

Tipo di documento: report storico-culturale della Grande Guerra sui Lagorai

Titolo: Il bisturi dopo la baionetta: organizzazione sanitaria, equipaggiamento, trattamenti chirurgici ed oggetti dell'esercito italiano nella Grande Guerra

Autore: Angelo Nataloni (Gruppo Alpini Imola Valsanterno)

Firma

Angelo Nataloni

Data

11 Ottobre 2020

Indice

Introduzione	2
La sanità al fronte	3
Posti di medicazione	6
Quali patologie si trattavano	7
La montagna restituisce e racconta	10
Appendice 1: la guerra chimica	17
Conclusioni	18
Ringraziamenti	20
Referenze	20

Introduzione

Prima di entrare nel vivo del discorso, vale la pena ripercorrere brevemente la storia della sanità militare.

Per farlo parto da lontano e più precisamente da una statua che si trova sotto la loggia degli Uffizi a Firenze, opera di uno sconosciuto scultore ellenista e che rappresenta “Menelao che sorregge il corpo di Patroclo morente” (Fig. 1a). Essa può essere assunta a simbolo e metafora della sanità militare (Fig. 1b), perché per migliaia di anni i campi di battaglia furono pieni di eroi morti, mentre dei feriti non si curava quasi nessuno a meno che non fossero imperatori o generali.

Anche il più grande esercito occidentale dell’antichità, quello romano, per anni non era attrezzato.

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

Lo stesso Cesare nel libro III “De bello civili” ricorda che dopo le grandi battaglie si aveva la consuetudine di ricoverare feriti ed infermi presso i privati, i quali venivano in seguito rimborsati degli oneri sostenuti, oneri che rientravano nelle spese ordinarie di guerra.

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

Sembrava la strada giusta, ma poi arrivò il medioevo che cancellò ogni forma di organizzazione sanitaria militare anche se a livello storico vale la pena ricordare che con le Crociate si evidenziarono alcuni barlumi di una nuova sensibilità nei confronti dei feriti sui campi di battaglia. Nella battaglia di Hattin (1187) il grande Saladino sbaragliò l’esercito dei Crociati e fece decapitare tutti i cavalieri cristiani superstiti, risparmiando solo i cavalieri di San Giovanni di Gerusalemme (poi trasformati nell’Ordine di Malta) poiché



Fig. 1a e 1b

in battaglia li aveva visti prendersi cura non solo dei feriti cristiani, ma anche degli avversari mussulmani. In effetti gli Ospedalieri di San Giovanni di Gerusalemme costituivano l'unico ordine militare guerriero cui competeva per statuto farsi carico anche dei feriti nemici: un concetto di portata dirompente, dal momento che fino ad allora non era praticata neppure la cura dei propri che venivano lasciati desolatamente morire sui campi di battaglia.

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

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

E arriviamo così alla fine dell'Ottocento. Se è vero che primi venti anni del '900 furono la diretta conseguenza di quella incredibile rivoluzione che aveva sconvolto la scienza medica e chirurgica nella seconda metà del 1800 fu però la Grande Guerra che con tutti i suoi milioni di morti e feriti accentuò e accelerò questo progredire: la medicina e la chirurgia d'urgenza crebbero in quegli anni più di quanto fecero nei 30 successivi. D'altronde come aveva sentenziato Nikolai Pirogoff, uno dei più grandi chirurghi russi del 1800, "la guerra è un'epidemia di traumi". E la Grande Guerra certamente lo fu.

Si può quindi tranquillamente affermare che la Prima Guerra Mondiale sia stata una guida per il resto del XX secolo.

La sanità al fronte

La Grande Guerra superò ogni immaginazione: fu una guerra così grande che a quel tempo non era possibile pensarla nella reale portata, così come poi si svolse. Essa infatti non sottostò ai parametri tradizionalmente conosciuti del combattere, ma portò con sé l'avvento della modernità tecnologica, dell'organizzazione del lavoro, del controllo delle masse, della subordinazione al potere onnipotente dello

stato; fu la prima guerra industriale della storia, dopo di che niente nella vita delle popolazioni poté più essere come prima, in quanto la società civile ereditò e perfezionò i modelli sperimentati durante il conflitto.

Tra i tanti motivi di interesse della Grande Guerra, la sanità è un argomento particolarmente significativo perché dal suo studio si è giunti a scoprire molte realtà interessanti circa la vita del soldato, le sue reazioni alla guerra e alle difficili condizioni in cui si trovava ad operare, la sua psicologia nonché le direttrici di miglioramento che nacquero dall'aspezzazione di quella medicina d'urgenza.

La guerra di trincea è stata esperienza terribile e in alta montagna andò anche peggio. Una spaventosa lotta contro il nemico, la natura, gli insetti, la fame e lo shock da bombardamento. L'organizzazione sanitaria si trovò immediatamente in difficoltà. Le prime battaglie causarono migliaia di morti e di feriti. Il personale medico a causa dell'enorme quantità di prestazioni e di tipologie di ferite andò, da subito, in affanno. Le attrezzature si rivelarono scarse e il materiale insufficiente. Ma queste deficienze non dipesero sostanzialmente solo da disorganizzazione e superficialità. La nostra esperienza di sanità militare nasceva dalle guerre risorgimentali che messe insieme causarono in tutto lo stesso numero di morti e feriti della sola Prima battaglia dell'Isonzo. Certo si sarebbe potuto fare meglio, ci sono incomprensioni e deficienze, ma nel complesso lo sforzo medico-sanitario avrà più luci che ombre.

L'affardellato soldato italiano del 1915 entra in guerra con una dotazione sanitaria molto semplice, comprendente un pacchetto di medicazione per il primo soccorso (sostanzialmente garze più una fialetta di Tintura di Iodio - Fig. 2) per poi essere attrezzato in seguito di maschera ed occhiali protettivi antigas. Unitamente viene distribuito anche un utile decalogo: peccato però che la maggioranza dei nostri soldati sia analfabeta.

Disinfettanti, compresse (come l'aspirina) sono esclusivamente usate presso le infermerie e non saranno mai inserite stabilmente nello zaino del milite.



Fig. 2 (Collezione A. Nataloni)

Come riportato appena sotto, allo scoppio della guerra, contrariamente a quanto si possa immaginare, non siamo disorganizzati.

Il primo problema è rappresentato dal recupero del ferito, fatto che il più delle volte è una vera e propria impresa tra granate, raffiche di mitragliatrici e fucilate dei cecchini. Se va bene il trasporto avviene su barelle o alla peggio per trascinarsi verso il riparo della trincea.

L'immagine a fianco (Fig. 3) tratta da Aquile Magazine Nr. 1 /2014 e che illustra il trasporto di un ferito italiano lungo le balze del Piccolo Colbricon, ne è un esempio lampante.



Fig. 3

Sommariamente l'organizzazione si compone di 4 tappe (Fig. 4).

Prima Tappa: vicino alle trincee vi sono i *Posti di Medicazione* o di soccorso;

Seconda Tappa: dal posto di medicazione il ferito viene trasportato a braccio, in barella, a dorso di mulo o addirittura in teleferica agli *Ospedali da campo* dove i medici effettuano i primi interventi chirurgici d'emergenza e se va male c'è sempre annesso un piccolo cimitero. *“Creolina e calce. Dissolvere i morti prima che facciano dissolvere i vivi”.*

Terza Tappa: se va meglio i feriti vengono poi inviati con autocarri, ambulanze o addirittura barche agli *Ospedali da Campo Divisionale* o *d'Armata* che sono dotati di vere e proprie sale chirurgiche;

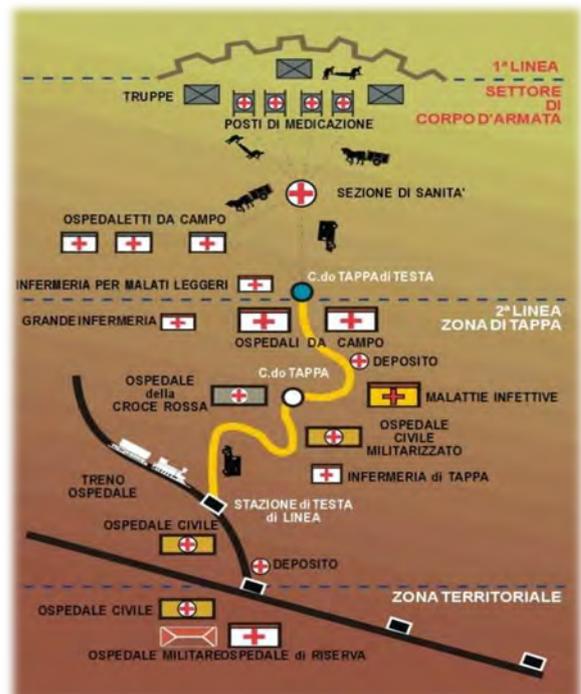


Fig. 4

Quarta Tappa: i malati gravi vengono destinati agli *Ospedali Militari di tappa* e *di Riserva* per la lunga degenza e smistati ai settori sanitari nell'interno del paese da cui inizierà, a guarigione avvenuta, l'eventuale flusso di rientro ai reparti.

Tale organizzazione, rimase sostanzialmente invariata a parte alcune eccezioni causate dalle offensive austriache del maggio 1916 (Strafexpedition) e del novembre 1917 (Caporetto) quando queste provocheranno un brusco arretramento del fronte nei settori interessati con abbandono di numerose installazioni sanitarie a ridosso delle prime linee. Quello che cambierà sarà l'evoluzione quantitativa dei servizi. Se nel maggio 1915 registriamo 70 ospedali da campo e mobili, 40 ambulanze, 24.000 posti letto al fronte e 100.000 posti letto nelle retrovie più o meno immediate, nel novembre 1918 l'organizzazione evolverà in 200 ospedali da campo e mobili, un gran numero di ambulanze, treni ospedali, navi ospedali dislocate soprattutto in Adriatico e 200.000 posti letto tra retrovie e varie parti del paese.

Posti di medicazione

Per quanto riguarda l'area del Parco Naturale di Paneveggio i luoghi di interesse sono ovviamente rappresentati dai *Posti di Medicazione e di Soccorso* in quanto gli *Ospedali da Campo* erano adiacenti ai luoghi abitati del Primiero e del Vanoi, mentre gli *Ospedali da Campo Divisionale o d'Armata* si troveranno ancora più a valle.

Focus quindi sui *Posti di Medicazione o di soccorso* che come da indicazione si impiantano al riparo della fucileria nemica e lateralmente alla linea del fuoco. In genere uno per battaglione. In montagna sono affiancati anche da Piccole Infermerie Avanzate dotate di qualche posto letto, spesso situate in luoghi riparati o caverne scavate nella roccia.

I posti di medicazione raccolgono i feriti e prodigano loro le prime cure. Già in queste strutture avviene la prima classificazione dei feriti così definiti:

- A) Gravissimi trasportabili (feriti al cranio, addome, colonna spinale): diretti con Ambulanza al più vicino centro specializzato in chirurgia d'urgenza;
- B) Gravi trasportabili: candidati ad urgente ed immediato intervento chirurgico con stessa procedura degli A), ma in seconda priorità;
- C) Gravi trasportabili a distanza breve: avviati ai più vicini centri di medicazione;
- D) Trasportabili a lunga distanza: avviati su autocarri di ritorno agli ospedali di pianura;
- E) Leggeri: avviati a piedi o a colonna di muli agli ospedali di pianura.

Successivamente o li rimandano alle rispettive compagnie se in grado di continuare a combattere oppure si provvede in qualche modo al loro trasporto a valle. Per i gravissimi assolutamente intrasportabili non c'è possibilità di cure e quindi di sopravvivenza.

La codifica numerica lascia ben presto il posto ad una più immediata codifica colore:

- bianco: ferito leggero
- verde: ferito grave ma trasportabile

- rosso: ferito grave non trasportabile (quindi da lasciar morire).

L'attuale codice colore dei nostri Pronto Soccorsi nulla è che il nipotino di quella iniziale classificazione (in più noi abbiamo aggiunto il codice giallo). Oggi usiamo il termine "Triage" che abbiamo preso a prestito dal francese e significa appunto "classificazione". Il termine "Triage" è già allora il nome codificato allo scopo.

Il personale addetto ai corpi e ai reparti di truppa è rappresentato da ufficiali medici, aiutanti di sanità (con gradi inferiori) e soldati semplici portaferiti.

Nei *Posti di Medicazione* o di *Soccorso* si effettua immediatamente una prima disinfezione della ferita che il chirurgo Ottorino Uffreduzzi raccomanda sia *"pennellata con tintura di iodio, se possibile, o spalmata di Mastisol e al bendaggio con garza sterile, utilizzando innanzitutto il pacchetto di medicazione del soldato"*. Gli interventi chirurgici sono, come descrive lo stesso Uffreduzzi *"limitati esclusivamente a quelli d'urgenza assoluta con imminente pericolo di vita per il ferito, come la tracheotomia e le emostasi provvisorie col laccio colla benda elastica."* I medici sono dotati di una attrezzatura minima: garze, alcuni strumenti chirurgici, grappa e cognac come anestetico, morfina, quando c'è, per alleviare il dolore ai feriti più disperati. Le scene sono strazianti: feriti che pregano di essere curati, feriti gravi che vengono lasciati morire senza nessuna possibile assistenza se non una fiala di morfina.

I feriti raccolti dalle linee di fuoco sono trasportati per il primo soccorso ai *posti di medicazione* dove vengono medicati e sottoposti a qualche eventuale raro intervento di assoluta urgenza per poi essere inviati alle successive stazioni di sanità.

Quali patologie si trattavano

A differenza delle precedenti guerre, le ferite da arma da taglio sono pochissime mentre quelle da arma da fuoco e da scheggia diventano predominanti. E in poco tempo la medicina deve adeguarsi. Da sottolineare che tutte le complicazioni infettive insorte dopo interventi chirurgici saranno catalogate come esiti di ferita di guerra e non come malattia complicante.

Di seguito una rapida e sintetica carrellata di patologie trattate nei *Posti di medicazione*

Traumi e ferite craniche: oltre ai traumi dovuti a rocce e pietre che sollevate dalle esplosioni colpiscono con forza il cranio causando compressioni, fratture ed emorragie i medici si trovano di fronte alle vere e proprie ferite. Esse sono causate dai proiettili di fucile, da scheggia o da pallottole shrapnel. Interessano l'intera struttura cranica con un foro d'entrata o addirittura con uno doppio di entrata e uscita. Dalle relazioni

apprendiamo che generalmente ben il 50 % dei feriti gravi sarà considerato guarito e dimesso per la convalescenza. Dati i mezzi chirurgici del tempo e contrariamente a quanto ci si può attendere da un'epoca pionieristica il risultato è molto interessante e dimostra, fra l'altro, la tempra degli organismi di allora, in grado di reagire allo stress in modo assai più risoluto di oggi;

Ferite al torace: sono le operazioni più semplici. La mortalità è soltanto del 20% degli operati. L'intervento consiste normalmente nella estrazione di schegge, pallette di shrapnel o proiettili a cui successivamente si provvedeva con l'applicazione di un tubo di drenaggio per il sangue fuoriuscito nel cavo pleurico per impedire la riespansione del polmone colpito. Purtroppo moltissime ferite penetranti del torace complicheranno in pleuriti, spesso purulente (empiemi), che pur guarendo predisporranno all'ulteriore impianto della tubercolosi (altra causa di morte postuma di cui è difficile fare le statistiche);

Lesioni addominali: per quanto riguarda invece le lesioni addominali il discorso è più delicato. I feriti sono considerati ormai perduti a causa del grave shock tossico che segue alla perforazione delle viscere. In ogni caso il cruccio più grosso per i chirurghi è sicuramente rappresentato dalla decisione di operare i feriti o di lasciarli al loro destino. Solo nel maggio 1916 la Società di Chirurgia francese emanerà il seguente ordine del giorno: *“La società di chirurgia si pronuncia a favore dell'intervento precoce nelle ferite all'addome da farsi al più presto e raccomanda che le ambulanze automobili siano concentrate, secondo i bisogni ed il tempo necessario, nel punto in cui affluiscono i feriti.”* Termina così, in modo semiufficiale, il dogma di lasciar morire in santa pace i feriti alla regione addominale: una morte che arriva lenta ad individuo cosciente.

Per la verità, sul fronte italiano, molti chirurghi si comportavano già in maniera del tutto autonoma e responsabile affinando alcune tecniche laparatomiche, spesso personali. Un solo caso di sopravvivenza avrebbe comunque giustificato una simile scelta anche se il metodo astensionista consiglia di limitare il ricorso agli interventi chirurgici ai feriti che giungono alla sala operatoria dopo 6 ore dalla ferita stessa, tempo durante il quale la peritonite può diventare irreparabile. Gli italiani saranno comunque tra i chirurghi che più rischieranno le operazioni.

Tuttavia i pochi feriti considerati guariti presenteranno varie forme di peritonite con una mortalità che sfiorerà il 100 % dei casi. In tutte le ferite addominali una delle complicazioni più gravi è il dissanguamento dovuto alla lesione di grossi vasi venosi od arteriosi. Al tempo, infatti, non viene ancora praticata al fronte la trasfusione di sangue. Mancano ancora importanti conoscenze come i gruppi sanguigni e lo strumentario è primitivo. Nello shock emorragico si praticano fleboclisi abbondanti (750 ml o più) di soluzioni saline con aggiunta di Adrenalina, farmaco utile a sostenere cuore e pressione arteriosa. Solo alla fine del 1916 si ricorrerà con successo alla trasfusione di sangue anche in prima linea e in alcuni casi con sangue conservato;

Ferite agli arti: sono in generale le più numerose. Sono ben trattate con la rimozione di schegge e proiettili e con l'eventuale disarticolazione degli arti maciullati. Le amputazioni sono però eseguite con una disinvoltura quasi disarmante e sistematica, ma altresì logiche se abbinate all'effetto degli scoppi che lacerano in maniera scomposta e spesso irrisolvibile, gli arti dei poveri militari. Estese necrosi, infezioni purulente ed inarrestabili emorragie spingono i medici a tagliare gambe e braccia a molti pazienti. Quando e come tagliare un arto lesionato diviene allora una questione ampiamente dibattuta. Gli interventisti asseriscono che con le amputazioni gli infermi guariscono in breve tempo e senza cure dispendiose. I conservativi che amputare è più facile che curare, tanto poi il problema lo risolveranno altri e altrove.

Sacrificare un arto è in ogni caso una scelta delicata. Tuttavia i numeri degli amputati ci dicono che gli interventisti sono più numerosi dei conservativi, almeno in prima linea tanto che le autorità militari si vedranno costrette ad emanare una circolare che prescrive il consenso di due specialisti prima di ogni operazione di questa natura.

Ma la chirurgia agli arti non significa solo amputazioni. Normalmente si eseguono legature dei vasi e dei tendini.

Le fratture vengono immobilizzate per poi essere trattate con apparecchi gessati, come avviene ancora oggi in alcuni reparti ortopedici.

Le cause di morte sono quasi sempre infettive e dovute al batterio della Gangrena Gassosa che infetta le ferite, contro il quale si può usare soltanto acqua ossigenata e cauterizzazione della lesione. Alcune morti sono causate pure dal tetano.

La trincea esaspera situazione patologiche, ma soprattutto ne porterà delle nuove che cito brevemente:

Tifo petecchiale: è caratterizzato da piccole lesioni emorragiche diffuse in tutto il corpo;

Febbre da trincea: consiste in una forma molto grave di influenza con febbre alta periodica e nevralgie acute che paralizzano il soldato. E' causata dagli escrementi dei pidocchi;

Piede da trincea: è un insieme di lesioni dovute al congelamento che, se non curate in tempo, determina la perdita del piede o dell'intero arto e nei casi estremi anche la morte;

Shock da bombardamento: consta in gravissimi disturbi psicofisici. Obnubilamento del sensorio, perdita della congiunzione spazio-temporale, apatia. Il soldato diventa tardo nell'eseguire un ordine o addirittura sordo ad ogni sollecitazione. Purtroppo saranno decine i fucilati accusati di ammutinamento o diserzione. Solo più tardi si comincerà a parlare di trauma psichico;

Nevrosi di guerra: strettamente correlato allo shock da bombardamento, fa la sua comparsa, clamorosa ed inquietante, la figura del soldato folle, impazzito e smemorato. Il sistema nervoso di molti non resiste alle lunghe soste in trincea, alla vista o al subire dolore fisico, nel vedere continuamente intorno a sé la morte o nel doverla infliggere. La Nevrosi di guerra è a tutti gli effetti una nuova patologia. Una malattia mentale che porta alla pazzia attraverso il delirio di persecuzione, l'amnesia, l'incapacità di sopprimere i ricordi, la perdita anche solo temporanea della parola, dell'udito e delle percezioni del mondo esterno.

Per evitare una diretta correlazione tra guerra e follia i rapporti medici adducono l'insorgere della pazzia alla teoria della ereditarietà. In realtà, spiegheranno poi, questa guerra totale, meccanizzata e indipendente dalla volontà dei singoli, non lascia nessuna via di fuga se non quella interiore, che in alcuni casi degenera in pazzia.

Autolesionismo: le precarie condizioni di vita del soldato oltre che alle appena citate malattie mentali possono sfociare in atteggiamenti di pazzia presunta fino a deviare nell'autolesionismo. Esse non si possono considerare due vere e proprie nuove patologie, ma l'entità del numero ci obbliga a considerarle quasi come tali. I metodi sono i più disparati. I soldati si tagliano un dito della mano, si feriscono ad un piede o simulano un approssimativo assideramento agli arti inferiori; alcuni si iniettano sotto la pelle dei piedi olio di vaselina, petrolio o essenza di trementina procurandosi tremende piaghe e finendo per camminare zoppi per tutta la vita. Vengono anche usate causticazioni con acidi e congiuntiviti prodotte con vari mezzi irritativi (semi di ricino, infusi di tabacco, semi di lino, grani di sabbia). Per gli ufficiali medici non è difficile accorgersi di queste lesioni sospette, troppo spesso ripetitive magari in uno stesso reparto e procurate con mezzi rozzi. La pena non sarà lieve. Tuttavia in montagna non abbiamo significative testimonianze.

La montagna racconta e restituisce

Da allora ad oggi i boschi del Parco e le cime dei Lagorai sono rimasti testimoni muti ed imparziali di quella lotta quotidiana fatta non solo a colpi di baionette, ma anche di bisturi. Di molti *Posti di medicazione* si sono perse definitivamente le tracce, di alcuni resta solo qualche sparuta informazione, di pochissimi invece è stato possibile l'identificazione. Tracce vive sul territorio come il caso del posto di medicazione del 59° Rgt. Fanteria della Brigata Calabria, descritto all'epoca come quota 2.197 Piccolo Colbricon¹, ripulito e recuperato² (Fig. 5 - inizio lavori e Fig. 6 – fine lavori) grazie alla tenacia di Alberto e Fabrizio Gottardo con il coinvolgimento dell'Ufficio per i Beni Architettonici e la fattiva collaborazione dell'Ente Parco.

¹ Più precisamente identificabile oggi come quota 2.200, zona Buse de Oro;

² Pulizia e restauro conservativo della postazione effettuati tra il 2013 e il 2015 dopo una ricerca lunga quasi quindici anni a cura dei fratelli padovani Alberto e Fabrizio Gottardo, sono ampiamente descritti in due articoli di cui alle Referenze 13 e 14 e dalle quali sono tratte anche le foto 5, 6, 7, 8a, 8b e 9.



Fig. 5



Fig. 6

Nel caso specifico oltre alla localizzazione certa ci sono anche le immagini dell'epoca e le facce di chi allora c'era (Fig. 7, 8, 9). Nomi e cognomi che aumentano ancora di più la percezione di trovarsi di fronte ad una sorta di "stargate". Per chi sa guardare e ascoltare, tutti questi elementi restituiscono ancora lamenti ed imprecazioni, preghiere e speranze.



Fig. 7



Fig. 8a



Fig. 8b

Nella Fig. 8a il Caporale di Sanità Carlo Gottardo (31.12.1894 – 22.08.1979) di Padova, nonno di Alberto e Fabrizio Gottardo ^{13, 14}. Nella Fig. 8b sempre Carlo Gottardo ritratto sotto la finestra del posto di medicazione.



Fig. 9 ³

Nella foto 9 sono ritratti il Caporale Carlo Gottardo di Padova, piegato a destra e l'aspirante Carlo Gambetti * di Imola (BO), in piedi a sinistra.

* Carlo Gambetti

Croce di Guerra al Valor Militare. Con nobile slancio e sprezzo del pericolo soccorreva un soldato ferito nel luogo stesso ove era caduto, incurante del persistente fuoco nemico. Piccolo Col Bricon, 19 ottobre 1916

Successivamente si guadagnerà anche una Medaglia di Bronzo al Valor Militare (Plava, 2-28 Maggio 1917)

³ La Fig. 9 appartiene all'Archivio Bogherini. Alessandro Bogherini era il Capitano medico, padovano, che all'epoca dei fatti dirigeva la Sezione di Sanità di quel settore di fronte.

Per quanto bello e suggestivo, raggiungere e visitare il sito (quota 2200) non è oggettivamente semplice in quanto si trova nel cuore dell'intricato bosco delle Buse de Oro e lontano da qualunque sentiero turistico. Solo l'ausilio delle mappe militari può essere d'aiuto insieme ad un buon allenamento e al tempo stabile. Vivamente sconsigliato avventurarsi senza adeguata preparazione e conoscenza del territorio.

Più difficile la localizzazione certa di altri siti corredati di foto dell'epoca. Tuttavia la montagna restituisce oggetti che non lasciano dubbi sulla presenza di altri posti di medicazione oltre a quello citato, indipendentemente dal punto esatto. Ecco allora che questi oggetti prendono vita e ci raccontano piccole storie.

Quante mani sporche di sangue avrà lavato questo catino (Fig. 10). E quante iniezioni avrà fatto questa siringa (Fig. 11).



Fig. 10 (Collezione A. Nataloni)



Fig. 11 (Collezione A. Nataloni)

Quante bende improvvisate avrà tagliato questa pinza (Fig. 12).



Fig. 12 (Collezione A. Nataloni)

Quanti arti maciullati avrà amputato questa sega ortopedica (Fig. 13)



Fig. 13 (Collezione A. Nataloni)

Quante ablazioni oculari avrà fatto questo bicchierino (Fig. 14) O quante ferite avrebbero potuto disinfettare queste fialette (Fig. 15)



Fig. 14 (Collezione A. Nataloni)



Fig. 15 (Collezione A. Nataloni)

Quante irritazioni hanno lenito queste scatolette di vaselina oftalmica (Fig. 16)



Fig. 16 (Collezione A. Nataloni)

E anche le bottigliette di medicinali, qualche volta incredibilmente ancora piene, hanno il loro fascino (Fig. 17 e 18)



Fig. 17 (Collezione A. Nataloni)



Fig. 18 (Collezione A. Nataloni)

Tra gli oggetti riemersi nel Parco non propriamente legati ai posti di medicazione, segnalo due curiosità.

Pastiglia Valda

Nel 1905 a Parigi il farmacista Henri Edmond Canonne decise di fabbricare da sé un nuovo medicinale a base di levomentolo e olio essenziale di eucalipto per calmare le infezioni delle vie respiratorie che incominciò a vendere sulle banchine di una stazione ferroviaria (*Gare de l'Est*).

Grazie ai suoi effetti lenitivi e ad una campagna pubblicitaria con manifesti e disegni illustrati dai più grandi artisti dell'epoca, tra cui Falcucci e Raymond Savignac, ottenne fin da subito un grande successo tanto che l'anno successivo le pastiglie vennero commercializzate anche in Italia e dal 1908, esportato in più di trenta paesi.

Per pubblicizzare le sue pastiglie, Cannone, inventò il *Dottor Valda*, un anziano personaggio dall'aria rassicurante che racconta al pubblico i benefici delle nuove caramelle. E da quel giorno le pastiglie del farmacista diventarono le pastiglie Valda.

Sull'onda della popolarità vennero ampiamente usate anche dagli ufficiali italiani tanto che capita ancora di trovare quelle scatole di metallo tra le rovine delle nostre baracche (Fig. 19) sostanzialmente identiche alle odierne (Fig. 20).



Fig. 19 (Collezione A. Nataloni)



Fig. 20 (Collezione A. Nataloni)

Acqua di Melissa dei Carmelitani Scalzi di Venezia

La ricetta dell'alcolato di Melissa proviene dalla Francia del 1611 in cui si utilizzava la *Melissa officinalis*, ma la formula impiegata dai frati veneziani, a partire dal 1710, utilizza la *Melissa moldavica*, variazione che ha fatto la fortuna del prodotto.

L'alcolato ebbe così grande successo che i Carmelitani Scalzi di Venezia, per difenderlo dalle contraffazioni, richiesero e ottennero l'esclusiva della produzione nel 1754.

Allo scoppio della Grande Guerra l'acqua di Melissa dei Carmelitani Scalzi è ampiamente conosciuta e diffusa (Fig. 21) con queste indicazioni: stati di ansia, disturbi digestivi, spasmi addominali e Colon irritabile, gastrite psicosomatica, fame nervosa, insonnie di origine nervosa, tachicardie e palpitazioni, mal di testa, herpes labiale, infiammazioni delle prime vie aeree, infezioni gastro-intestinali del tratto urinario, difficoltà di concentrazione e scarsa memoria, forfora e caduta dei capelli. Praticamente per tutto.

Ancora oggi è prodotta e distribuita sempre dai Carmelitani Scalzi di Venezia a Cannaregio.



Fig. 21 (Collezione A. Nataloni)

Appendice 1: la guerra chimica

Tra gli oggetti che a volte spuntano dalle baracche inevitabilmente malconci dopo 100 anni di sepoltura ci sono i contenitori delle maschere antigas (Fig. 22 e Fig. 23). Fermo restando che la guerra chimica non ha presentato episodi particolarmente rilevanti fra queste montagne, tuttavia merita quanto meno un accenno se non altro in virtù di quanto trovato. La Grande Guerra è il vero exploit della guerra chimica condotta con gas velenosi su vasta scala (anche se in realtà non si usano solo gas velenosi). Tuttavia, retrospettivamente, possiamo rintracciare nella storia militare una considerevole casistica di impiego di aggressivi chimici (anche se questi erano spesso semplicemente adattati alla guerra e non specificamente studiati per essa). I primi esempi storicamente documentati risalgono alla guerra del Peloponneso (431 a.C.), per passare poi all'assedio di Tiro da parte dell'esercito di Alessandro Magno (332 a.C.) e alle guerre di conquista romane. Allo scopo furono utilizzati prodotti tossici e velenosi come "l'acqua ragia" (essenza di trementina: un liquido che si ottiene per distillazione da una resina di conifere, tossico quando evapora) e il velenosissimo sublimato corrosivo (cloruro mercurioso) ottenuto miscelando il mercurio all'acido cloridrico (il primo acido minerale).



Fig. 22 (Collezione P. Taroni)



Fig. 23 (Fonte web)

Tralasciando la storiografia generale della guerra chimica che si fa tradizionalmente iniziare nel 1915 con l'attacco tedesco a Ypres, mi soffermo un momento sulla descrizione dei sintomi e delle cure applicate dalla metodologia medica dell'epoca.

Sostanzialmente si può dividere la tipologia dei gas in due grandi gruppi:

Incapacitanti (irritanti del sistema respiratorio, ulceranti o urticanti): causano vomito, vertigini, mal di testa, provocano vesciche e ustioni sulla pelle, anche attraverso i vestiti, cecità temporanea, dolori polmonari, ma nessun effetto permanente;

Letali: causano la morte fulminea, bruciando l'apparato respiratorio. Se inalati in piccole dosi, l'agonia è solamente più lenta.

Parlare di contromisure per contrastare gli effetti dei gas letali, almeno durante la Grande Guerra, risulta inevitabilmente un tragico eufemismo. Le maschere antigas (soprattutto quelle italiane) sono rozze, ingombranti (Fig. 21) e in generale soffocanti dopo solo pochi minuti d'uso. La vera contromisura è fuggire velocemente. Queste protezioni saranno però costantemente rivedute, potenziate e appesantite da ulteriori strati di garza, filtri e sostanze antagoniste degli aggressivi sintetici usati dal nemico. E il loro corretto uso salverà comunque molte vite umane nelle file del nostro esercito.

Così recita una direttiva dell'epoca indirizzata ai posti di medicazione che possono essere investiti dai gas: *“Non devono mancare: the, caffè, cognac, latte, ammoniaca, fiale di etere, di stricnina, di morfina, di caffeina, di canfora, maschere polivalenti, iposolfito e carbonato di sodio, siringhe. Appena ricevuto, il malato sdraiato riceverà un'iniezione stimolante e si provocherà il vomito. Occorrendo verrà praticata la respirazione artificiale, massaggio al cuore, applicazioni fredde alla nuca, ecc. Il malato sarà lasciato in riposo, e sgomberato più tardi con gran precauzione, su barella proteggendolo dal freddo. Gli intossicati anche leggeri devono essere tenuti alcune ore in assoluto riposo. Chiunque abbia respirato un gas soffocante (fosgene o palite) deve essere tenuto almeno per 24 ore in riposo e a dieta liquida (latte).”*

Né più, né meno di quanto le prime norme di pronto soccorso descrivano oggi: somministrazione di un cardiotonico, stimolazione del vomito, areazione, riposo e dieta latte.

Conclusioni

La guerra oltre a migliorare drasticamente le proprie armi di distruzione di massa finirà comunque per dare un maggiore vigore alla ricerca medica di cui, in seguito, si giovarono non solo i militari, ma anche tutta la popolazione civile, basata su metodiche rigorosamente scientifiche e suffragate da esami di laboratorio. Avete visto come la struttura organizzativa abbia prodotto un modello tutto sommato efficiente (classificazione del ferito e trattamento). Ma il miglioramento si nota in quasi tutta la scienza medica e chirurgica. Dalla nascita delle specializzazioni al progresso della Neuropsichiatria, dallo sviluppo della chirurgia d'urgenza all'avanzamento della diagnostica, dallo Sviluppo della Biochimica al Perfezionamento dell'Antisepsi, dal Progresso della farmacopea al Miglioramento dell'anestesia, dallo studio della psicologia

alla Standardizzazione delle trasfusioni, dal Perfezionamento della Chirurgia Plastica, Estetica e Neurologica allo Sviluppo della protesica fino al Potenziamento della rieducazione e del recupero dell'invalido.

Prima di concludere permettetemi un'ultima divagazione. Alla fine degli anni '30 Sigmund Freud discutendo con Albert Einstein intorno alla natura umana asseriva che gli uomini vivono in una condizione assai più miserrima di tutte le creature viventi del mondo, vegetali o animali che fossero, a causa della stoltezza e della miopia che troppo spesso guida le loro azioni. Tra gli animali del creato, l'uomo è l'unico ad essere dotato di razionalità ed intelligenza tale da poter autonomamente decidere cosa è bene o cosa è male, cosa è azione morale o cosa non lo è. Tuttavia è anche l'unico animale capace di agire contro ragione e di conseguenza contro sé stesso. La guerra è un atto irragionevole eppure è una frequente condizione umana: un'azione contraria alla ragione.

Diverso tempo prima anche il filosofo illuminista Voltaire aveva detto che il genere umano era l'unica razza che nella barbara pratica della guerra prendeva spontaneamente e collettivamente la decisione di autodistruggersi e concludeva perciò che la guerra era un atto contro ragione. Il suo pensiero influenzò in maniera notevolissima l'immaginario collettivo europeo, abituato sino ad allora a considerare invece la guerra come una consuetudine del panorama politico del Vecchio Continente. Ma Voltaire, come molti pensatori del suo tempo, credeva nella ragione grazie alla quale l'uomo avrebbe dovuto e saputo controllare e reprimere i suoi istinti bestiali. Ovviamente era una mera illusione.

Le guerre sono spesso volute da un esiguo numero di potenti che portano al massacro intere nazioni o popolazioni. Eppure da queste indescrivibili tragedie irragionevoli o irrazionali che siano, l'umanità ha saputo trarre lezioni molto più efficaci di qualsiasi analisi teorica o scientifica: la sanità e la medicina d'urgenza ne sono un esempio.

Nello specifico della Grande Guerra l'Italia ha pagato un salatissimo conto di 650.000 morti, 947.000 feriti non gravi e 643.000 grandi invalidi. Tuttavia il conflitto ha prodotto un salto quantico nel settore sanitario. Tutto ciò è una magra consolazione, eppure l'impulso medico derivante dalla Grande Guerra fu un volano determinante per spingere sia la medicina d'urgenza che quella riabilitativa verso quelle eccellenze che noi oggi conosciamo.

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

Oggi fortunatamente il mondo, almeno quello nostro della cara vecchia Europa, ha saputo conoscere momenti di pace e stabilità, favoriti anche dallo stesso genere umano, il quale senza guerre ha comunque saputo prodigarsi per il progresso scientifico e il miglioramento di vita e società. Speriamo di aver imboccato la strada giusta.

Infine una speranza e un suggerimento al lettore. Quanto esposto rappresenta una fotografia della sanità italiana negli anni della Grande Guerra con un particolare approfondimento alla zona del Parco Naturale di

Paneveggio. Sarebbe molto interessante sviluppare la stessa ricerca vista dall'altra parte. Ovvero da quella austro-ungarica per comprendere similitudini, differenze e semmai identificare luoghi. Ma per farlo occorre quanto meno una competenza linguistica (l'austriaco) che io non ho.

Ringraziamenti

Al Dott. Bruno Zanotti di Trento per l'amichevole supporto e sostegno. Sui libri come sul campo.

Referenze

1. A. Lustig, *La preparazione e difesa sanitaria dell'esercito*, Rava & C. Editori, Milano, 1915
2. G. Boschi, *La guerra e le arti sanitarie*, Mondadori, Milano, 1931;
3. R. Striffler, *1917 Guerra di mine nelle Dolomiti (Marmolada, Colbricon, Buse de Oro)*, Casa Editrice Panorama, Trento, 1992
4. N. Mantoan, *Armi ed equipaggiamento dell'esercito italiano nella Grande Guerra*, Gino Rossato Editore, Vicenza, 1996
5. A. Bettega, *Soldati contro montagne*, Gino Rossato Editore, Vicenza, 1998
6. F. Perer, *Episodi di soccorso sanitario in prima linea sul Colbricon*, Rivista Aquile in Guerra, n° 9, p. 84, 2001
7. A. Nataloni e O. Bonetti, *La sanità la Grande Guerra: equipaggiamento, struttura e metodologie*. Rivista della Società Storica per la Guerra Bianca - Aquile in Guerra, n° 12, pag. 78-82, 2004
8. M. Cerato e S. Simi, *Gli oggetti raccontano la Grande Guerra*, Edizioni Lidodelta, Scurelle (TN), 2006
9. S. Monti Buzzetti, *Scusate la calligrafia (lettere dal fronte)*, Terre di Mezzo Editore, Milano, 2007
10. E. Zagonel e F. Simion, *Storia e ricordi della Prima Guerra Mondiale in Primiero*, Tipoligrafia Beato Bernardino, Feltre (BL), 2008
11. C. Tumiatì, *Zaino di sanità*, Gaspari Editore, Udine, 2009
12. A. Nataloni, B. Zanotti e A. Verlicchi, *Sanità militare: dalla bestialità umana all'umanità*, Periodico d'informazione della SNO Società dei Neurochirurghi e Neurologi Ospedalieri, n° 11, p 17-20, Giugno 2013
13. A. Gottardo e F. Gottardo, *Così ripristinammo la baracca di nonno Carlo*, Alpino Imolese, pag. 8-9, n. 1/2015
14. L. Giroto, *La Sanità negli anni della Grande Guerra*, guida alla mostra itinerante allestita in occasione del ventennale di fondazione dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, Provincia autonoma di Trento, Sovrintendenza per i beni culturali, 2015
15. A. Gottardo, *Sulle orme dei padri*, Alpino Imolese, pag. 5, n. 2/2016