intervento tempestivo per impedirne il manifestarsi.

Da un altro punto di vista anche Giovanni Allevi, nel suo trattato sull'assistenza sanitaria in guerra, dedicò l'ultimo capitolo dell'opera alla faccenda del ritorno dei mutilati alla vita civile. Allevi, piuttosto disilluso sulla materia, negava che “dato lo sviluppo della tecnica chirurgica e le risorse delle quali la nazione può disporre, gli storpi

---

<sup>322</sup> Comitato Piemontese, *Tre anni dopo*, p. 13-15.

<sup>323</sup> Giuseppe Terra-Abrami, *Circa la questione degli esiti dei traumi di guerra*, in «Giornale di Medicina Militare», 1917, p. 114-119.

e i mutilati, in proporzione, saranno meno di una volta” come molti, a quanto riferisce, all’epoca pensavano. Dal canto suo quindi la questione assillante diventava: “cosa noi faremo di costoro? Si manterranno in un ozio deprimente e degradante, per tutta la vita, per quell’obbligo morale che la nazione contrae verso chi fa sacrificio di se stesso, oppure li utilizzeremo per un lavoro socialmente utile?”. Dallo scritto emerge che nel 1916 l’Italia era all’ultimo posto tra gli alleati per la realizzazione di case di rieducazione, tanto che all’epoca era funzionante solo il Rifugio Filzi-Ottolenghi a Gorla I, vicino Milano.

La rivelazione fa pensare che la Penisola si presentò doppiamente in ritardo all’appuntamento se si tiene conto di come la guerra fosse iniziata già nove mesi prima sugli altri fronti. Né le autorità politiche né quelle militari approfittarono dell’esperienza delle altre parti in campo per attivare un maggior coordinamento o un recupero sui ritardi medesimi<sup>324</sup>. Di contro, una rivista stampata dall’*Office of the Surgeon General* dell’esercito americano vantava una considerazione del genere:

So, while our country set itself feverishly to the task of preparing its man to kill and to maim, and to be killed and maimed, it likewise, with equal vigor and sagacity, began the formulation of plans for the “physical rehabilitation of disabled men”<sup>325</sup>

Secondo Allevi la causa principale del ritardo era da imputare al carattere rurale dell’economia del Paese, e non era dunque un caso se la Germania, all’avanguardia nel settore industriale, era anche al primo posto in Europa per la realizzazione e la gestione di questi istituti. Per quanto il medico giustamente avesse notato il legame con il livello di industrializzazione, era piuttosto nell’agricoltura che egli vedeva e prospettava essere il destino dei mutilati riabilitati, perché “La terra è la grande madre comune. La decadenza di Roma coincise col decadere dell’agricoltura. [...] Ora è appunto a pro dell’agricoltura che specialmente si può sfruttare, secondo i competenti, la residuale capacità lavoratrice di coloro che ebbero una invalidità permanente”<sup>326</sup>.

Rimanendo sull’argomento, si può citare come ottimo esempio di colonia agricola per mutilati quello descritto nella *Relazione dell’opera svolta dal Comitato Regionale Marchigiano per i soldati mutilati in guerra sino al 31 luglio 1919*. Si trattava di un appezzamento di 42 ettari messi sotto la conduzione del prof. Gustavo Modena e del’ing. Volpino Volpini presso Porto Recanati su gentile concessione della S. Casa di Loreto

---

<sup>324</sup> Montella, *I mutilati e gli invalidi tra cura rieducazione e controllo*, p. 257.

<sup>325</sup> «Carry On», vol. 1, n. 7, Office of the Surgeon General, U.S. Army, April 1919, p. 18.

<sup>326</sup> Allevi, *L’assistenza sanitaria in guerra*, p. 35-39.

[32]. Qui la direzione, conscia del fatto che la menomazione fisica avrebbe per forza imposto una pesante restrizione alla capacità di lavoro agricolo di qualsiasi mutilato, decise di concentrare la riabilitazione su due aspetti specifici del lavoro della terra. Si trattava infatti di:

impartire l'insegnamento della meccanica agraria e quello dell'incremento delle cognizioni agricole del mutilato onde farne la mente direttiva della propria famiglia. Col primo indirizzo si tende a sostituire e spesso a moltiplicare l'opera manuale del contadino mutilato, con quella del congegno meccanico. Col secondo, più specialmente adatto alle zone ove vige la mezzadria, si mira a fare del mutilato il capo della famiglia colonica in seno alla quale, pur non potendo esplicitare attività fisica notevole, se rende pregevole mettendo a disposizione di essa cognizioni agricole acquisite nella Colonia<sup>327</sup>.

L'univoco riferimento di Allevi alla sola agricoltura non deve tuttavia trarre in inganno. Diversi sono i casi di interessamento dell'industria italiana per la sorte dei mutilati, sia in ambito locale che in ambito nazionale. Tra la corrispondenza del Comitato provinciale "Pro Mutilati" di Padova è infatti rintracciabile un documento del 14 gennaio 1918, spedito dal Comitato Regionale di Mobilitazione Industriale per il Veneto. La lettera spiegava che "assecondando l'alta opera di giustizia riparatrice iniziata dal Superiore Ministro per le Armi e Munizioni per la doverosa assistenza e reimpiego dei nostri gloriosi mutilati" si diffondeva, a nome del Comitato Regionale di Mobilitazione Industriale per la Liguria, una lunga lista di ditte di quella regione che intendevano assumere invalidi e mutilati di guerra. Un allegato di 5 pagine recava il nome delle aziende, la loro ubicazione, il tipo di posti vacanti (manovali, meccanici, collaudatori, disegnatori, segretari), specificando infine quale menomazione sarebbe stata più indicata, o quale parte del corpo il candidato dovesse avere assolutamente integra. La ditta Cerpelli ad esempio offriva due posti da segretario a chi potesse vantare "studi liceali o ist. tec. devono essere a bitì alle ns. filiali occ. bella presenza non mut. gambe"<sup>328</sup>. L'Ansaldo assumeva contabili purché vantassero una "bella calligrafia", o disponeva di due posti alla

---

<sup>327</sup> *Relazione dell'opera svolta dal Comitato Regionale Marchigiano per i soldati mutilati in guerra sino al 31 luglio 1919*, Roma, Unione Editrice, 1919, p. 15-17.

<sup>328</sup> "studi liceali o ist[ituti tecnici]. Devono essere a[di]biti alle nostre filiali. [Occorre] bella presenza[,] non mutilati alle gambe".

contabilità e uno da segretario per chi sapeva il francese, l'inglese o lo spagnolo. In altri casi erano specificate “gam.sane mut.brac.o mano sin.”<sup>329</sup>.

La rieducazione era considerata indispensabile anche per ragioni meno prettamente economiche.

Il dott. Giovanni Selvi e il prof. Giovanni Scarlini redassero due articoli, rispettivamente nel 1917 e nel 1918, nei quali mettevano in luce come fosse un obbligo morale, tanto quanto la salvaguardia della vita, il cercare di confortare i mutilati facendo il possibile per conferire loro un posto in società.

Selvi si dedicò ai militari di professione. A detta sua, a seconda del grado rivestito dal soggetto e a seconda del tipo di ferita, si sarebbe per la maggior parte dei casi potuto riabilitare il soldato nell'esercito, conferendogli, nella peggiore delle ipotesi, compiti più adatti alla nuova situazione. Nel caso specifico di ufficiali di alto grado le menomazioni sarebbero state difficilmente invalidanti, mentre per i gradi inferiori, visto la conseguente difficoltà di un avanzamento di carriera, lo scotto sarebbe stato sì maggiore, ma comunque non sufficiente per obbligare il soggetto al congedo. La regola da seguire era quella di “evitare di gravare l'organico degli ufficiali di un inutile, per quanto glorioso peso morto”, il che prevedeva che si scartassero preventivamente solo grandi invalidi e ciechi bilaterali, mentre tutti gli altri casi sarebbero dovuti essere valutati singolarmente<sup>330</sup>.

Il prof. Scarlini, degli Istituti di Rieducazione Professionale del Comitato Lombardo per i Soldati Mutilati in Guerra, riferì sulla questione della riabilitazione lavorativa con toni più magniloquenti, affermando che si trattava di una

Particolare forma di assistenza che è da considerarsi forse tra le più belle e le più elevate espressioni dell'umana solidarietà in quanto non si rivolge ai corpi, ma attende, attraverso ausili e compensi a questi destinati, a rivolgere le anime curve sotto il peso della diminuzione fisica, e ancora agghiacciate e come intorpidite dalla terribile avulsione subita dal corpo.

---

<sup>329</sup> “gam[be] sane[. Vanno bene] mut[ilati] al brac[cio] o alla mano sin[istra]”. MSIGR AS, ACPM, 1.3.1 b.5 f.41, “Comitato regionale per la mobilitazione industriale”, Bologna, 1 gennaio 1918.

<sup>330</sup> Giovanni Selvi, *Dell'interpretazione dell'art. 6 della legge per gli invalidi di guerra*, in «Giornale di Medicina Militare», 1917, 657-663. I grandi invalidi, cioè i ciechi bilaterali o coloro che sommarono sul proprio corpo “mutilazioni multiple o storpiaggini multiple”, vennero esentati a norma di legge da qualsiasi tipo di riabilitazione al lavoro e accolti, su loro richiesta anche vita natural durante, in un apposito istituto presso Firenze: Capitano A. Bulgarelli, *Norme per il funzionamento dei Sotto-Comitati e delle Delegazioni*, Roma, Opera Nazionale per la protezione e l'assistenza agli invalidi di guerra, 1919, p.11-12.

Tanto più che

[...] in confronto degli invalidi congeniti, da infortunio, o da malattia, a tanto maggiore essa doveva di diritto assurgere allorché fu disposta in vantaggio della schiera meravigliosa di coloro che fecero getto di una parte di loro stessi ed offrirono serenamente in olocausto il loro sangue per la salvezza della Patria ed insieme per l'avvento di un'era di giustizia e di pace basata sull'uguaglianza di diritti fra popolo e popolo, fra Nazione e Nazione<sup>331</sup>.

Da quest'ultimo testo si deduce che non si trattò di un compito tanto facile, al punto che si parla di un primo periodo “di indirizzo quasi empirico” in cui si cercò di porre rimedio alla faccenda basandosi sulle teorizzazioni, assai esigue, relative alle “Scuole di lavoro dei comuni invalidi adolescenti”. Solo successivamente si comprese che lo scopo non sarebbe dovuto essere quello di insegnare nuovamente, partendo da capo, un'attività del tutto aliena all'attitudine del mutilato, ma al contrario, cercare di seguirne le inclinazioni e i gusti, riproponendo quando possibile l'attività precedente alla guerra. In ogni caso, lo scopo principale perseguito nelle CRP sarebbe dovuto essere quello di “arrivare ad infondere nell'animo dell'invalido la sicurezza di essere ancora atto ad un lavoro e capace di conseguire un guadagno”<sup>332</sup>.

Per fare ciò le Case di rieducazione professionale, a differenza dalle Scuole per adolescenti, potevano offrire un aiuto “non collettivo ma individualizzato” e, soprattutto, avrebbero permesso al mutilato di trovarsi in compagnia di tanti altri che condividevano la medesima sorte, così che fosse possibile “vincere quello stato di abbattimento, di sconforto, di sfiducia, ora sdegnosa, ora apatica, ora disperata, in sé stessi, nelle proprie forze, negli aiuti che sono stati loro offerti”.

Per quanto i propositi degli specialisti sembrassero buoni, lo Stato italiano latitava. O meglio, si limitò a permettere la proliferazione di comitati che ne surrogassero le funzioni per intervenire solo più tardi, con la legge n.481 del 25 marzo 1917, sovrapponendosi all'iniziativa privata con blande misure di coordinamento<sup>333</sup>. L'interesse per la sorte dei militari ciechi, storpi e mutilati trovò infatti una risposta immediata non nelle istituzioni governative né partitiche, bensì nella forza di volontà di privati cittadini.

---

<sup>331</sup> Questa, e le altre citazioni del prof. Scarlin sono tratte da: Giovanni Scarlin, *La rieducazione professionale degli storpi e mutilati in guerra*, in «Arch Ort», xxxiv, 1918, p. 289-296. Sembra interessante mettere in luce la sfumatura dei punti di vista che passa dal “inutile, per quanto glorioso peso morto” di Selvi, alla “schiera meravigliosa di coloro che [...] offrirono serenamente in sacrificio [...]” di Scarlin.

<sup>332</sup> Galeazzi, *Come si rieducano i soldati mutilati*, p. 14-22.

<sup>333</sup> Detti, *Stato, guerra e tubercolosi*, p. 903.

Si trattava per lo più di esponenti della grande borghesia o della borghesia urbana, nonché di nobili che, mantenendosi per lo più favorevoli alla guerra, decisero di destinare parte del loro impegno e dei loro fondi per istituire i vari Comitati provinciali “Pro Mutilati” sparsi in tutta la penisola<sup>334</sup>.

Questi organismi privati, dunque, furono per lungo tempo gli unici affidatari della sorte dei militari mutilati, mentre nel frattempo oltre le Alpi il Ministero della guerra e dell’interno intervenivano prontamente. L’amministrazione francese prevedeva infatti che il primo dei due organi istituzionali scegliesse e mettesse a disposizione i locali, mentre il secondo andava decidendo sulle vicissitudini organizzative delle case di riabilitazione. Non che in Italia queste venissero gestite in modo tanto diverso rispetto alle strutture francesi con le quali potevano, tra maggiori difficoltà, concorrere, ma nella penisola continuò a pesare l’assenza politica e militare. Due conseguenze dirette furono ad esempio la mancanza di statistiche relative ai mutilati stessi, redatte in Italia solo a partire dal settembre del 1918, e l’assenza di una legislazione che imponesse ai mutilati la rieducazione professionale. Va da sé che un ulteriore problema correlato a questa situazione era quello dei fondi e della loro difficile reperibilità. Non a caso in Inghilterra, dove il Governo allo stesso modo demandò le iniziative ai privati, era comunque il *War Office* a gestire le spese degli istituti<sup>335</sup>.

Ma per capire cosa volesse dire gestire queste istituzioni non resta che scendere, per quanto e dove possibile, nel dettaglio. Gli archivi fra i meglio conservati di due di queste istituzioni italiane sono gli incartamenti della Casa di Rieducazione per mutilati ed invalidi di guerra di Bologna, conservati nell’Archivio Storico del Comune ma di proprietà del Museo del Risorgimento della città, e quelli del Comitato “Pro Mutilati” di Padova che gestiva la Casa di rieducazione di Villa Wollenborg di Guizza, conservati all’Archivio del Museo Storico Italiano della Guerra di Rovereto<sup>336</sup>.

---

<sup>334</sup> Davide Valentini, *La Casa di Rieducazione professionale per Mutilati e Invalidi di Guerra di Bologna (9 aprile 1916 – 3 gennaio 1922)*, in «Bollettino del Museo del Risorgimento», Bologna, anno I, 2005, p. 53-54.

<sup>335</sup> Montella Fabio, *I mutilati e gli invalidi tra cura rieducazione e controllo*, p. 259-261.

<sup>336</sup> Per una brevissima sintesi delle vicende riguardanti l’Archivio della CRP: Otello Sangiorgi, *L’Archivio della Casa di Rieducazione Professionale per Mutilati e Storpi di Guerra di Bologna*, in «Bollettino del Museo del Risorgimento», Bologna, anno I, 2005, p. 71-73. Allo stesso modo per una accurata sintesi sulle vicende dell’Archivio e del Comitato Provinciale “Pro Mutilati” di Padova e per una storia del comitato stesso si vedano Nicola Fontana, *L’archivio del comitato provinciale “Pro Mutilati” di Padova (1915-1932)*, Rovereto, Museo Storico Italiano della Guerra di Rovereto, 2004; Rizzoli Daniela, *I mutilati della Grande Guerra. L’archivio del comitato di Padova*, Tesi di Laurea, Università degli studi di Trento, Dipartimento in storia e critica delle arti, (rel. Gustavo Corni), 2004-2005.

## La Casa di Rieducazione Professionale di Bologna

Il 28 novembre 1915 sotto la presidenza del marchese Giuseppe Tanari, ex sindaco di Bologna e senatore del regno, nacque il Comitato per l'assistenza agli invalidi di guerra che si prefiggeva il compito di "integrare e continuare l'azione tutrice dello Stato in favore dei soldati mutilati e storpi di guerra, educandoli al lavoro ed assistendoli nel miglior modo possibile, affinché ritornando essi nella vita comune, fossero di nuovo fattori di produzione, utili a loro stessi e alla società"<sup>337</sup>. Attraverso una sottoscrizione alla cittadinanza e con l'aiuto del Ministero della guerra, il Comitato riuscì a destinare l'edificio di un ex-convento di suore, requisito dai militari allo scoppio del conflitto e ubicato in zona Foro Boario di allora (oggi piazza Trento e Trieste), alla struttura di accoglienza dei mutilati. Sedici di questi varcarono per la prima volta le porte dell'ex convento, riadattato ed ampliato per il cambio d'uso, il 6 aprile 1916, altri 44 entrarono il 9 dello stesso mese con l'inaugurazione ufficiale.

I posti letto disponibili si rivelarono fin da subito esigui. Bisogna infatti pensare che dall'inizio degli scontri all'inizio dell'anno, lo stesso Istituto Rizzoli dovette essere ingrandito per portare il numero di degenti temporanei a quota cinquecento, prima che si passasse ad utilizzare le cliniche universitarie di Villa Favorita, per gli ufficiali bisognosi di arti artificiali, e l'ospedale Pascoli, per interventi e apparecchi più semplici<sup>338</sup>. Gran parte di questi soldati sarebbero poi passati per la CRP per periodi più o meno lunghi di tempo.

Le stesse modalità di permanenza al centro, dalle tempistiche all'organizzazione delle giornate, furono oggetto di approfonditi dibattiti interni al Comitato. Inizialmente, in realtà, si pensò di fornire ai mutilati dei sussidi che permettessero di perseguire privatamente una propria riabilitazione, ma l'ipotesi venne scartata assieme a una seconda che prevedeva di realizzare una sorta di scuola che trattenesse gli allievi solo durante la giornata. Si optò infine per la Casa di Riabilitazione Professionale che, in seguito a nuovi ingrandimenti arrivò ad un totale di 175 posti letto nel 1918. Durante la giornata i corsi venivano inoltre seguiti da altri 20 allievi esterni che non soggiornavano in essa ma vi entravano al mattino per uscirne alla sera.

---

<sup>337</sup> Valentini, *La Casa di Rieducazione*, p. 55.

<sup>338</sup> Salvo dove specificato, le informazioni relative la CRP di Bologna sono tratte da Valentini, *La Casa di Rieducazione* p. 53-67 e da Mirtide Gavelli – Fiorenza Tarozzi, *La casa di rieducazione professionale per mutilati e storpi di guerra di Bologna (9 aprile 1916 – 3 gennaio 1922)*, p. 287-304, in Fabio Montella – Francesco Paoletta – Felicità Ratti (a cura di), *Una regione ospedale. Medicina e sanità in Emilia-Romagna durante la Prima Guerra Mondiale*, Bologna, Clueb, 2010.

Primo direttore della struttura venne nominato l'ingegner Dino Zucchini, uomo del tutto privo di competenze mediche e amministrative, ma che riuscì a dare alla CRP di Bologna un'impronta spiccatamente umanitaria che non perse negli anni a venire, né quando il colonnello di artiglieria Giovanni Bacialli venne chiamato a sostituire Zucchini e a reggere le sorti dell'istituto dal luglio del 1919 al 1922.

È probabile che la scelta di Zucchini sia stata ponderata da Putti e Tanari non tanto sulle referenze specifiche della sua formazione, bensì sulla base della personalità dell'ingegnere. Egli era stato infatti insegnante alla Scuola superiore di agricoltura e, più tardi, presidente della Società Agraria di Bologna che avrebbe diretto dal 1927 al 1934 riuscendo, con le sue teorizzazioni e applicazioni, a declinare in chiave moderna il paternalismo ottocentesco e rendendolo strumento di impegno civile. L'attenzione rivolta ai problemi legati alla quotidianità del lavoro nei campi, alle condizioni di vita dei contadini e alle questioni sociali di questi, erano indice di un atteggiamento che Zucchini volse anche nella conduzione della CRP, nel gestire la quale non mancò di coinvolgere l'intera popolazione cittadina.

Mancando una legge che imponesse un modo univoco di gestione delle case di riabilitazione e dato che l'esercito italiano, almeno in un primo momento, non prevedeva di prendersi cura in via ufficiale del recupero dei soldati mutilati, il Comitato e l'Amministrazione dell'ospedale militare firmarono una *Convenzione privata per l'assistenza e la rieducazione professionale di militari di truppa storpi e mutilati per ferite riportate in guerra* lo stesso 6 aprile 1916, giorno dell'apertura. Nella convenzione si stabiliva che i candidati sarebbero stati designati dalla Direzione dell'Ospedale Principale militare, senza limitazioni riguardo alla regione di provenienza. Le limitazioni erano invece di natura medica: non potevano essere designati se non i candidati chirurgicamente guariti e già provvisti di arti definitivi, sempre che non fossero affetti da malattie mentali né corporali. Il periodo di permanenza non avrebbe dovuto superare i sei mesi e non si sarebbe potuto in alcun modo obbligare il mutilato alla permanenza coatta<sup>339</sup>.

Solo con la già menzionata legge del marzo del 1917, che cercava di fare ordine nella questione delle gestioni delle varie CRP, venne stabilito un periodo minimo di permanenza obbligatoria pari a 15 giorni, per tutti i mutilati usciti dal Rizzoli.

---

<sup>339</sup> MRB, CRP, s.2 b.2, "Atti amministrativi", 1917.

Infine, la convenzione stabiliva che l'Amministrazione militare avrebbe versato per ogni mutilato una diaria di 3,50 Lire, mentre restavano al Comitato gli oneri sull'assegnazione delle protesi, la loro cura ed eventuale riparazione, a cui andavano aggiunti il vitto e l'alloggio e tutte le spese amministrative della struttura e dei corsi.

Con il passare del tempo, grazie all'esperienza sul campo fatta dai direttori degli istituti come Zucchini e dai medici come Vittorio Putti, si andarono stabilendo gli standard relativi al processo rieducativo. Si decise dunque di dividere il percorso di riabilitazione in tre fasi quali la pre-rieducazione, la rieducazione vera e propria e la post-rieducazione.

Il primo momento iniziava all'interno dell'Istituto Ortopedico e aveva lo scopo di evitare che il mutilato si auto isolasse nel proprio rancore e nella propria disperazione. Attraverso il coinvolgimento del personale e delle infermiere, si cercava di predisporre il soldato ad un atteggiamento propositivo nei confronti delle CRP anche attraverso visite ai colleghi mutilati già inseriti nei programmi di recupero e con la stampa di opuscoli come quello torinese o marchigiano visti in precedenza<sup>340</sup>.

La rieducazione vera e propria iniziava con i quindici giorni di permanenza obbligatoria fissati per legge durante il quali il mutilato era libero di circolare per le aule, entrare in contatto con le varie possibilità offerte, parlare con gli altri mutilati e, soprattutto, essere indirizzato, previa colloqui personali con Zucchini stesso, verso l'attività più adatta in base al lavoro svolto prima della mutilazione e in base alla natura della mutilazione stessa.

Una volta iniziati i corsi la giornata si suddivideva in :

ore 07:30 – 09:00	scuola (divisione in classi elementari e medie)
09:00 – 12:00	rieducazione professionale nei laboratori
12:00	pasto
13:30 – 17:30	rieducazione
17:30 – 18:30	scuola
19:00	cena
21:00	riposo

Il corso più seguito fu quello per calzolai, adatto a coloro che avevano mani e braccia integre e per il quale venne brevettata la "Bologna", una morsa apposta per i mutilati agli arti inferiori [33]. Seguivano il corso di sartoria, di realizzazioni di oggetti in

---

<sup>340</sup> Di opuscoli relativi la CRP di Bologna non è stata trovata traccia negli archivi, ma i testi già riportati in nota indicano che l'istituto cominciò a stamparli nel 1918.

vimini, anche questo corredato da una macchina speciale per gli amputati ad uno degli arti superiori [34], falegnameria, tornitura del ferro [35], telegrafia e infine legatoria libri. Il corso di dattilografia [36], [37] e [41] prevedeva una durata di tre mesi, mentre ne durava ben dodici quello di sartoria. In questo caso, il soldato, passati i primi sei mesi come allievo interno, continuava a seguire i corsi in qualità di allievo esterno e quindi non alloggiava più nell'ex convento. La ripresa dei corsi al termine del periodo ufficiale di rieducazione, così come le richieste di reinserimento per quelli che, una volta lasciata la casa, decidevano di tornare, dovevano pervenire alla direzione con una domanda che veniva valutata a seconda del caso.

Fiore all'occhiello della casa bolognese sarebbero dovuti essere i corsi della scuola di agricoltura [39] e [40], della scuola di automobilismo [42] e quella di ciclismo. Tra le tre l'unica che non venne soppressa per mancanza di fondi fu quest'ultima che, ritenuta meno costosa, vantava delle qualità terapeutiche molto importanti per il morale dei mutilati agli arti inferiori. Non solo l'esercizio sembrava giovare notevolmente alla salute del moncone, ma allo stesso tempo il mutilato, ritornando alla bicicletta si riappropriava di una certa autonomia e rapidità di movimento che influiva enormemente sul morale.

Se la scuola di automobilismo ebbe una seppur breve esistenza, lo stesso non si può dire per la colonia agricola. Nonostante l'interesse particolare che Zucchini riversava in essa la scarsità di denaro impedì che si realizzasse. Le numerose foto del mutilato della casa di Bologna che si esercita con gli attrezzi agricoli erano relative al giardino della casa stessa: ben poca cosa rispetto agli esempi belga e austriaco che Zucchini aveva in mente.

Per quel che riguarda la terza ed ultima fase di recupero, la CRP di Bologna offriva ai suoi ex allievi sia un supporto burocratico utile per quel che concerneva le pratiche relative alle pensioni di invalidità, sia un supporto di tipo lavorativo. A questo riguardo veniva dato a tutti coloro che lasciavano la struttura, assieme ad un kit per le necessità quotidiane (posate per mutilati [43] o il set da barba), i molto più importanti attrezzi del mestiere appreso alla scuola<sup>341</sup>. Ci furono casi in cui gli strumenti vennero dati in

---

<sup>341</sup> La consegna gratuita dei ferri del mestiere era una delle modalità utilizzate come "premi di rieducazione". I registri di questi fanno intendere che i premi pari ad un determinato ammontare in lire venivano corrisposti in materie prime come il cuoio, la stoffa, la stoffa con "vessillo", la biancheria o le scarpe. MRB, CRP, s.4 b.11, "Premi di rieducazione". Nella relazione del secondo direttore Giovanni Bacialli, *La Casa di Rieducazione Professionale per i mutilati e storpi di guerra in Bologna nel periodo dal 1° agosto 1919 al 31 dicembre 1920. Relazione*, Bologna, Stabilimenti poligrafici riuniti, 1921, p. 35, si ricorda che agli invalidi di arto inferiore venne spesso corrisposto un premio in denaro per l'acquisto di una bicicletta.

omaggio mentre in altri casi dovettero essere acquistati. Spesso, per ovviare al problema, i mutilati depositavano una parte dei contributi che l'Amministrazione militare versava loro quotidianamente fino a raggiungere la somma necessaria.

Una lettera scritta dal mutilato S.S. da Canosa (Ba) senza data ed indirizzata al direttore della Casa di Educazione reca una constatazione a riguardo dell'importanza di questi strumenti, nella fattispecie quelli da calzolaio:

La prego, quanto più presto può trovare il mezzo di questi attrezzi, perché lei ben sa, un mutilato. stare in ozio mi fastidio e mi sento un po' male e poi dimentico tutto quello che imparai<sup>342</sup>.

Oltre a queste vicissitudini pratiche il centro si interessava, attraverso referenze o attraverso l'impegno diretto, a collocare i mutilati, per quanto possibile, nel mondo del lavoro.

Rispetto alle altre CRP Zucchini si vantava di aver educato i suoi uomini a lavori attivi, evitando gli ozi di lavori scarsamente remunerativi e poco utili (viene più volte fatto l'esempio del bidello) che non sarebbero mai riusciti a conferire al mutilato un vero senso di appagamento per gli sforzi compiuti, impedendogli di sentirsi nuovamente parte utile della società. Alla luce di ciò si possono ben capire le reticenze e le opposizioni aperte mosse dal direttore alle richieste di molti ricoverati e dei loro famigliari che chiedevano un più semplice apprendimento sufficienti per ottenere un posto nella pubblica amministrazione, aspirando così ad "una vita ridotta e protetta"<sup>343</sup>.

Le parole che Zucchini scrive a riguardo sono indice di una assai lucida visione delle necessità e delle cose del mondo. Nello scritto relativo alla sua esperienza di direttore infatti afferma senza mezzi termini che per quanta buona volontà un mutilato avesse posto nello studio, non sarebbe mai stato possibile far diventare un analfabeta o un semi-analfabeta un discreto impiegato nel solo arco di sei mesi. Al contrario, permettere a tutti quelli che lo richiedevano di entrare nella pubblica amministrazione sarebbe equivalso a generare una enorme schiera di "spostati e disillusi" costretti a stipendi meschini e ad ambienti privi di "soddisfazioni morali", ecco perché, almeno che non si trattasse di

---

<sup>342</sup> MRB, CRP, s.4 b.11, "Lettere al direttore".

<sup>343</sup> La legge del 25 marzo del 1917 n.481, richiedeva per l'appunto, ai diversi Comitati ed istituti, di dissuadere i mutilati dalla ricerca di questo tipo di occupazioni. Bulgarelli, *Norme per il funzionamento dei Sotto-Comitati e delle Delegazioni*, p.11.

ricoverati già istruiti, si impedì il più possibile ai mutilati di frequentare la scuola di avviamento agli impieghi<sup>344</sup>.

Per concludere, le lettere di ringraziamento conservate presso l'archivio e inviate dai mutilati al loro ex direttore, o al parroco della struttura, sembrano essere un buon esempio della qualità del lavoro svolto a Bologna.

Scrivo ad esempio P.U. di Chiasso [?] il 26 dicembre 1919 al cappellano:

Lei chiede come sto e cosa faccio. La ringrazio del di lei interessamento a mio riguardo, e sono lieto di poterle comunicare grazie a Dio, che la mia salute è ottima, come ottime sono le mie attuali condizioni.

Infatti lavoro molto, guadagnando parecchio e cioè quattro o cinquecento lire al mese come impiegato comunale (scritturale-dattilografo) a cui aggiungo [?] questi poveri compari sani a compilare le loro domande di risarcimento danni di guerra.

Può immaginare la gioia dei miei che hanno creduto fino a ieri di dovermi, causa la mutilazione, perpetuamente mantenere seduto in una poltrona. Non poco devo ciò all'aver frequentato la Scuola di rieducazione di Bologna, e benedico la provvidenza di avermi colà mandato. Posso pure assicurarle che non devo di essere occupato al riguardo di circostanza che da noi non esistono o pochissimamente, bensì all'essere capace di fare qualchecosa [...]<sup>345</sup>.

Nonostante le numerosissime dichiarazioni del genere fossero indice dei buoni risultati ottenuti, il 31 dicembre 1920 la CRP di Bologna viene chiusa e gli ospiti che dovevano terminare la rieducazione furono mandati in altre case.

Era l'epoca del terzo corso di abilitazione ai servizi postali e telegrafici per invalidi di guerra, e l'esonero di Bologna dalla lista delle strutture abilitate comportava enormi difficoltà per tutti i possibili candidati che risiedevano nel nord-est della Penisola. Per il corso infatti vennero scelte le sole sedi di Milano, Torino, Firenze, Genova, Cagliari e Napoli imponendo a tutti i mutilati della parte nord-orientale della penisola la perdita del riferimento costituito da uno dei maggiori centri di riabilitazione.

Il nuovo direttore Bacialli si impegnò per ottenere la riapertura intercedendo personalmente presso il Ministero della guerra che accondiscese nella primavera dell'anno successivo, solo a patto che tutte le spese fossero sostenute dalla Casa stessa.

---

<sup>344</sup> Gavelli –Tarozzi, *La casa di rieducazione professionale per mutilati e storpi di guerra di Bologna*, p. 298.

<sup>345</sup> MRB, CRP, s.4 b.11, "Lettere al direttore".

Grazie al corso la CRP tornò in funzione il primo marzo 1921 ma solo per diciassette allievi.

Al termine di questo, negli ultimi mesi dell'anno, Bacialli si impegnò nella vendita dei mobili e della struttura che passò ai nuovi proprietari il 3 gennaio 1922 mentre, nella sua relazione finale, si chiedeva perché non fosse stato ritenuto opportuno approfittare dell'efficienza nel frattempo raggiunta dalla struttura e convertirla ad uso civile, così da prendersi cura non solo degli ex militari ma anche dei mutilati sul lavoro o dei malati.<sup>346</sup>

Il bilancio dell'esperienza si concluse con 1426 ricoverati ai quali vanno aggiunti 575 soldati trasferiti perché provenienti da regioni lontane. 641 di coloro che passarono per la casa di Bologna decisero di intraprendere il processo di rieducazione e lo portarono a termine con ottimi risultati, tanto che 595 di questi ottennero il premio di rieducazione. In ogni caso per tutti i rieducati si cercò l'inserimento diretto nel mondo del lavoro. L'assunzione nell'industria non fu sempre un'esperienza positiva né tanto meno facile, ma non mancarono quegli imprenditori, s'è potuto vedere l'esempio della Liguria, che accolsero con favore le richieste dei due direttori che l'istituto ebbe. Ci furono così aziende che si prestarono ad assunzioni anche di qualche decina di individui, come nel caso di un'officina di Bologna che impiegò, quasi paradossalmente, una trentina di mutilati riabilitati nella realizzazione di proiettili ed armi, o alcuni zuccherifici del Polesine<sup>347</sup>.

Questo fu il risultato di sei anni di attività della sola casa di Bologna. Per valutarlo adeguatamente occorre pensare che il numero dei mutilati italiani al novembre del 1915, cioè dopo i primi sei mesi di guerra, ammontava a 170 mila unità. Ecco perché Zucchini continuò a percepire il suo operato, è lui stesso a lasciarlo scritto, come una goccia nel mare.

C'è un altro dato di grande interesse che va messo in evidenza a proposito di numeri: sono quei 785 individui su 1426 invalidi che rifiutarono di sottoporsi alla rieducazione professionale; ma di questi si parlerà in seguito.

### **Nel frattempo a Padova**

Come si diceva i Comitati locali si diffusero in ogni regione e, col tempo, arrivarono ad essere quasi uno per provincia; anche se le loro esperienze furono segnate

---

<sup>346</sup> MRB, CRP, s.2 b.6, "Atti amministrativi", 1921, *Dichiarazione* del 30 luglio 1921:

<sup>347</sup> Gavelli -Tarozi, *La casa di rieducazione professionale per mutilati e storpi di guerra di Bologna*, p. 300-303.

da sorti diverse, non è tuttavia difficile rintracciare molti punti di contatto e analogie. In linea generale si può dire che la loro esistenza fu sempre condizionata da necessità di tipo economico, soprattutto dopo che l'istituzione dell'ONIG (Opera Nazionale per la Protezione e l'Assistenza agli Invalidi di Guerra) e successivamente dell'ANMIG (Associazione Nazionale Mutilati e Invalidi di Guerra), comportò lo sviluppo di ulteriori difficoltà dovute ad una sorta di concorrenza tra le diverse associazioni.

Nell'agosto del 1915, per unire le forze e creare quel coordinamento reso tanto più necessario dall'iniziale assenza dello Stato, nacque la Federazione Nazionale dei Comitati di Assistenza ai Soldati Ciechi, Storpi, Mutilati che riuniva inizialmente in sé le organizzazioni di Bologna, Firenze, Genova, Milano, Napoli, Padova (dal 1916), Palermo, Roma, Torino e Venezia<sup>348</sup>. A questo nucleo originario continuarono ad aggiungersi le organizzazioni locali nate in seguito che, nel frattempo, si raggrupparono nelle varie unioni regionali. Il 3 marzo 1917, la sede centrale in Roma diffuse la notizia che grazie all'appoggio del Ministero degli esteri si erano andati costituendo dei comitati in favore dei mutilati italiani anche in altri Paesi. Dalle sedi di San Paolo, Barcellona, Montevideo e altre non meglio specificate pervennero così 100.223 Lire da mettere a disposizione dei singoli comitati italiani<sup>349</sup>. Evidentemente anche le comunità degli emigrati parteciparono alla causa.

Questo tipo di attività e di fusioni proseguirono oltre il conflitto stesso. Ne dà notizia un articolo di giornale, rinvenuto senza data e senza testata tra le carte dell'archivio del Comitato di Padova, che parla di un primo Consiglio Direttivo dell'Unione dei Comitati Veneti Pro-Mutilati di guerra tenutosi l'indomani della vittoria alla presenza dei rappresentanti di Trento, Trieste, Gorizia, Fiume e della Dalmazia. I delegati auspicavano che, quanto prima, sorgessero dei Comitati provinciali anche in questi nuovi territori, andando ad affiancarsi a quelli già esistenti di Venezia, Padova, Verona, Vicenza, Rovigo, Belluno ed Udine, formando così un'Associazione delle tre Venezie.<sup>350</sup>

---

<sup>348</sup> Detti, *Stato, guerra e tubercolosi*, p. 903. La lista è invece tratta da MISGR AS, ACPM 1.3.1 b.2 f.15, "Federazione Nazionale dei Comitati di Assistenza ai militari ciechi storpi mutilati", *Elenco dei Comitati Federati nella Federazione Nazionale dei Comitati di Assistenza ai Soldati ciechi, storpi e mutilati*. L'elenco, in cui sono segnati gli indirizzi e i nomi dei presidenti non porta tuttavia la data. MISGR AS, ACPM 1.3.1. b.2 f.15, "Federazione Nazionale dei Comitati di Assistenza ai militari ciechi storpi mutilati", *Voti adottati dalla Federazione Nazionale dell'adunata del 2 marzo 1916*.

<sup>349</sup> MISGR AS, ACPM 1.3.1. b.2 f.15, "Federazione Nazionale dei Comitati di Assistenza ai militari ciechi storpi mutilati", *Roma, 3 marzo 1917*.

<sup>350</sup> MISGR AS, ACPM 1.3.1 b.2 f.13, "Unione Comitati Veneti", *Unione dei Comitati Veneti pro Mutilati di Guerra*. Sempre nello stesso fascicolo ci sono altri quattro articoli senza specifiche ma provenienti da

L'Unione dei Comitati Veneti stese il suo statuto il 5 febbraio del 1917, dichiarando i propri membri, le modalità di nomina presidenziale e i suoi oneri. Tra questi erano essenziali il coordinamento delle diverse CRP della regione e la cura dei rapporti con Roma dove, con la legge del 25 marzo di quell'anno, stava per avere inizio l'esperienza dell'ONIG. L'Unione veneta si sarebbe inoltre riunita una volta l'anno per deliberare su diverse questioni che andavano dalle modalità di applicazione della legge per l'assistenza dei mutilati, alle difficoltà incontrate dai diversi comitati regionali per l'apertura e la gestione di eventuali CRP. A quanto pare, l'autorità militare centrale cercava di limitarne il proliferare tanto che, nella seduta del primo maggio 1917, se ne lamentava il Comitato di Verona mentre quello di Padova faceva notare che il diffondersi sul territorio di centri specializzati come quello per i ciechi era importante ma veniva osteggiato dalla Sanità militare<sup>351</sup>. Per quel che invece riguardava la Casa di Rieducazione patavina, durante la medesima assemblea si mise a verbale che, grazie al contributo dei coniugi Wollemborg, Padova aveva trovato finalmente i locali adatti presso l'omonima villa di famiglia in zona Guizza<sup>352</sup>. [44]

Giunti a questo punto e procedendo da qui con ordine, è bene spiegare l'evolversi della questione fin dal principio, nel tentativo di mostrare le analogie intercorrenti tra Padova e Bologna che mettono in evidenza il diffondersi, nella società, di atteggiamenti che diventano quasi una prassi di fronte alla tragica situazione creata dalla guerra, e alla scarsa capacità dello Stato ad offrire nell'immediato risposte concrete.

Anche nel caso di Padova, come a Bologna, abbiamo una unione di privati cittadini, riuniti nel comitato "pro soldato", che dal settembre del 1915 iniziarono una raccolta di fondi per la nascita del Comitato "Pro Mutilati" avvenuta il 19 febbraio 1916. Come per Bologna la presidenza della neonata associazione venne assunta da un nobile, il conte Gustavo Corinaldi, già nel comitato promotore della Croce Verde di Padova (1913) che dall'aprile del 1916 allo scioglimento dell'istituzione, ne curò personalmente le pratiche.

Fin dal primo momento l'obiettivo principale sul quale si impegnò il comitato fu quello di realizzare una "scuola di rieducazione dei militari mutilati di guerra, per metterli in grado di perseverare nella vecchia arte" e destinata, almeno in un primo momento, ai

---

giornali diversi e tutti allo stesso modo parlano di questo primo incontro fiorentino e di un successivo tenutosi a Venezia nell'agosto del 1919. Il primo si tenne in Toscana perché la rotta di Caporetto impose lo sgombero delle sedi dei comitati veneti che lì rimasero fino al giugno del 1919.

<sup>351</sup> MSIGR AS, ACPM 1.3.1 b.2 f.13, "Unione Comitati Veneti", *Abbozzi Statuto Comitati Veneti 5 febbraio 1917*.

<sup>352</sup> MSIGR AS, ACPM 1.3.1 b.2 f.13, "Unione Comitati Veneti", *Verbale della Seduta del 1° Maggio 1917*.

soldati della provincia di Padova<sup>353</sup>. Su disposizione della Sanità Militare i mutilati veneti avrebbero dovuto essere portati a Mantova dalla zona di guerra, trasferiti a Verona per le operazioni chirurgiche e le protesi temporanee, infine inseriti nelle CRP della regione a seconda del comune di provenienza<sup>354</sup>. In realtà, con il passare del tempo e con il raggiungimento di un sempre maggior grado di capacità organizzativa della struttura, si passò ad accogliere mutilati da tutto il Veneto e dalle altre parti d'Italia prima del loro trasferimento in CRP più prossime a casa.

L'anno che divide la fondazione del comitato dall'apertura della Casa di Rieducazione padovana trascorse alla ricerca di un luogo utile e disponibile che potesse essere adibito alla struttura. Rispetto a Bologna il Veneto presentava un serio problema di natura logistico militare. Essendo interamente considerato "zona di guerra" le varie strutture che avrebbero potuto accogliere il centro per mutilati erano già state non solo requisite dall'esercito ma anche occupate da questo, frustrando dunque gli sforzi dei benefattori padovani.

Nel frattempo il Comitato euganeo si impegnò su due fronti quali la raccolta fondi e l'attività di una neonata Commissione di patronato che avrebbe dovuto redigere un censimento di tutti i mutilati della provincia e preoccuparsi di tutto ciò che riguardava il benessere dai mutilati stessi, dalle cure mediche ai diritti di pensioni e sussidi, dalla fornitura delle protesi alla loro mantenimento, dall'ammissione nelle CRP disponibili al collocamento nel mercato del lavoro una volta terminata la riabilitazione<sup>355</sup>.

Presidente della Commissione di patronato venne nominato Maurizio Wollenborg, il minore dei figli di Giuseppe, un uomo d'affari ebreo il cui nonno, proveniente da Francoforte sul Meno, si era trasferito a Padova per motivi di studio ad inizio Ottocento<sup>356</sup>.

In accordo con la moglie Livia Pavia, il cui nome ritorna diverse volte e in ambiti differenti tre le carte dell'archivio nel Museo di Rovereto, Wollemborg cedette provvisoriamente buona parte della villa a titolo gratuito dal 29 gennaio 1917 al 31 agosto

---

<sup>353</sup> Fontana, *L'archivio del comitato provinciale "Pro Mutilati" di Padova (1915-1932)*, p. 2.

<sup>354</sup> MSIGR AS, ACPM 1.3.1 b.2 f.13, "Unione Comitati Veneti", *Verbale della Seduta del 1° Maggio 1917*.

<sup>355</sup> Fontana, *L'archivio del comitato provinciale "Pro Mutilati" di Padova (1915-1932)*, p. 3.

<sup>356</sup> Rizzoli, *I mutilati della Grande Guerra*, p. 133-134. Più famosi e doviziosi di Maurizio furono i fratelli Leone e Umberto. Il primo, che contribuì a portare in Italia il modello tedesco di Cassa Rurale, divenne ministro delle finanze nel 1901 e senatore nel 1914, mentre il secondo si impegnò nella politica cittadina. Entrambi, oppositori del regime da antifascisti non militanti, si ritirarono a vita privata per lasciare infine questo mondo all'inizio degli anni Trenta.

del 1918, “od a quel prossimo giorno in cui finisce la guerra fra l’Italia e l’Austria-Ungheria ed i rispettivi alleati”. Si decise infine per il 31 dicembre 1921<sup>357</sup>.

Le porte della struttura si aprirono il 20 agosto del 1917 per i primi sette ospiti. I posti disponibili erano 40 ma vennero presto portati a 120, per riuscire a far fronte, come nel caso bolognese, alle impellenze che la guerra imponeva.

La direzione del centro fu affidata al colonnello della riserva Anselmo Boari alle cui dipendenze si muovevano un sergente, addetto alla disciplina, un soldato maestro elementare, un soldato maestro falegname e tre suore<sup>358</sup>.

La gestione pratica della struttura coincideva in tutto e per tutto con quella emiliana, a cominciare dai 15 giorni di soggiorno obbligatorio al massimo sei mesi di permanenza. Anche le modalità di pagamento della diaria coincidevano, nonostante i mutilati padovani prendessero giornalmente una lira, quindi molto meno rispetto ai mutilati ospiti a Bologna. La cosa, si vedrà nel prossimo paragrafo, fa pare di un sistema di sperequazioni assai diffuso e segnato da profonde ingiustizie.

L’accettazione alla struttura veniva fatta previa la compilazione di un questionario trasmesso su richiesta, e l’analisi “del certificato medico dell’Ospedale da cui provengono [i candidati] con la attestazione di sana e robusta costituzione”. Anche in questo caso per i residenti in città o in zone limitrofe c’era la possibilità di frequentare i corsi come allievi esterni nelle stesse modalità già incontrate per l’altre CRP<sup>359</sup>.

I corsi erano per lo più gli stessi di Bologna: la scuola, obbligatoria solo per quelli che non possedevano alcun certificato scolastico, offriva a tutti un’istruzione che arrivava al livello della sesta classe. Si esercitavano inoltre la falegnameria, la calzoleria, la maglieria e l’intreccio di vimini, mentre funzionavano la scuola agricola e di meccanica agraria<sup>360</sup>. Dalla vendita di parte di ciò che veniva prodotto nei laboratori della CRP stessa presso la

---

<sup>357</sup> Livia, assieme alle figlie Elda e Egle, figura come l’eccellente signora di casa che gestì con maestria due appuntamenti mondani importanti come la festa tenutasi in onore dei militari del distretto di Padova che nel febbraio del 1921 donarono ai mutilati di Guizza 14 cartelle del prestito nazionale e, nel maggio dello stesso anno, la visita del principe Umberto. MSIGR AS, ACPM 1.3.1 b.5 f.38, “Pratiche diverse inerenti alla casa di Rieducazione”, *Offerta cartelle del Prestito Nazionale, 13 e 19 febbraio 1921, e la Direzione Illustrazione Italiana 2 giugno 1921*.

<sup>358</sup> Fontana, *L’archivio del comitato provinciale “Pro Mutilati” di Padova (1915-1932)*, p. 3.

<sup>359</sup> MSIGR AS, ACPM 1.3.1 b.5 f.38, “Pratiche diverse inerenti alla casa di Rieducazione”, *Comitato Provinciale di Padova Pro Mutilati di Guerra, Norme regolamentari di disciplina per la Scuola di Riabilitazione Professionale*.

<sup>360</sup> MSIGR AS, ACPM 1.3.1 b.5 f.38, “Pratiche diverse inerenti alla casa di Rieducazione”, *Stampato del Comitato Provinciale di Padova Pro Mutilati di guerra per sottoscrizioni*. Oltre alla sintesi delle attività proposte nella CRP, il testo specifica che la diaria venne alzata a 5 Lire a partire dal 1919.

Unione Cooperativa Mutilati, si realizzavano gli utili per i premi di produzione, immancabili per il buon funzionamento degli istituti di rieducazione.

Dalle *Norme regolamentari di disciplina* è possibile risalire anche alla dieta che, costituita da “caffè e latte con pane” al mattino, “minestra, piatto di carne, pane e un bicchiere di vino” a mezzogiorno e “minestra, piatto di verdura, od equivalente, pane e un bicchiere di vino” alla sera, ricalca alla perfezione quanto esposto ancora nel 1916 nell’opuscolo *Tre anni dopo*, dai due mutilati torinesi incontrati qualche pagina fa.

Infine, in data 10 settembre 1917, il presidente Corinaldi assumeva “il sig. Enrico Mistrangelo il meccanico ortopedico impiegato presso la ditta Nebridio Valleggia”, alla “direzione meccanica dell’officina di protesi della Guizza, annessa alla Casa di rieducazione”<sup>361</sup>. Il Comitato di Padova, dunque, attraversati i primi difficili momenti, stava lentamente riuscendo a realizzare una CRP completa di tutto e perfettamente autonoma nella gestione dei mutilati della sua zona di competenza.

Ma la casa di Padova non ebbe vita tanto serena. Come nel caso degli altri comitati veneti la rotta di Caporetto determinò una interruzione forzata delle attività e un rapido trasferimento che costò notevoli fatiche e mezzi. Da una lettera inviata da Padova a Roma sembra che nelle speranze della CRP euganea ci fosse l’idea di un semplice trasferimento dei mutilati all’interno dell’ospedale cittadino, dato che il Comitato mancava di mezzi di trasporto adeguati e, nel contempo, non riteneva sicuro un viaggio in treno fuori provincia per i mutilati da poco arrivati e quindi non ancora del tutto acclimatati alla nuova situazione. Le necessità belliche non lasciarono tuttavia posa alcuna finendo per imporre non solo il trasferimento dei ricoverati di tutta la regione a Firenze, in Villa Rusciano, ma anche una nuova destinazione d’uso per Villa Wollenborg che divenne un più semplice ospedale per le truppe di passaggio dal e verso il fronte<sup>362</sup>.

---

<sup>361</sup> MSIGR AS, ACPM 1.3.1 b.5 f.40, “Protesi”, 1917-1922, *Tra il sig. Co. Ing. Gustavo Corinaldi*. Il Comitato si preoccupava di mettere a disposizione le macchine necessarie (di cui rivendicava la proprietà) e altri operai in aiuto a Mistrangelo; nel frattempo si riservava di far fare alcune protesi o alcune manutenzioni anche a ditte esterne all’officina di Villa Wolleberg. Mistrangelo continuava ad essere pagato dalla ditta Valleggia 1,20 Lire l’ora, mentre per la stessa somma, il Comitato si preoccupava di remunerare al tecnico gli eventuali straordinari. Da una lettera dell’11 luglio 1917 (MSIGR AS, ACPM 1.3.1 b.5 f.40, “Protesi”, 1917-1922), si viene a conoscenza di un reclamo del sig. Mistrangelo al Comitato. Nell’epistola l’ortopedico si lamentava del pagamento orario perché, risiedendo a quanto pare ben distante da Guizza, impiegava troppo tempo non pagato per recarsi al lavoro. Dal testo pare che il Comitato gli offerse una bicicletta che tuttavia egli rifiutò: “per ragioni di salute dovrò rimandare nel modo più assoluto nella stagione invernale. E per la mia età, e per i documenti di primo ordine di cui dispongo [...]” rimandava la bicicletta al mittente.

<sup>362</sup> MSIGR AS, ACPM 1.3.1 b.5 f.36, “Richieste accoglimento invalidi in casa di rieducazione ed accettazione”, *Padova, 10 novembre 1917*.

Dopo il bombardamento dell'ospedale civile infine, la villa di Guizza venne destinata a succursale di parte di questo con tutte le modifiche necessarie da fare alla struttura.

Finita la guerra i danni e i rimaneggiamenti ingenti subiti da Villa Wollemborg furono tali che i lavori per riadattarla a struttura riabilitativa si protrassero fino a maggio 1919, consentendo ai mutilati padovani di tornare da Firenze solo nel giugno di quell'anno<sup>363</sup>. Per l'occasione vennero aumentati i locali adibiti a laboratori e prese finalmente avvio l'Officina delle protesi la cui realizzazione era stata interrotta all'ultimo, s'è appena visto, con il trasferimento a Firenze.

Una volta tornati a Padova la Commissione di patronato assunse l'incarico di diventare Ufficio dell'ONIG. Questo portò ad un aumento degli oneri di competenza di parte del Comitato padovano che curò il censimento dei 1254 mutilati della provincia. Oltre a ciò il nuovo incarico mise Wollemborg di fronte alla difficile realtà dei fatti: per il solo 1919, su 78 domande di collocamento inoltrate dal comitato stesso per i rieducati di Villa Wollemborg, solo 19 ottennero un posto a causa, come si vedrà, di un mercato del lavoro subito in crisi dopo la guerra. L'istituzione delle CRP doveva essere quindi rivista e corretta alla luce dell'esperienza di un paese che si stava gradualmente allontanando dall'esperienza della guerra con una forte ansia di voler dimenticare<sup>364</sup>.

Ecco che, così come per la casa di Bologna, al termine del corso indetto dalle Poste, il 30 ottobre del 1921 la CRP di Villa Wollemborg chiuse in battenti<sup>365</sup>. Era oberata da un debito di 139.198,36 Lire, dovuto ai costi di mantenimento e gestione sempre in crescita a causa dell'inflazione, della crisi economica dovuta al ritorno ad una produzione di pace e, nel caso particolare, ad un crisi delle domande di ingresso che comportava un aumento sproporzionato dei costi di gestione per ciascun mutilato. Non va infine dimenticato il sovrapporsi di interessi nei riguardi dei mutilati da parte di associazioni come l'ANMIG e l'ONIG.

Quando nel maggio del 1926 anche il Comitato Pro Mutilati di Padova decise di lasciare spazio alle iniziative statali che si erano infine tardivamente imposte, si decise di devolvere una cifra pari a 66.796,81 Lire in favore della sessione padovana dell'Associazione Nazionale Mutilati e Invalidi di Guerra per la realizzazione della casa del mutilato del capoluogo euganeo. Il Comitato cessò definitivamente d'esistere il 30

---

<sup>363</sup> Rizzoli, *I mutilati della Grande Guerra*, p. 124.

<sup>364</sup> Fontana, *L'archivio del comitato provinciale "Pro Mutilati" di Padova (1915-1932)*, p. 4.

<sup>365</sup> MSIGR AS, ACPM 1.3.1 b.3 f.21, "Amministrazione e contabilità", 1917-1923, *Deliberazione che la Giunta Esecutiva del Comitato Provinciale di Padova Pro Mutilati prende, [...], a parziale modifica del programma approvato nella Seduta del 7 maggio 1921.*

marzo 1927 mentre, decisione postuma, il direttore Corinaldi ne cedeva l'archivio al Museo di Rovereto nel dicembre del 1932<sup>366</sup>.

Su 1254 mutilati della provincia, la casa padovana ne rieducò 374 (non solo padovani): un'altra "goccia nel mare" come quella già vista a Bologna nell'istituto di Zucchini. Nello specifico la lista dei riabilitati al lavoro segna:

scuole elementi	66
calzolai	69
sartoria	18
zoccolai	24
falegnami	15
viminai	12
maglieria	22
postelegrafonici	34
agricoltura e varie	114 <sup>367</sup>

Prima di passare ad altro, spostando il punto di focalizzazione su ciò che stava appena fuori dalle porte delle CRP, è bene accennare a due altri interessanti incartamenti rinvenuti nell'archivio. Il primo riguarda alcuni dei metodi di raccolta fondi usato dai diversi comitati della Penisola: la scatola "italianissima" e i "distintivi di guerra per la popolazione civile"; il secondo riguarda il testo degli esami scolastici sostenuti dagli ospiti della casa in una sessione speciale nel marzo del 1920.

Come è stato accennato scopo principale dei comitati era la rieducazione dei mutilati ai fini di un loro reinserimento in società. Per realizzare il progetto erano indispensabili tuttavia una enorme quantità di fondi che, spesso, la buona volontà dei soci e l'aiuto dell'ONIG non riuscivano ad ottemperare.

Per ovviare al problema, la Federazione Nazionale cercò di dare alcune risposte che potessero coinvolgere l'intera popolazione civile, nel tentativo di recuperare delle sostanze in più da distribuire poi tra i vari Comitati sottoscrittenti attraverso la sensibilizzazione di tutti, anche di chi non si sarebbe permesso una donazione diretta.

In tal senso, l'esperimento più riuscito fu la fabbricazione della scatola di fiammiferi "italianissima" di cui, nel 1916, si realizzarono 21 milioni 578 mila e 968 esemplari, guadagnando un utile netto di 37.461,72 Lire, a fronte di una spesa di 324,26 Lire. Ai

---

<sup>366</sup> Rizzoli, *I mutilati della Grande Guerra*, p. 126.

<sup>367</sup> Rizzoli, *I mutilati della Grande Guerra*, p. 140.

comitati veneti di Padova, Verona e Venezia spettarono 2.452,50 Lire che, divisi, divennero 824,50 Lire per comitato<sup>368</sup>.

L' "italianissima" era una scatola di fiammiferi realizzata su iniziativa del Comitato Pro Mutilati di Torino, decorata con una fascetta tricolore che recava scritte patriottiche, venduta al prezzo di 15 centesimi. Per ogni "scatola grossa" i fabbricanti versavano alla Federazione Nazionale 25 centesimi che permisero di realizzare gli utili pocanzi riportati e che arrivarono a superare le 100 mila Lire per il solo 1918.

Sono due gli aspetti più importanti da mettere in risalto riguardo questa esperienza.

Da una parte l'uso moderno della propaganda associata ad un'operazione commerciale che permetteva di ricavare degli introiti assai ragguardevoli nel contempo che si faceva arrivare ovunque il messaggio patriottico nazionalista. Non a caso a decorare la "italianissima" venne chiamato l'artista Riccardo Salvadori, già illustratore della «Dominica del Corriere» e di varie opere per ragazzi, mentre, l'onore di farne da madrina spettò alla poetessa Liana, al secolo Emilia Ascoli, che sancì il nuovo appellativo di quella che era nata come più semplice "scatoletta Pro-Mutilati". Queste presenze da *jet set* permettono di rilevare il carattere anche pubblicitario della questione situando, dunque, l'attività di assistenza ai mutilati di guerra ancora di più in una dimensione specificatamente moderna e industriale.

Dall'altro lato va sottolineato il comportamento dello Stato che ancora una volta non prende l'iniziativa e, quando si muove, lo fa quasi compromettendo l'operato nel frattempo svolto dai Comitati. Se la guerra imponeva già di per sé l'aumento del costo del cartone necessario anche per realizzare le "italianissime" e limitava la possibilità di spostamento della merce su ferrovia, l'apparato economico del Regno si mosse complicando ulteriormente la situazione appropriandosi del monopolio dei fiammiferi. Solo attraverso una copiosa campagna di stampa condotta sui giornali locali e nazionali e l'intervento diretto dei diversi presidenti dei vari comitati si riuscì a giungere ad un accordo che prevedeva il mantenimento dell'assoluta libertà di vendita diretta al pubblico da parte della Federazione. Nel frattempo, su iniziativa del Ministero della guerra, si fece

---

<sup>368</sup> MSIGR AS, ACPM 1.3.1 b.2 f.14, "Vendita scatola fiammiferi", Venezia, 25 febbraio, 7 e 13 marzo 1917.

obbligo che a tutti “i Commissariati ed i Corpi militari nelle loro forniture acquistassero di preferenza” la scatola in favore dei mutilati di guerra<sup>369</sup>.

Sempre sull’onda dell’entusiasmo popolare per l’oggettistica patriottica, lo stesso Comitato torinese si fece promotore di una seconda proposta ancora una volta coadiuvato dalla poetessa Liana. In uno scritto a stampa che reca la sua firma si spiega l’iniziativa dell’aprile del 1917 che, per certi aspetti, sembra ancora più interessante della prima, nonostante non abbia riscosso il medesimo successo<sup>370</sup>.

Si trattava del “distintivo di guerra della popolazione civile” che la poetessa presenta con un: “avverto subito che non si tratta di uno dei soliti distintivi, i quali, se talvolta contrassegnano nobili opere nobilmente compiute, non di rado non sono che ostentazione di piccole vanità”. E infatti, a differenza della scatola di fiammiferi, con questa seconda iniziativa si chiedeva alla popolazione non solo di aiutare la causa dei mutilati, ma nel contempo vestirla in prima persona.

Il distintivo rappresenta l’arma a cui appartiene od appartenne il congiunto di chi lo porta, e dirà:

“Ho il marito in guerra” (fondo rosso);

“Ho mio figlio in guerra” (fondo bianco);

“Ho mio padre, o mio fratello, in guerra” (fondo verde);

oppure:

“Ho dato per la salute della patria un caro congiunto” (fondo nero).

Esso sarà l’orgoglio di chi lo porta ed oggetto di riverente ammirazione per quelli che non hanno allo fronte degli stretti congiunti.

Il distintivo ha la forma della metà del colletto della giubba. È lungo 40mm. ed alto 10mm. È elegantissimo tanto che può brillantemente figurare anche sul petto delle signore più aristocratiche.

Ogni distintivo recava infine la mostrina e il trofeo dell’arma d’appartenenza del milite sovrapposte ai quattro possibili fondi che indicavano la parentela<sup>371</sup>. Venero messi in vendita a 3 Lire se realizzati in smalto, a 50 centesimi invece per quelli popolari, unici per tutte le armi.

---

<sup>369</sup> *La scatola “ITALIANISSIMA” e il monopolio dei fiammiferi*, estratto dal *Bollettino della Federazione Nazionale dei Comitati di assistenza di Militari ciechi, storpi e mutilati*, anno I, n. 4, Roma, Unione editrice, 1916.

<sup>370</sup> MSIGR AS, ACPM 1.3.1 b.2 f.14, “Vendita scatola fiammiferi”, *Una nuova iniziativa “Pro Mutilati”*.

<sup>371</sup> MSIGR AS, ACPM 1.3.1 b.2 f.14, “Vendita scatola fiammiferi”, *Distintivo di guerra per la popolazione civile, Torino aprile 1917*.

Da un resoconto si evince che i distintivi in un primo momento più ricercati erano “quelli che riguardavano le armi speciali Cavalleria, Genio, Bersaglieri, Alpini, Artiglieria. [...] Ora improvvisamente le richieste si sono moltiplicate la ragione è evidente: la Fanteria si copre di gloria nella guerra aspra e vittoriosa di questi giorni”<sup>372</sup>.

Senza entrare nel dettaglio, sembra che l’idea del distintivo per civili si possa collocare a metà strada tra l’esperienza Risorgimentale delle coccarde tricolore indossate per orgoglio anti austriaco nella Milano di metà Ottocento, e la più tarda militarizzazione della popolazione del già collaudato regime.

Anche le iniziative locali, infine, si sprecavano ma in questo caso erano proposte che arrivano da altri Circoli o comitati prodigatisi per i mutilati. Ne siano esempi la raccolta di bastoni e stampelle, richiesti ai privati cittadini per far fronte all’impossibilità dei Comitati Pro Mutilati di coprire la domanda, o le serate a teatro come quella che i mutilati di Villa Wollenborg trascorsero il 3 giugno 1921 al Verdi di Padova ascoltando Toscanini su gentile concessione del Circolo Filarmonico Artistico della Città<sup>373</sup>.

Come si diceva, s’è voluto concludere il paragrafo con un elemento di analisi non solo sul corpo del mutilato e sulla sua gestione, ma sulla sua situazione psicologica. L’amministrazione del mutilato, si vedrà, non voleva solo riuscire a rendere nuovamente produttivo un corpo che rischiava di essere economicamente un peso, ma, cercava nel contempo di essere il più totalizzante possibile associando alle pratiche riabilitative i toni dell’indottrinamento.

In data 29, 30 e 31 marzo 1920 la CRP di Padova riesce ad ottenere dal ministero di Roma la possibilità di realizzare una sessione straordinaria degli esami per la licenza elementare. I candidati erano due per la classe 3<sup>^</sup>, quattro per la 4<sup>^</sup> elementare e infine undici per la 6<sup>^</sup> classe.

Le prove di Componimento furono:

per il compimento [licenza di terza elementare]: “Narrate un disgraziato accidente”;

per l’ammissione alla 5<sup>^</sup>: “Raccontate la storia della vostra onorata mutilazione e la vita che avete trascorso da quel momento in poi”;

per la licenza: “Temevo d’essere inutile, anzi peso alla mia famiglia; oggi invece mi

---

<sup>372</sup> MSIGR AS, ACPM 1.3.1 b.2 f.14, “Vendita scatola fiammiferi”, *W la Fanteria*. Documento scritto a macchina senza data né altro riferimento.

<sup>373</sup> MSIGR AS, ACPM 1.3.1 b.5 f.38, “Pratiche diverse inerenti alla casa di Rieducazione”.

sento contento e posso guardare fiducioso all'avvenire" (Lettera ad una persona cara)<sup>374</sup>.

## I mutilati

Gli ultimi due titoli appena citati usano alcune parole sulle quali è bene concentrare l'attenzione dato il loro significato nient'affatto neutro. L' "onorata mutilazione" e quel "posso guardare fiducioso all'avvenire" erano sfumature che condizionavano il candidato nell'esecuzione del componimento assegnatogli, ponendolo nell'immediato di un ben determinato punto di vista.

L'idea che ne sta alla base è la stessa incontrata nella foto [25] che raffigura una pagina scritta da un mutilato alla mano destra. Il testo recita: "Ripara Italia sui reduci prodi le offese di guerra. Rendili all'opre di pace che ne accompagni la vita. Niuna interezza è più sacra di questa carne ferita nel disserrar le eroiche strade alla patria terra". La stessa frase di Giovanni Bertacchi, docente di letteratura italiana presso l'Universtà di Padova e critico letterario, anche in alcune cartoline [26] stampate dalla Croce Rossa Italiana e ritraenti i pazienti dell'ospedale per mutilati di Pescia, in provincia di Pistoia.

Ancora, da un ritaglio di giornale tra i tanti rinvenuti senza testata né data fra le carte roveretane e intitolato *Un manifesto ai mutilati* si legge:

La Nazione riconoscente ascolta la vostra voce che giunge dalle sale di lavoro e di studio dove voi riprendete a vivere dopo aver guardato in faccia alla morte:

"Patria io ti ho dato qualcosa di me perché i tuoi sacri diritti fossero rivendicati, perché la giustizia e la libertà splendessero sulla terra ma io ti dono ancora l'indistruttibile tesoro delle mie rinnovate energie per l'operosa vita civile del domani!"<sup>375</sup>

Il testo, spiega l'articolo, è un estratto del *manifesto* redatto dall'Unione dei Comitati Veneti all'indomani della fine della guerra e ben si sposa con le parole, immancabilmente sulla stessa linea, proposte dalla romana Chiesa per la preghiera del mutilato:

---

<sup>374</sup> MSIGR AS, ACPM 1.3.1 b.5 f.37, "Educazione invalidi e pratiche relative" 1919-1923.

<sup>375</sup> MSIGR AS, ACPM 1.3.1 b.2 f.13, "Unione Comitati Veneti", *Un manifesto ai mutilati*. Visto i riferimenti alla vittoria interni al testo e vista la posizione all'interno della busta, è probabile che la stesura sia del 1919.

[...] fa che nessuno dimentichi il nostro sacrificio, di amore e di dedizione alla Patria, monito operante per la eliminazione delle Guerre, auspicio per pacifiche relazioni tra i Popoli.

Alimenta in noi invalidi di Guerra, pur nell'orgoglio e nella ferezza del dovere compiuto, il sentimento della fratellanza e dell' amore per la libertà, rafforza la coscienza civile e democratica degli Italiani al fine di operare per la cooperazione, la distensione internazionale e la difesa della Pace [...]

Recuperando appena nella chiusa un riferimento alla sofferenza:

Benedici [...] tutti coloro che ci stanno vicino e che con l'affetto e la loro trepidazione dividono con noi le sofferenze delle nostre invalidità<sup>376</sup>.

Anche in questo caso ci si trova in perfetta sintonia con il significato degli altri esempi descritti che permettono di dedurre il clima entro cui si realizzava la riabilitazione professionale del soldato gravemente ferito.

Si spronava ad un atteggiamento attivo, di riscatto. La ferita, la privazione subita dal corpo che lo rende un corpo “diverso”, sul quale venivano applicate parti meccaniche, viene costantemente ricordata probabilmente nel tentativo di renderla più familiare al mutilato stesso. Dall'altra parte la mutilazione diventa un simbolo, non immediatamente quello della vittoria “subita” a Versailles, ma un simbolo del sacrificio che la guerra comportava, un punto di partenza sul quale poter edificare la nuova patria in lotta contro l'acerrimo nemico, prima, e forte delle vittorie e delle conquistate terre irredente, poi.

L'epoca è la medesima nella quale iniziano ad essere gettate le basi di quel tipo di culto dei caduti che farà la differenza tra la Grande Guerra e le esperienze belliche precedenti, e di questo tipo di culto risente anche l'interpretazione della figura dei mutilati. La prima guerra mondiale inaugurò la liturgia della morte di massa che si compiva, già a partire dal 1919 ma protrattasi fino al 1935, attraverso una vasta opera di monumentalizzazione delle piazze cittadine adornate adesso di lunghe liste di nomi in ottone su un fondo di marmo. Era la morte che colpiva i giovani, che tornava e far sentire il peso e il lutto su chi rimaneva come non succedeva da tempo, visto i progressi nel frattempo compiuti dalla medicina. Proprio per la sua innaturalità doveva essere sempre una “morte bella, eroica e densa di sacrificio”<sup>377</sup>.

---

<sup>376</sup> La *Pregghiera del mutilato*, si trova in: <[http://www.unuciavezzano.it/p\\_mutinv.htm](http://www.unuciavezzano.it/p_mutinv.htm)>

<sup>377</sup> Bruno Tobia, *Dall'Italia liberale all'Italia fascista*, in Janz – Klinkhammer (a cura di), *La morte per la patria*, p. 59-69.

Era la stessa morte che i mutilati avevano scampato, pur andandoci molto vicino fino a guardarla in faccia e ciò faceva di loro degli individui costretti in una sorta di limbo che doveva venire culturalmente interpretato per essere capito e quindi accettato se non addirittura utilizzato. Questo momento di ridefinizione aveva dunque luogo nelle Case di Rieducazione dove si sanciva che le mutilazioni, allo stesso modo della gloriosa morte in battaglia, diventavano l'ingiusto risultato di una lotta per causa giusta. Dei "sottoprodotti" che occorreva gestire per evitare che la catena produttiva della guerra esaurisse troppo presto la spinta o, peggio, andasse interrompendosi con gravi perdite<sup>378</sup>.

Questo tipo di assimilazione passò attraverso le grandi parole di riconoscenza appena viste. Anche il mutilato stesso, per riuscire a trovare posto in questa grande costruzione culturale che fu il lutto postbellico doveva essere edotto. Nessuno si aspettava che una massa di contadini ignoranti si sarebbe spontaneamente abbassata, dopo lo sfregio subito, a tornare ad essere un ingranaggio del secondo sistema, quello della pace. Le case di riabilitazione mentre ri-educavano al lavoro, cercavano di educare al nuovo posto nella società, perché a differenza dei morti, i mutilati, si pretendeva, dovevano essere più *polite*.

Viene a questo punto in mente l'incontro con il mutilato civile che Frescura narra nel suo *Diario di un imboscato*, il quale gli fa presente:

Le confesso, signore, che le cose vanno meglio per noi, da che c'è la guerra. Oh, non già che la gente mi scambi per un mutilato di guerra! La gente sa che i mutilati, i deformati, gli sfigurati, le maschere orribili e i pietosi moncherini di uomini che la guerra produce ogni giorno, sono tenuti lontano, per ora, non circolano. Appariranno dopo, essi sarebbero ora una terribile propaganda contro la guerra, una terribile reazione avrebbe nella folla che urlerebbe: basta! Ma la folla, quella impellicciata che si seccava di sbottonarsi per darci un soldo, o di aprire la borsetta, o aveva un certo pudore di fare una carità in pubblico, quella ha tutta, ora, un figlio, un fratello, un marito alla guerra. Non c'è che il dolore, la superstizione, la contabilità religiosa del "dare" e "avere" con Dio che rendono pietosi o, almeno, caritatevoli. Tutta questa folla oggi ha nel mio moncherino un ammonimento e un presagio<sup>379</sup>.

I mutilati erano ingombranti: erano il volto sfigurato di una guerra che non accennava a smettere. Verso la fine del conflitto furono causa di perplessità e timori. Il vento che soffiava da est avrebbe potuto trovare un terreno fertile sul quale far sbocciare i

---

<sup>378</sup> Scarry, *La sofferenza del corpo*, p. 119-132.

<sup>379</sup> Frescuara, *Diario di un imboscato*, p. 157.

semi di una politica acerba, rivoluzionaria. Si trattava dunque di far delle CRP una piccola parte del sistema di gestione della faccenda anche grazie all'idea del sacrificio compiuto e, soprattutto, della risoluzione di un trauma che andava superato.

Operazione di questo tipo non erano per nulla aliene all'esercito di Cadorna e dei suoi vari consiglieri, già propensi fin dalle prime luci del conflitto a esercitare la gestione del tempo libero del soldato e dei suoi appetiti sessuali. Erano le Case del soldato, nate per "tener lontana la bassa lega degli eserciti da osterie, case di malaffare, circoli socialisti e antimilitaristi": così, in pratica, da controllare il tempo libero in perfetto stile parrocchiale<sup>380</sup>.

Sotto l'egida di diverse personalità ecclesiastiche di diversa importanza, dai preti più semplici ai monsignori, queste Case del soldato si diffusero a ridosso di tutto il fronte molto prima che i privati cittadini di qualsiasi comune o capoluogo di provincia si cimentassero in alcuno dei comitati sopra descritti. Non si vuole qui entrare nel merito di una questione che richiederebbe un lavoro forse maggiore di questo stesso, ma è bene rivolgere l'attenzione alle analogie che eventualmente si presentano col le attività dei comitati pro mutilati. In entrambi i casi si curavano i rapporti tra ospiti e famiglie (si pensi alle lettere e alle cartoline che erano scritte con l'aiuto e comunque sotto la supervisione del sacerdote), si offrivano consulenze di vario tipo a cominciare da quelle legali, si indicevano spettacoli teatrali e musicali.

Nel primo incontro tra le direzioni delle Case del soldato già fondate avvenuto il primo settembre 1915 si fissarono le linee guida che ne avrebbe uniformato la formula. L'idea era quella di realizzare "Una cuccagna dove alcuni recitano, suonano, cantano mentre altri fanno da spettatori e dove le ore passano, volano... ah! Come arriva presto l'ora della ritirata"<sup>381</sup>.

Sulla stessa linea si mosse l'esperienza dei Casini di guerra. In questo caso i controlli accurati su frequentatori e professioniste permisero, con buona pace dei cattolici che li avrebbero voluti chiudere privandoli del grande merito che ebbero, di impedire il diffondersi delle malattie veneree, prima di tutte la sifilide, che erano state fino a quel momento una delle più alte cause di mortalità sia tra i militari che tra i civili durante le esperienze belliche precedenti.

---

<sup>380</sup> Franzina, *Casini di guerra*, p. 25-26, 44, 71-84; Gattei Giorgio, *La sifilide: medici e poliziotti intorno alla "Venere politica"*, in Romano – Vivanti (a cura di), *Storia d'Italia. Annali 7, Malattia e medicina*, Torino, Einaudi, 1984, p. 788-792.

<sup>381</sup> Franzina, *Casini di guerra*, p. 73-74.

A questo punto non si può non inserire le CRP in questo doppio contesto: il controllare per prevenire (salvo dalla sifilide-insegno un lavoro) e, dall'altro lato, il controllare per evitare che gli ospiti si soffermino, senza una guida, sulla loro condizione accarezzando idee poco accettabili.

Il regolamento di Villa Wollemborg prevedeva l'espulsione per tutti i soldati "che si fossero resi colpevoli di indisciplina, sistematico rifiuto al lavoro, di abituale indolenza, di ubriachezza tanto da rendere certamente impossibile il loro avviamento ad un mestiere". Le punizioni disciplinari prevedevano invece la sospensione della libera uscita festiva e infrasettimanale (fissata sia per Padova che per Bologna il giovedì) fino al mancato versamento della diaria giornaliera per un periodo deciso dal direttore della struttura<sup>382</sup>.

Nella già citata *Relazione* del colonnello Bacialli di Bologna si può leggere una certa soddisfazione nel constatare che grazie ai medesimi provvedimenti disciplinari e con l'uso di pubblicare i nomi dei puniti sull'ordine del giorno, anche il comune reato delle assenze arbitrarie e dei rientri deferiti venne rapidamente meno. Gli ospiti, si legge, iniziarono spontaneamente a giustificare i loro rientri in ritardo dalle licenze con delle giustificazioni redatte dai RR.CC.

Gli espulsi venivano segnalati all'Autorità militare e a tutte le direzioni delle varie CRP per evitare che trovassero accoglienza in altri istituti. In ogni caso prima di procedere al rientro in famiglia per i casi di rifiuto della riabilitazione venivano interpellati i carabinieri della città di residenza riguardo la situazione sociale e penale del mutilato e dei parenti, per capire quali possibilità lo avrebbero atteso nel caso di un immediato ritorno a casa<sup>383</sup>.

Proseguendo nella lettura si evince quanto segue:

durante l'estate e l'autunno del 1919 alcuni allievi fecero il biasimevole tentativo di usufruire gratuitamente dei trams elettrici, rifiutandosi al pagamento del biglietto, ma ciò più che per iniziativa propria fu da essi effettuato per solidarietà con invalidi ricoverati in altri istituti e ospedali della città che ne erano stati promotori [...] va poi segnalato con vera soddisfazione che i mutilati e invalidi dell'istituto non presero mai parte ad alcuna dimostrazione di protesta per ottenere miglioramenti di pensioni, né si verificò in Bologna alcun tentativo di occupazione della Casa; benché le condizioni di

---

<sup>382</sup> MSIGR AS, ACPM 1.3.1 b.5 f.38, *Comitato Provinciale di Padova Pro Mutilati di Guerra, Norme regolamentari di disciplina per la Scuola di Riabilitazione Professionale*.

<sup>383</sup> Un modulo prestampato di questo tipo si può trovare in MRB, CRP, s.4 b.11, "Fogli disciplinari", *Riservata. Al sig. Comandante dei R.R. Carabinieri di*

spirito e di disciplina dei mutilati fossero peggiorate, da una parte per l'abbandono in cui sono stati lasciati in questi ultimi tempi dalle autorità governative, e dall'altra incoraggiati dal successo che spesso si ottiene con le agitazioni violente. [...] ebbe benefica influenza il sistema educativo consistente nel cercare da parte di tutti i dirigenti di esplicitare con perseverante cura un'azione amorevole e persuasiva, rivolta non solo a esortare gli allievi a bene operare, all'osservanza del dovere e della disciplina, ad essere in breve degli uomini d'onore e buoni cittadini, ossequienti alle leggi e alle istituzioni che ci governano e reggono, così com'erano stati sul campo dei valorosi soldati; ma a premunirli altresì contro le perfidie dei nemici interni della Patria, che durante e dopo la guerra hanno con arti diaboliche e coi mezzi più turpi tentato di assassinare la grande Madre e cospirato in mille guise alla sua ruina<sup>384</sup>.

L'allusione alle occupazioni delle CRP e alle manifestazioni non può passare inosservata. Dall'analisi dei fogli disciplinari dei soldati lasciati uscire o allontanati di forza dalla CRP di Bologna si nota una progressiva diminuzione nel tempo dei sottoposti all'autorità militare e una altrettanto forte diminuzione delle richieste di ritorno in famiglia<sup>385</sup>. Tale situazione si spiega con l'entrata in vigore della legge 481 del marzo del 1917 che, imponendo un periodo di permanenza nella struttura di soli 15 giorni, permetteva ai refrattari di rifiutare semplicemente l'educazione a scadenza del periodo di prova, generando un clima di diffusa concordia all'interno degli istituti tra coloro che rimanevano. Questa sembrerebbe essere una sufficiente spiegazione della mancanza di episodi di violenza del caso bolognese.

Il 2 maggio 1917, il ministro Orlando scrisse una missiva a tutti i direttori degli enti pubblici e privati che si erano fatti carico di curare e rieducare gli invalidi di guerra, per esortarli ad una più pregnante opera di convincimento volta ad ottenere una maggiore partecipazione ai programmi di rieducazione. Il testo, scritto in prima persona, cominciava affermando che Orlando “da molteplici e autorevoli fonti” era venuto a conoscenza “della riluttanza da parte dei mutilati a prestarsi all'opera di rieducazione e ad accettare uffici di qualsiasi natura negli stabilimenti industriali”<sup>386</sup>.

Pronta la reazione, in questo caso della direzione di Villa Wollemborg che, colto lo sprono ministeriale, iniziò a stampare un enorme numero di volantini (tanto enorme che molti documenti dell'archivio sono scritti sul retro dei volantini stessi usati come carta da brutta copia) recanti, attraverso le rassicuranti parole del ministro, l'assicurazione che la

---

<sup>384</sup> Bacialli, *Relazione*, p. 10-13.

<sup>385</sup> MRB, CRP, s.4 b.11, “Fogli disciplinari”.

<sup>386</sup> MSIGR AS, ACPM 1.3.1 b.2 f.15, “Federazione Nazionale dei Comitati di Assistenza ai militari ciechi storpi mutilati”, Ministero dell'interno, Roma, 2 maggio 1917 circolare n. 26600.16.

rieducazione e l'assunzione non avrebbero mai influito sulla somma della pensione destinata a risarcire il danno agli invalidi e che c'era "tutto da guadagnare e niente da perdere" nel frequentare i corsi delle CRP.

Detto questo la "goccia nel mare" già vista in precedenza acquista un significato diverso: non è solo il rassegnato grido di chi non riesce a fare di più perché costretto da impellenze economiche, ma anche perché frustrato dalla mancanza di risposta ad un appello non ascoltato.

È plausibile che la motivazione principale della scarsa partecipazione fosse proprio quella di carattere economico, legata ad una assoluta mancanza di fiducia nei confronti di una classe dirigente che per tutto il volgere del conflitto aveva dimostrato assai poco rispetto per l'umanità dei suoi soldati. Riusciva dunque assolutamente motivato dal loro punto di vista il timore che, una volta riabilitati e usciti dai centri, i mutilati si sarebbero trovati lasciati a loro stessi e al bisogno di provvedere a sé. Buon indice della diffusione di questa perplessità è l'opuscolo torinese che narra dell'incontro dei due mutilati. Già nel 1916, l'anno di stampa del libretto la questione del timore di perdere la pensione veniva infatti presentato come centrale.

A complicare il quadro intervennero molto probabilmente le diffuse disparità di trattamento a cui i mutilati stessi erano soggetti<sup>387</sup>. Si può infatti parlare di una vera e propria "babele protesica" e di "individualismo anarchico" sia per quel che riguarda la fornitura di protesi, sia per quel che riguarda gli strumenti da lavoro forniti agli educati nel momento della loro uscita dal centro.

Come si è già detto non si riuscì mai a realizzare una produzione uniforme di protesi ed arti meccanici che, al contrario, continuarono a variare a seconda dell'istituto, del momento e delle disponibilità economiche dei vari soggetti. Ecco dunque che mentre ad alcuni vennero dati arti da lavoro, ad altri si fornirono solo semplici arti estetici di nessuna utilità pratica.

Non si trattava di una faccenda da poco: il manifestarsi di tali diversità rischiava di compromettere o di rendere comunque più difficile il percorso di accettazione della nuova condizione. Se il primo momento della rieducazione coincideva con un periodo da trascorrere in diretto contatto con altri mutilati proprio nel tentativo di far percepire al soggetto l'idea di esser parte di una nuova comunità, era possibile che dal confronto con

---

<sup>387</sup> Montella, *I mutilati e gli invalidi*, p. 270-271.

gli altri casi potessero nascere dei rancori o dei disagi che si concretizzavano con il rifiuto d'entrare nella Casa di Rieducazione.

A questa faccenda della disparità di trattamento era legata la non certo minor problematica dell'estetica che, come ricordava in un suo studio il chirurgo Guglielmo Bilancioni, era già all'epoca considerato il fulcro attraverso cui "ciascun uomo si forma un concetto intuitivo della propria persona, che è parte integrante del suo *io*"<sup>388</sup>. Non a caso da un altro articolo del «Giornale di Medicina Militare» scritto dal tenente colonnello Angelucci, si viene a sapere che la ferita agli occhi, a cui molto spesso si rispondeva con l'amputazione del bulbo, era vissuta dai soldati in modo molto più serio rispetto una qualsiasi altra ferita. Tra i mutilati di questo tipo gli appartenenti alle classi alte sembravano riuscire a tollerare molto meno la nuova situazione tanto che, secondo il medico, le percentuali di suicidi in seguito a depressione dovuta a questo tipo di trauma erano molto maggiori che non per gli enucleati di origine più modesta. In tutti i pazienti veniva riscontrato un forte desiderio di ricorrere alla protesi ottica nonostante ad essa non sia logicamente associato nessun recupero di funzionalità dell'organo mutilato<sup>389</sup>.

È chiaramente difficile se non impossibile capire oggi cosa significasse una mutilazione per chi la subì quasi un secolo fa, così come per la società intera che ebbe a dare una risposta ad una vastissima quantità di queste persone. Ciò nonostante si devono tener in considerazione alcuni dati che permettono di capire come un tal tipo di evento fosse percepito in modo assolutamente drammatico anche in epoche remote. Si pensi ad esempio alla sindrome dell'arto fantasma, diagnosticata ancora nel XVI secolo e diretta incarnazione della difficoltà del corpo di accettare la mancanza di una sua parte e, allo stesso modo, si torni alle fotografie del libro di Friedrich in cui l'autore spiega che in molti casi i mutilati non vollero farsi fotografare per timore che i famigliari, venuti a conoscenza della loro nuova misera situazione, li abbandonassero per sempre<sup>390</sup>.

---

<sup>388</sup> Bilancioni, *Lesioni del naso e dei seni annessi in rapporto alla loro funzione e alla cosmesi della faccia*, p. 358-359, che insiste su come le lesioni al viso vadano a ledere, oltre alla parte del corpo, anche l'integrità morale dell'individuo molto più di come avviene per le altre, comunque serie, ferite. Il corsivo è sul testo originale.

<sup>389</sup> Angelucci, *Qualche appunto sullo stato psichico dei feriti di guerra agli occhi*, in «Giornale di Medicina Militare», 1917, p. 997-1002.

<sup>390</sup> L'impossibilità di attuare questo tipo di spostamento culturale attraverso le epoche e i luoghi è stata decretata da Clifford Geertz nel 1988 in *Antropologia interpretativa* e ripresa da Elena Faccio, *Le identità corporee. Quando l'immagine di sé fa star male*, Firenze, Giunti, 2007, p. 29, per una analisi approfondita di tipo storico-filosofico sul senso del corpo, la sua percezione e rappresentazione si veda lo stesso testo a pagina 68-106. Friedrich, *Guerra alla guerra*, p. 208.

Non sembra dunque impossibile credere che i confronti tra i mutilati stessi e i momenti di crisi, che rendevano difficile accettare di rimanere all'interno delle strutture evitando di chiudersi in se stessi, non fossero da poco.

Ai problemi personali legati alla nuova situazione e alla assoluta mancanza di fiducia nelle istituzioni si devono infine aggiungere i legami familiari che pesavano non poco in senso negativo sulla scelta di procedere alla rieducazione. Non si trattava solo di mantenere i contatti con la famiglia appena recuperata ma, spesso, erano le famiglie stesse a chiedere con insistenza, si legge ancora nelle schede disciplinari, il rientro a casa del rieducando, perché in qualche maniera potesse essere d'aiuto nell'economia familiare o di conforto ai figli in momenti di grande difficoltà e privazione<sup>391</sup>.

Nella citata *Relazione* conclusiva dell'esperienza della CRP bolognese Bacialli spiega, confermando inoltre le ipotesi sulla metodologia educativa fatte prima:

[...] con la massima cura per il benessere fisico e materiale degli allievi, gl'insegnanti e tutti coloro che facevano parte del personale superiore, non trascurarono di trarre occasione della convivenza con gli allievi stessi per migliorare la educazione morale, i sentimenti e le tendenze; e per ottenere che anche i più soggetti a scoraggiamenti e a crisi nervose, causate dalla loro infelice sorte, trovassero nella coscienza del sacrificio compiuto per la salvezza e per la grandezza della Patria e nella santità del lavoro, la pace e la rassegnazione necessarie alla tranquillità dell'animo, e si confortassero col pensiero di aver in modo sublime cooperato alla non lontana era di giustizia e di libertà<sup>392</sup>.

Tuttavia anche per i mutilati che accettarono il condizionamento sociale imposto dall'alto l'esperienza si concluse in modi non sempre fausti. Appena finita la guerra il riassetto economico generò una situazione assolutamente impegnativa che comportò una lunga sequela di disagi che vide per protagonisti, a fianco ai mutilati stessi, grandi masse di popolazione attiva che rivendicavano un lavoro.

Un esempio calzante della difficile congiuntura che si trascinò per alcuni anni nell'immediato dopoguerra generando un diffuso malessere sociale dal cui fermento nacque poi il regime autoritario fascista è offerto dalla cronaca di un giornale cattolico:

Il comitato dell'Associazione fra i mutilati di guerra aveva già da tempo domandato alla Amministrazione delle ferrovie che un certo numero di propri soci potesse

---

<sup>391</sup> Galeazzi, *Come si rieducano i soldati mutilati*, p. 8.

<sup>392</sup> Bacialli, *Relazione*, p. 10-13.

subentrare al posto delle donne impiegate temporaneamente durante la guerra. Ma la Direzione generale qui a Roma aveva con recente risposta dichiarato non potersi accordare la domanda, perché le signorine impiegate erano già tutte “passate in pianta stabile”. A tale comunicazione, i mutilati con risoluto accordo e disciplina soldatesca, la mattina del 12 aprile, in numero di cinquecento si appostarono all’entrata di Villa Patrizi, dove ha sede al direzione, chiusero il passo a tutte le eleganze femminili; e si disposero a pernottare anche sul luogo fino alla soluzione della vertenza. [...] Il giorno dopo con la stessa tattica occuparono il Ministero dei trasporti aiutati da gruppi di fascisti nazionalisti e via di questo passo il moto si allargava in vari uffici e amministrazioni pubbliche. [...] L’agitazione dei mutilati ebbe in generale il favore delle associazioni degli impiegati, dei ferrovieri, ecc, oltre l’appoggio dei fasci da combattimento. Le Associazioni femminili, com’è naturale, levarono le loro proteste contro le prepotenze maschili che tolgono alla donna “il mezzo di guadagnare la vita e far fronte al proprio avvenire”: ma non fu difficile rispondere che l’agitazione non era rivolta contro le vedove, le orfane dei caduti in guerra; o quelle che seriamente lavoravano per vivere: sibbene contro le “signorine”, che assunte straordinariamente a servizio negli anni di guerra, si valsero dei nuovi guadagni per ostentare un lusso indecente e sproporzionato al loro grado sociale.

E conclude che

Secondo le notizie dei giornali, uno schema di legge sarebbe già formato tra i ministeri del lavori pubblici e delle pensioni per imporre l’obbligo alle Ditte industriali di occupare presso le proprie aziende un numero di invalidi proporzionale all’importanza della Ditta, occupandoli in uffici compatibili con il loro stato<sup>393</sup>.

Viene automatico tornare con la mente alle disposizioni viste per gli anni precedenti riguardo all’assunzione nelle aziende dei mutilati rieducati e da qui intuire che quella del lavoro fu dunque una questione di non facile soluzione. Una delle lettere già viste, quella di tal P.U. di Chiasso, si concludeva già nel 1919 con un ammonimento rivolto al cappellano della CRP di Bologna:

Mi dice – si riferisce ad un ex compagno di riabilitazione incontrato pochi giorni prima – così fra altre cose che si cerca di mettere in uscita più mutilati che si può. E se non sono completamente rieducati? Fatte che usciti di lì possano essere lieti ancora di essere al mondo [...]. È vero che ciò non dipende da lei ma persuada e farà opera caritatevole, lo creda, i mutilati a rincuorarsi per benino per non essere costretti a

---

<sup>393</sup> «La Civiltà Cattolica», anno 79, 1921, p. 277-279.

chiedere il sussidio di disoccupazione come pure i miei compaesani (che del resto si figurano di chiedere un'elemosina mentre avrebbero desiderio di lavorare)<sup>394</sup>.

Mentre un'altra testimonianza scritta in prima persona da F.S. di Sassostorno il 29 luglio 1919:

[...] mi spiace che pottevo aver appreso il mestiere da calzolaio che sarebbe stato più utile per la mia situazione, ma la colpa non è di nessuno come lei sa di quel tempo la mia salute non era troppo buona, e così dovetti apprendere il mestiere più leggero, ora grazie iddio di salute sto bene, di lavoro non me ne manca ma solo che qui in montagna vogliono pagare troppo poco, molto più sulle sporte si guadagna pochissimo perché le trovano nelle botteghe a tre lire l'una, ora faccio qualche lavoretto anche in campagna [...]<sup>395</sup>

Muovendosi tra testimonianze di questo tipo si deduce che i protagonisti della vicenda si rendevano perfettamente conto di quale fosse la situazione che si stava andando a determinare, espressa nella circolare del 12 marzo 1921 dell'ONIG. La lettera traccia il bilancio dell'esperienza colta dal punto di vista istituzionale e decreta un doppio ordine di risultati.

Al successo dei "risultati apprezzabili" assolti in seno ai "compiti morali ed educativi verso le doloranti vittime della guerra", si contrastò una "opera complessivamente meno efficace nel campo della rieducazione professionale, come lo dimostra il fatto che relativamente pochi sono gli invalidi i quali esercitano il mestiere o la professione appresi nelle scuole annesse ai detti Istituti". Il Consiglio dell'Opera riconosceva

che i detti Istituti non possono esplicitare la funzione rieducativa [...] qualora non si trasformino radicalmente perché mentre sono cessate le ragioni morali che li rendevano indispensabili durante la guerra [...] e mentre sono mutate tanto la psicologia degli invalidi ed i loro bisogni quanto il sentimento del pubblico, i metodi di cui dispongono e i metodi della rieducazione non rispondono alle esigenze attuali e cagionano gravi perdite di attività e di denaro<sup>396</sup>.

---

<sup>394</sup> MRB, CRP, s.4 b.11, "Lettere al direttore".

<sup>395</sup> MRB, CRP, s.4 b.11, "Lettere al direttore".

<sup>396</sup> MSIGR AS, ACPM 1.3.1 b.5 f.37, "Educazione invalidi e pratiche relative" 1919-1923, 12 marzo 1921, *Scuola di rieducazione professionale*.

Si chiedeva dunque a tutti i Comitati che gestivano le Case di Riabilitazione di ridurre e sopprimere i posti di ricovero sostituendoli con borse di studio o sovvenzioni, di far cessare l'esercizio di quei laboratori che non avevano uno "scopo professionale prevalente, ma soltanto uno scopo rieducativo generico", di specializzare quegli insegnamenti intellettuali e manuali che permettono i risultati più sicuri e immediati di profitto, di favorire l'assunzione dei mutilati come tirocinanti nelle aziende, e di evitare il semplice concentramento dei mutilati negli istituti, preferendo invece attuare una individualizzazione dell'insegnamento così da far raggiungere ai singoli casi l'eccellenza nel settore di preferenza.

Si stava in questo modo mettendo ordine, finalmente dall'alto, ad una realtà fino a quel momento caratterizzata dalla libera iniziativa di Comitati nati sulla spinta dei drammatici eventi che il paese aveva affrontato.

Se ne ricava che se da un lato furono proprio queste variopinte e assai diffuse iniziative private a prendere in mano la situazione offrendo ai mutilati l'aiuto che lo Stato non era riuscito a garantire, dall'altro lato le stesse molteplici iniziative finirono col riversare sul mercato del lavoro operai riabilitati ma molto poco specializzati. I vari corsi attivati nelle CRP mancavano di varietà. Ogni provincia proponeva i medesimi corsi delle altre così che si saturò in fretta la richiesta di lavoro per quelle determinate professioni quali ad esempio il vimaio o il calzolaio, mentre restavano sguarniti altri settori.

L'iniziale ostilità dell'Autorità militare nei confronti della larga apertura delle Case di Rieducazione non era dunque del tutto sbagliata, soprattutto quando fosse riuscita a essere controllata da un organo centrale capace di contare i ricoverati e dividerli nel territorio della penisola in pochi centri altamente specializzati di modo che si potesse poi procedere ad un più controllato reinserimento nel mondo del lavoro. Ma un'organizzazione di tale tipo avrebbe previsto l'impiego di ricchezze molto più cospicue ed una capacità informativa e di coordinamento molto più sviluppata<sup>397</sup>.

Ne conseguì una generale equiparazione tra la situazione vissuta da coloro che accettarono di entrare nelle varie CRP d'Italia e coloro che preferirono rientrare nelle loro famiglie nel tentativo di arrangiarsi a tornare alla vita di sempre. Mentre il destino delle CRP fu segnato dalla soppressione: allontanandosi dai drammatici anni della guerra la popolazione sembrava voler dimenticare in fretta. I vari comitati, passata l'emergenza,

---

<sup>397</sup> Montella, *I mutilati e gli invalidi*, p. 264-266.

non trovando più il senso della loro esistenza, delegarono parte del loro impegno alle organizzazioni maggiori.