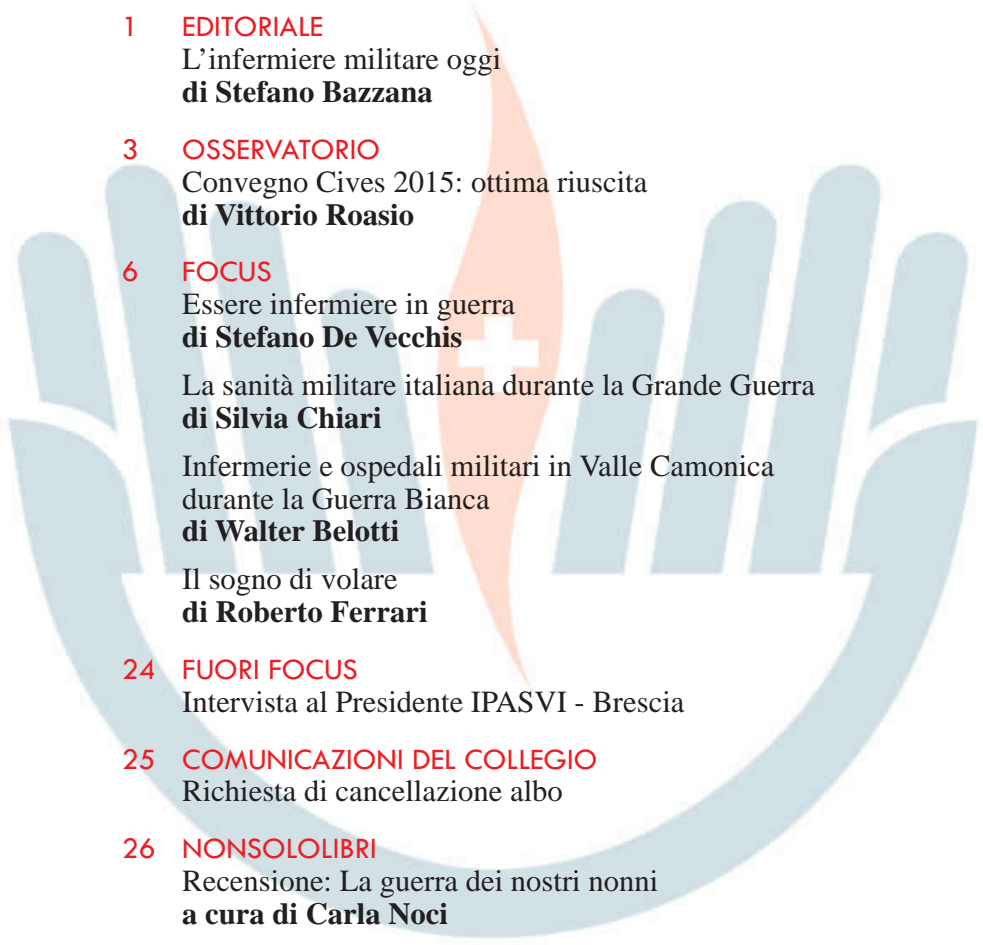


Tempo di Nursing

Infermieri professionali assistenti sanitari vigilatrici d'infanzia

TdN 69, Dicembre 2015

www.ipasvibs.it

- 
- 1 **EDITORIALE**
L'infermiere militare oggi
di Stefano Bazzana

 - 3 **OSSERVATORIO**
Convegno Cives 2015: ottima riuscita
di Vittorio Roasio

 - 6 **FOCUS**
Essere infermiere in guerra
di Stefano De Vecchis
La sanità militare italiana durante la Grande Guerra
di Silvia Chiari
Infermerie e ospedali militari in Valle Camonica durante la Guerra Bianca
di Walter Belotti
Il sogno di volare
di Roberto Ferrari

 - 24 **FUORI FOCUS**
Intervista al Presidente IPASVI - Brescia

 - 25 **COMUNICAZIONI DEL COLLEGIO**
Richiesta di cancellazione albo

 - 26 **NONSOLOLIBRI**
Recensione: La guerra dei nostri nonni
a cura di Carla Noci

 - 28 **SUL PROSSIMO NUMERO**
#noisiamopronti

Sommario

Le immagini pubblicate in questo numero sono tratte dall'archivio fotografico del Collegio.



EDITORIALE

L'Infermiere Militare Oggi
di Stefano Bazzana Pag. 1



OSSERVATORIO

Convegno Cives 2015: ottima riuscita
di Vittorio Roasio Pag. 3



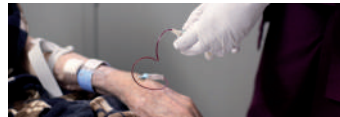
FOCUS

Essere infermiere in guerra
di Stefano De Vecchis Pag. 6

La sanità militare italiana durante
la Grande Guerra
di Silvia Chiari Pag. 11

Infermerie e ospedali militari in Valle Camonica
durante la Guerra Bianca
di Walter Belotti Pag. 18

Il sogno di volare
di Roberto Ferrari Pag. 22



FUORI FOCUS

Intervista al Presidente IPASVI - Brescia Pag. 24



COMUNICAZIONI DEL COLLEGIO

Richiesta di cancellazione albo Pag. 25



NonSoloLibri

Recensione: La guerra dei nostri nonni
a cura di Carla Noci Pag. 26

Tempo di Nursing

SUL PROSSIMO NUMERO

#noisiamopronti Pag. 28





L'infermiere militare oggi

di Stefano Bazzana*



A 100 anni dal primo conflitto mondiale e a 70 anni dalla fine della seconda Guerra Mondiale

In occasione dei due anniversari, abbiamo dedicato il focus di questo numero di Tempo di Nursing ad un ambito della nostra professione sconosciuto a molti di noi e sconosciuto forse anche ai cittadini. Agli infermieri inseriti nel panorama professionale della Difesa e dell'Interno (Pubblica Sicurezza e Soccorso Pubblico), abbiamo offerto l'opportunità di portare alcuni contributi rivedendo passato, presente e proiettando uno sguardo al futuro. Ne sono nate collaborazioni ed incontri ancora

in corso, per cui in considerazione della durata delle celebrazioni fino al 2018, ospiteremo sicuramente altri contributi che, anche per motivi di spazio, non abbiamo potuto inserire in questo numero.

Una fra tutte la risposta delle autorità militari di Ghedi che, autorizzando gli infermieri in servizio all'areobase, auspicano collaborazioni future anche in campo professionale. Della possibilità che gli infermieri militari svolgano anche attività civile (cosiddetto *dual use*) ad esempio nel soccorso ai profughi, si è parlato anche nell'ultimo Consiglio Nazionale. La presidente Mangiacavalli ha inviato al Mini-

stero della Salute la richiesta ufficiale di costituire un tavolo tecnico con i dicasteri Difesa e Interni per risolvere differenze e sperequazioni tra i professionisti dipendenti del Servizio sanitario nazionale e i circa 1500-2000 con le stellette.

Tornando ai due conflitti mondiali, Prima e Seconda Guerra furono due eventi storici che coinvolsero varie professioni. Tra queste l'infermiere ebbe una parte importante sia in ambito civile che militare. Gesta eroiche, salvataggi oltre il limite della sopravvivenza e della sicurezza, approcci assistenziali rivolti a rimettere in "trincea" il numero più alto possibile di uomini prima e soldati poi.

Nel corso del Centenario della Prima Guerra Mondiale e nel 70° anniversario della fine della Seconda Guerra Mondiale, numerosi testi, articoli, siti internet, musei, collezioni private e soprattutto i luoghi ove l'infermiere militare svolse la sua professione, custodiscono un "Patrimonio dell'Umanità" ancora poco conosciuto e ricordato che nell'occasione va riscoperto.

Appunto da riscoprire. Chi è l'infermiere militare? Come si svolge la professione di infermieri nel settore della Difesa sia Militare che in quello della Pubblica Sicurezza?

Negli ultimi anni si è visto un "movimento d'interesse" volto a rivedere l'assetto professionale e organizzativo degli apparati di Difesa e Soccorso Pubblico. Talvolta dimenticando che tali apparati sono "mossi" da uomini e professioni cui la revisione deve essere parallela ad un aggiornamento di profili e competenze professionali. Il 2015 si è aperto con una serie di azioni sul tema.

È notizia di alcuni mesi fa che alcune Regioni (Toscana, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia), hanno intrapreso contatti con il Ministero della Difesa per impiegare il personale sanitario militare all'interno delle strutture del Servizio Sanitario Regionale. È una azione positiva che però deve essere condotta mediante una messa in linea dei percorsi formativi, una strutturazione integrata mediante scambio di conoscenze, metodologie, esperienze, potenzialità che sono la base di ogni integrazione.

Sono state presentate interrogazioni sia al Senato sia alla Camera dei Deputati in merito alla equiparazione in ambito civile, per consentire al personale sanitario infermieristico italiano di poter conseguire le competenze

specialistiche e prescrittive finora conseguite dagli infermieri europei, peraltro riconosciute dall'Italia, in regime di recepimento del diritto di assistenza sanitaria transfrontaliera e di mutuo riconoscimento della prescrizione e somministrazione dei farmaci, oggi fattibile da parte di personale Infermieristico a bordo di unità navali della Marina Militare non dotate di figure mediche.

L'infermiere che opera nella Polizia di Stato è oggetto di revisione per quanto riguarda l'aggiornamento e modifica del D.M. 18/07/1985 sui "profili Professionali dei Ruoli Tecnici della Polizia di Stato". In sostanza l'infermiere della Polizia di Stato non ha un riconoscimento di profilo consono alla evoluzione in ambito del Servizio Sanitario Nazionale. Su questo fronte diverse interrogazioni sono state presentate al Senato e alla Camera dei deputati nel secondo semestre del 2014 e nel primo del 2015.

Nel 2013 il Ministero della Difesa con il Ministro Di Paola, pose l'attenzione a una analisi di strutture e reale fabbisogno del personale sanitario militare. In pratica valutare lo stato dell'arte organizzativo e di impiego. Gli ospedali militari da riconvertire, potenziandone almeno uno che abbia una valenza "Role2" ovvero di struttura avanzata per la gestione del personale ferito in combattimento anche internazionale.

Quindi un fronte a tutt'oggi molto aperto in cui i Collegi e la Federazione Nazionale possono essere parte attiva in una logica di analisi della situazione, delle competenze, delle finalità, della integrazione giuridica e di profilo, della formazione e delle conoscenze. Il tutto ripercorrendo la Storia e favorendo l'evoluzione mediante un approfondimento serio e presbite sulle evidenze internazionali, cercando di applicarle senza un mix di taglia-copia-incolla ad alto rischio di produzione di assetti non finalizzati.

I vantaggi possono essere molteplici se la progettazione e pianificazione da oggi e per gli anni futuri, potrà garantire uno stimolo a intraprendere tale professione anche in questi ambiti, riscoprendoli come portatori di evoluzione e innovazione.

Ora spazio ai contributi dei nostri colleghi. Buona lettura.

* *Presidente del Collegio IP.AS.VI. di Brescia*

Convegno CIVES 2015: ottima riuscita

*CIVES: Coordinamento Infermieri Volontari
per l'Emergenza Sanitaria*

di Vittorio Roasio*



Il 10 Ottobre 2015, in occasione della rassegna fieristica REAS (Centro Fiera del Garda di Montichiari, Brescia) dedicata all'emergenza e alle attrezzature di soccorso, CIVES ha offerto una giornata formativa rivolta a tutti gli Operatori del soccorso (sanitari e tecnici) e studenti universitari di indirizzo sanitario.

Titolo dell'evento: "La gestione delle grandi emergenze - Strutture e metodologie a confronto". L'obiettivo era di fornire ai discenti nozioni utili a comprendere il meccanismo di gestione di una maxiemergenza secondo le norme vigenti, le risorse umane, tecniche e specialistiche attualmente a disposizione sul territorio nazionale, secondo un modello di protezione civile considerato all'avanguardia da osservatori esteri.

Non è stato trascurato un elemento nuovo e ancora da elaborare: la nascita e lo sviluppo del numero unico europeo per l'emergenza 112, anello aggiuntivo nella catena di risposte alle esigenze del cittadino, analizzandone, insieme ad appassionati ricercatori del settore quali gli infermieri Marco Torriani (Brescia), Fabio Mozzarelli (Piacenza), Stefano Agostinis e

Marioluca Bariona (Torino) le attuali criticità sia in regime di attività ordinaria sia simulando scenari complessi quali un incidente maggiore. Particolarmente apprezzata la sessione dedicata al supporto psicologico, aspetto non secondario da trattare e garantire nelle maxiemergenze, rivolto sia alla popolazione vittima di eventi drammatici sia al personale impegnato in operazioni di soccorso prolungate ed estenuanti, dove fisico e mente vengono messi spesso a dura prova. Lo psicologo Alessio Ceccotti (ASL 6 di Livorno, socio CIVES perché in possesso anche di una laurea magistrale in scienze infermieristiche) e la psicoterapeuta Elisa Bongini (Firenze) hanno dato vita ad un'emozionante rappresentazione pratica di attività di consulenza psicologica sul campo, coinvolgendo pubblico e altri relatori.

Ma CIVES, essendo un'associazione di infermieri esperti, non perde mai l'occasione di lanciare proposte di progetti evolutivi e correzioni normative, nonché di mettere in luce difetti operativi pratici di procedure e protocolli spesso spacciati come facilmente applicabili, ma forniti agli operatori solo sotto forma di teoria non associata ad addestramento pratico rigoroso.



Motivo per il quale Francesca Marfella, Infermiera ASL 11 di Empoli e docente universitaria UNI Firenze ha illustrato in una rapida carrellata alcune normative nazionali e regionali che governano il complesso mondo della Protezione Civile sottolineando differenze nelle interpretazioni da parte di enti locali. A seguire Giovanni Senes (Firenze), stimato socio CIVES, infermiere di lunga esperienza oggi docente universitario, già consulente AIMC per la regione Toscana oltre che esperto di Risk Management, ha illustrato il suo progetto di gestione infermieristica dei PASS, con argomentazioni che saranno prossimamente anche oggetto di discussione ad un tavolo tecnico in regione Lombardia promosso dal Nucleo CIVES di Brescia e che vedrà coinvolti Protezione Civile Regionale ed AREU.

Una delle reali criticità, dovute alla scarsa preparazione pratica degli operatori, è quella esaustivamente trattata dal collega Federico Bacci (infermiere dipartimento di medicina d'urgenza ASL 10 Firenze) attento studioso di triage e di percorsi diagnostico-terapeutici; la mancanza di adeguate campagne addestrative in esercitazioni e simulazioni multidisciplinari interforze rappresenta una grave lacuna nella preparazione delle squadre di soccorso.

L'ambiente acquatico e l'ambiente impervio rappresentano in un incidente maggiore o una maxiemergenza una complicanza assai gravosa, sia per maggiori danni a cose e persone sia per le difficoltà aggiuntive a prestare soccorso, avendo bisogno di mezzi e attrezzature speciali e personale con addestramento ed allenamento specifico. Questi sono stati gli argomenti trattati da Gianluca Tomei, soccorritore certificato OPSA della Croce Rossa Italiana e da Alberto Poinelli infermiere esperto di emergenza territoriale, intervenuto in veste di vice delegato della V delegazione bresciana del CNSAS. Entrambi bresciani hanno portato le loro esperienze personali ed hanno fornito indicazioni di massima sulle norme di comportamento da adottare in caso di disastro, raccomandando a tutti di abbandonare ogni forma di improvvisazione.

Come sempre gli incontri promossi da CIVES sono rivolti a tutti gli attori coinvolti in una maxiemergenza o catastrofe perché la finalità





più volte ribadita è quella di creare intesa, di formulare un vocabolario comune, di trovare strategie e promuovere sinergie tra enti, istituzioni, gruppi e associazioni che a vario livello partecipano alle operazioni di soccorso.

Purtroppo anche quest'anno, sottolinea Vittorio Roasio, socio CIVES e moderatore della giornata formativa, i grandi assenti sono stati gli Agenti delle Forze dell'Ordine e i Vigili del Fuoco; a loro si rivolge l'appello di non far mancare la loro presenza in una prossima proposta, in quanto se l'unione fa la forza, l'integrazione di competenze fa davvero quella differenza fondamentale tra improvvisazione isolata e coordinamento efficace intelligente.

L'evento ha comunque riscosso un notevole successo in termini di presenza e consensi, riferisce la Referente del Nucleo CIVES di Brescia Mariagrazia Cavesti, Infermiera ben conosciuta al Dipartimento Nazionale di Protezione Civile per l'indimenticabile proficua capacità di organizzare e gestire le attività di assistenza alla popolazione abruzzese colpita dal sisma del 2009: in quei mesi drammatici la Funzione 2 sanità venne affidata al lei e al suo staff per la comprovata professionalità, che è valsa anche la Medaglia d'Oro al Valor Civile conferita a CIVES dal Capo del Dipartimento di Protezione Civile alla presenza del Capo dello Stato.

Il 10 ottobre in sala erano presenti 160 partecipanti tra Operatori del soccorso (volontari e dipendenti), studenti universitari, tecnici, medici, rappresentanti del D.P.C.. ed ovviamente infermieri ai quali son stati forniti crediti formativi. Un successo che non si deve solo alle affinate capacità organizzative dei soci, ma anche e soprattutto all'insostituibile supporto logisti-

co del Collegio IPASVI di Brescia che nelle figure di Carlamaria Bonometti, azzeccagabugli dell'epoca moderna, custode di risorse ed energie inesauribili e del Presidente Stefano Bazzana, che da sempre incentiva e sostiene con fiducia tutte le iniziative di CIVES, hanno messo a disposizione una efficiente segreteria.

Un ringraziamento speciale va ai curatori della piattaforma digitale www.iscrizioni.it, suite all inclusive attraverso la quale sono state acquisite le registrazioni e il pagamento delle quote dei partecipanti, ma anche la tenuta dei relativi documenti, la stesura e invio degli attestati di presenza, la gestione degli accreditamenti, il controllo degli accessi e delle uscite dalla sede dell'evento. Ha contribuito a snellire notevolmente tutte le pratiche burocratiche, sollevando gli organizzatori da un onere spesso gravoso. La sua funzione continua anche a convegno concluso: ora tutti i partecipanti possono accedere all'area riservata del sito e scaricare gli attestati e gli atti del convegno.

Il Nucleo CIVES di Brescia rivolge inoltre un riconoscimento particolare a REAS, partner fedele che ogni anno sollecita incontri e ne pubblica i convegni e tutti coloro che a vario titolo collaborano e promuovono le attività della associazione ancor oggi in attesa di un protocollo di intesa con Regione Lombardia per l'iscrizione nelle liste di volontariato della protezione civile, offrendo consulenze gratuite ed adoperandosi per il raggiungimento di tale obiettivo. Tra questi, oltre al Presidente del Collegio IPASVI di Brescia Bazzana, Paolo Boldini e Lidia Tomaselli consiglieri.

* *Infermiere Nucleo CIVES, Brescia*



Essere infermiere in guerra

*Il nursing praticato durante
i due conflitti mondiali*

di Stefano De Vecchis*

Il 2015 è l'anno che ricorda due anniversari relativi alle due più grandi tragedie per l'umanità del XX secolo: l'entrata in guerra dell'Italia nel primo conflitto mondiale (iniziato già nel 1914) e la fine della seconda guerra mondiale nel 1945, dopo l'impiego degli ordigni atomici sulle città di Hiroshima e Nagasaki. Ma qual è stato l'impegno degli infermieri in quei teatri di guerra? Oggi, l'infermiere della sanità militare, così come coloro che si recano in zone di guerra per il soccorso ai civili, (aggregati alla Croce Rossa o ad organizzazioni non governative, quali Emergency, Medici Senza Frontiere e altri ancora), sono espressione dell'evoluzione che la professione infermieristica ha avuto in questi ultimi decenni.

Risulta molto difficile, invece, abbozzare dei parallelismi con gli infermieri che operavano durante le due guerre mondiali. Troppe le differenze sulla concezione stessa dell'"essere infer-

miere", in un quadro che, come vedremo, appare legato più ad immagini simbolo piuttosto che ad una certa retorica.

IL RUOLO DELLA CROCE ROSSA

È possibile affermare che l'assistenza ad infermi e feriti abbia raggiunto i suoi risultati più importanti durante le guerre. La prospettiva storica sembra confermare questo punto di vista, e sebbene ferite e malattie siano sempre esistite nella storia dell'umanità, l'impatto numerico derivante dai campi di battaglia ha fatto dell'ambito militare uno dei capisaldi nello sviluppo di sistemi di soccorso, trasporto ed assistenza a feriti ed ammalati.

Ma nello specifico del *Nursing*, la verità dell'asserzione deriva anche dal fatto che l'opinione pubblica sembri riconoscere, rispettare ed apprezzare le infermiere soltanto quando si trovano faccia a faccia con le tragedie della guerra. E, nell'immaginario collettivo, le due guerre mondiali hanno creato un primo binomio indissolu-

bile quando si pensa a feriti ed ammalati: quello dell'infermiera e della Croce Rossa.

Anche questo trova conforto nella cronologia storica degli eventi. Nate più o meno negli stessi anni, la Croce Rossa Italiana e le sue infermiere volontarie sono divenute le principali protagoniste dell'assistenza ai soldati feriti ed ammalati. Pertanto, l'infermiera del tempo di guerra, detta più semplicemente "crocerossina", è rappresentata accanto al paziente con un eterno sorriso, utile a consolare, ed una mano pronta a confortare con una carezza l'eroe ferito nel momento del dolore.

Si finisce inevitabilmente a sorvolare sulla sua competenza professionale, non tanto per sminuirne deliberatamente le capacità, quanto piuttosto per un sostanziale disinteresse su questo aspetto da parte del pubblico.

Ed è questa imprescindibile icona, un'infermiera al capezzale del soldato ferito, che lo storico deve cercare di superare per evitare l'ennesima rappresentazione superficiale seppure gratificante sotto il profilo umano e filantropico. Ciò per quanto riguarda l'infermiera donna ed il suo essere "naturalmente" portata all'assistenza dell'infermo. Il suo collega maschio viene invece rappresentato attraverso altri due ruoli tipici: l'infermiere psichiatrico (ovvero una sorta di "secondino" impiegato dentro i manicomi per contenere la furia del paziente affetto da disturbi psichici) e, per quanto riguarda l'ambito più strettamente bellico, l'addetto al trasporto con o senza autolettighe (con compiti che vanno dalla guida delle ambulanze, al portariferiti o barelliere piuttosto che a un non meglio precisato *portantino*). E da questa riduzione semplicistica, nata e rafforzata proprio nel quadro delle due guerre mondiali, che infermiere ed infermieri in Italia hanno dovuto (e forse devono ancora) continuamente affrancarsi.



ALLA RICERCA DI UNA PROFESSIONE

Perché, nel cercare di tracciare un profilo professionale degli infermieri del tempo di guerra ciò che emerge prepotentemente da tutti i documenti e le pubblicazioni sono l'abnegazione e lo spirito di sacrificio della donna (e va sottolineato quanto ciò sia apprezzabile sotto l'aspetto umano) e l'impiego degli uomini per compiti ausiliari, il recupero ed il trasporto dei feriti, in cui l'elemento più importante è la forza fisica.

Oppure, tralasciando il concetto più moderno di *profilo professionale* per la ricerca di un più modesto *mansionario*, si evince che questo era in buona sostanza deciso dal medico, cui spettava il compito di cura del paziente e di prescrizione delle pratiche assistenziali da adottare ed eventualmente delegare alle solerti infermiere che lo seguivano in corsia.

Va inoltre sottolineato come, tra la fine dell'800 ed il secondo dopoguerra la percezione del "*Nursing*" fosse intesa più come arte che come scienza. Anche la nascita di diverse scuole per infermieri, sia pur di tradizione autorevole, non riuscirà ad eludere mai del tutto questo concetto. E proprio la mancanza di una formazione scientifica dell'assistenza infermieristica sarà, ancora per qualche decennio dopo la fine della seconda guerra mondiale, uno dei principali freni all'evoluzione di questa professione nel nostro paese.

La definizione di arte infermieristica, così come l'idea della vocazione laica della professione, hanno origine dallo sviluppo anglosassone del *Nursing* stesso, come superamento della condizione miserebonda delle "infermiere" del primo ottocento (alcolizzate, prostitute e così via) e quale evoluzione della tradizione di stampo religioso legata alle suore in Francia, Germania e Russia (ovvero alle grandi nazioni europee di



due secoli orsono). L'Italia era certamente in forte ritardo rispetto a questa evoluzione. Nel Regno Unito e nei paesi anglosassoni il binomio "infermiera-soldato" era già stato abbondantemente utilizzato durante la guerra di Crimea. In questo teatro molto arretrato in fatto di cure (siamo ancora nel 1854), operò Florence Nightingale quale sovrintendente degli ospedali inglesi, con risultati già soddisfacenti sul campo ma certamente fondamentali per lo sviluppo della professione infermieristica negli anni a seguire. Uno sviluppo che, accanto ad arte e vocazione, mise subito al centro la professionalità e la necessaria formazione.

L'equivoco che vede la Nightingale quale "infermiera volontaria" (non lo fu lei e nemmeno le 39 infermiere che costituirono il suo organico al famigerato ospedale di Scutari) propagandato da tanta letteratura ancora ai giorni nostri, rimane uno dei falsi storici più eclatanti nella storia del *Nursing*. Le condizioni delle infermiere inglesi, statunitensi o australiane durante i due conflitti mondiali erano quindi profondamente diverse da quelle delle loro colleghe italiane.

Un altro punto che appare necessario evidenziare è rappresentato dall'ennesimo binomio indissolubile: quello tra suora ed infermiera. Come accennato, la cura e l'assistenza agli ammalati negli ospedali era sostanzialmente realizzata con l'impiego di personale religioso, sullo stampo tedesco della "*krankenschwester*". Se la nascita del Corpo delle Infermiere Volontarie della Croce Rossa contribuì alla laicizzazione della professione infermieristica, e anche vero

che il termine "suora" piuttosto che "sorella", continuerà ad essere utilizzato per indicare le infermiere ancora per qualche decennio. E ciò anche per contribuire a nobilitare la professione.

INFERMIERE NELLA "GRANDE GUERRA"

Ma, nel nostro paese, la nobiltà della professione infermieristica sembrava comunque risiedere proprio nella sua gratuità. Diventare infermiera era quindi una scelta mai legata al lucro, di fatto inesistente, e nemmeno dal prestigio sociale, ignorato se non quando preesistente. Infatti, furono decine le giovani donne di famiglia agiata, nobile e/o imparentate con ufficiali dell'esercito, che si arruolarono volontarie dopo l'entrata in guerra dell'Italia il 24 maggio del 1915: una scelta determinata da diversi fattori, anche umanamente apprezzabili, ma che nulla aveva a che fare con l'intraprendere una professione. E va sottolineato come, pur essendo inquadrare quali ufficiali dell'esercito, queste donne non erano remunerata e quindi, per l'appunto, volontarie a tutti gli effetti. La Croce Rossa Italiana, quale corpo ausiliario dell'esercito, ebbe anche una funzione di filtro nella selezione delle donne da arruolare, rafforzando ancor di più l'automatismo "infermiera = crocerossina". L'aspirazione a partecipare al conflitto aveva alla base motivazioni molto diverse: la curiosità per un evento straordinario considerato il luogo per eccellenza dell'agire maschile; il bisogno di mettersi alla prova o di vivere un'avventura per rompere la monotonia di un'esistenza vuota e noiosa; la necessità di manifestare il proprio sostegno a quella che veniva considerata una guerra giusta; un impulso umanitario o un sentimento di pietà cristiana teso a lenire le sofferenze altrui; a volte l'apprensione di una madre, di una moglie, di una sorella che avrebbe voluto essere vicina alle persone amate. Arruolarsi come infermiera era un buon modo per avvicinarsi alle trincee e non è un caso che i comandi militari si trovavano a rispedire a casa varie signore le quali, con un diploma conseguito velocemente, rilasciato da comitati improvvisati e senza appartenere ad associazione alcuna, intendevano mettere a disposizione la propria opera. Pertanto, al fine di evitare l'arrivo disordinato di volontarie sconosciute, forse addirittura spie, come qualcuno paventava, l'afflusso in zona d'operazioni venne regolato tramite la Croce Rossa.



LE GIORNATE DELLE INFERMIERE

Il volume *“Donne al fronte”* ci aiuta a comprendere la giornata tipo di lavoro negli ospedali militari. Lavoro più o meno intenso perché subordinato alle operazioni belliche in corso, alla presenza di epidemie e dell’arrivo di centinaia di feriti trasportati sui treni ospedale.

Le ammissioni, quindi, potevano essere individuali, ma avvenivano prevalentemente in blocco. In presenza di un medico di guardia, che espletava le pratiche di ingresso, si provvedeva alla pulizia dei feriti, al cambio della biancheria e alla visita medica. Le volontarie seguivano tali operazioni e, se il numero dei degenti si rivelava consistente potevano occuparsi, insieme ai militi, dell’igiene dei nuovi arrivati e allo smistamento nei vari reparti.

I servizi legati alle giornate in ospedale erano regolati da orari e turnazioni che variavano a seconda del luogo e della disponibilità del personale di assistenza. In alcuni nosocomi, soprattutto durante i primi mesi di guerra, vi fu sovrabbondanza di infermiere, una presenza che diminuiva sensibilmente durante l’estate e che visse momenti di crisi in seguito al protrarsi del conflitto al di là di ogni ragionevole aspettativa.

L’ambizione era di lavorare nelle sale operatorie e nelle corsie di chirurgia: attività più impegnative ma anche di maggior soddisfazione, stando ai diari dell’epoca. Meno ambiti erano i turni di notte. Molte si ritirarono pochi giorni dopo aver preso servizio, altre dovettero faticare non poco per essere accettate. La dichiarata

ostilità di alcuni ufficiali medici e i diffusi pregiudizi agirono, soprattutto agli inizi, come deterrente al pieno utilizzo del Corpo Volontario. Per non parlare del poco rispetto che, talvolta, usarono loro gli inservienti o gli addetti militari tenuti ad eseguire gli ordini delle “dame della Croce Rossa” che, come detto, erano equiparate ai gradi degli ufficiali. Responsabili degli strumenti chirurgici e degli armadietti con farmaci e bende, distribuivano la colazione e la terapia prescritta, accompagnavano il primario nella visita medica giornaliera, medicavano laddove necessario. Infine, al momento dei pasti, aiutavano chi non era in grado di provvedere a se stesso. Per le volontarie, l’assistenza e la cura erano strettamente connesse al “sostegno morale” dei ricoverati, importante per tenerne alto il morale. Da ricordare anche l’impiego e l’impegno delle infermiere a bordo dei treni ospedale che provvedevano allo spostamento di centinaia di feriti ed ammalati verso gli ospedali delle retrovie.

UNA TESTIMONIANZA

Nel libro *“Le crocerossine nella Grande Guerra”* si trovano diverse testimonianze tratte dai diari delle infermiere volontarie impegnate al fronte. Nei posti di medicazione o negli ospedali a ridosso della prima linea, sono centinaia i feriti che arrivano dopo un attacco nemico o un assalto verso la trincea opposta. Significativo quanto riportato dall’infermiera Sita CamperioMejer in data 24 maggio 1917, dopo tre anni esatti di guerra: *“Arrivo di molti feriti sporchi e laceri... Terra rossiccia e attaccaticcia del Carso... Calze attaccate come da una colla... estremità gonfie e piagate... felici, quando finalmente si sentono puliti e non sono più divorati dai pidocchi. Uno sfracellato muore dopo poche ore gridando aiuto. Ha tutte le ossa rotte... gli faccio tre iniezioni di morfina... il cappellano arriva un istante prima della morte e fa in tempo a dargli l’assoluzione... fin d’ora fu la morte più atroce alla quale dovetti assistere.. ma non si può ascoltare se stessi, e morto uno si deve subito soccorrere un altro.”* Com’è ancora lontano il tempo dei debriefing e dei disturbi da stress post traumatico !

Alla fine della guerra l’obiettivo fu quello di strutturare ed implementare la formazione delle infermiere anche con l’intento di accrescerne la

laicità e di farne strumento di emancipazione femminile. Ben presto però, l'Italia entrò nel periodo fascista e la Croce Rossa Italiana, la principale "fucina" di nuove infermiere, subì non pochi cambiamenti strutturali e venne presto coinvolta nella campagna d'Africa degli anni '30 fino ad arrivare all'entrata nella seconda guerra mondiale il 10 giugno 1940.

La bibliografia dedicata alle infermiere durante il secondo conflitto mondiale richiama all'impiego nella campagna di Russia, nel teatro di guerra libico, sulle navi ospedale e ancora sui treni che riportavano nelle retrovie centinaia di feriti ed ammalati.

Se la medicina poteva dire di aver fatto qualche passo avanti, ben pochi di questi riguardavano la professione infermieristica. Volontarietà, abnegazione e spirito di sacrificio erano ancora le qualità più apprezzate in una brava infermiera. Relativamente alle competenze professionali, mi sembra interessante riportare testualmente quanto scritto nella prefazione del volume "L'arte dell'infermiere" pubblicato nel 1947 ed opera del Prof. Giulio Segre, grazie alle quali si può comprendere quale fosse la considerazione di cui godevano gli infermieri ancora nel secondo dopoguerra; scrive il chirurgo piemontese: "con questo libro io non intendo fare un medico di ogni infermiere, ma desidero aiutare l'infermiere nella sua cultura professionale, in modo da renderlo edotto delle sue responsabilità e dei suoi doveri, guidandolo in modo scientifico nella sua opera, che troppo sovente viene esercitata in modo del tutto empirico". E prosegue, alcune pagine dopo, nell'introduzione: "Ma da un'attenta e vigile collaborazione tutti ritraggono sommo vantaggio: il medico, a cui l'infermiere intelligente e premuroso può fornire dati preziosi per la diagnosi, per la cura...(omissioni)... L'infermiere stesso, per la soddisfazione che nasce dalla coscienza della propria importanza e dignità e, sopra tutti e tutto, l'ammalato, che merita sempre tutti i riguardi, tutti gli sforzi umanamente possibili per conservarlo alla vita e ridonargli il bene supremo, quello che maggiormente apprezziamo quando viene a mancare: la salute."

Il medico torinese prosegue poi, qualche capitolo più avanti: "i medicinali nelle forme prescritte debbono essere somministrati alle ore fissate. L'infermiere li porge al paziente assicurandosi che la sostanza da inghiottire o

deglutire sia quella corrispondente all'etichetta scritta dal farmacista; questo controllo deve essere eseguito con pedanteria tutte le volte perché non si deve assolutamente incorrere in errori imperdonabili".

CONCLUSIONI

L'importante lavoro svolto dalle crocerossine durante le due guerre mondiali appartiene giustamente alle pagine di maggior vanto ed orgoglio per il Corpo delle Infermiere Volontarie della Croce Rossa che, ancora ai giorni nostri, svolgono con impegno quanto sono chiamate a fare nei teatri di guerra.

Tuttavia, la professione infermieristica in Italia è stata fortemente condizionata dall'idea, formatasi nell'immaginario collettivo, che si trattasse di un lavoro legato essenzialmente all'abnegazione, allo spirito di sacrificio, alla volontarietà, alla subalternità rispetto al medico.

Quanto queste idee siano ancora radicate nella nostra società (e forse anche nel nostro sentire di infermieri), è lo spunto di riflessione che voglio lasciare ai lettori.

* *Infermiere Dipartimento Emergenza A.A.S. n. 3 Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli - Ospedale di Tolmezzo*
Presidente Ambulance Room Associazione per la Cultura dell'Emergenza.

Bibliografia

M.P.Donahue "Nursing - storia illustrata dell'assistenza infermieristica". Antonio Delfino Editore. 1991

S. Bartoloni. "Donne al fronte - Le Infermiere Volontarie nella Grande Guerra". Società Editoriale Jouvence. 1998

D. Nardacchione. "La Storia della Croce Rossa Italiana" - Fascicoli allegati a La Protezione Civile

P. Scandaletti, G. Variola. "Le Crocerossine nella Grande Guerra - Aristocratiche e borghesi nei diari e negli ospedali militari - Una via all'emancipazione femminile". Gaspari editore. Prima ristampa 2012

M. Mariani. "La Croce Rossa Italiana - L'epopea di una grande istituzione". Ed. Mondadori. 2006

Bettiol, Brunetta, Ceschin et Al. "Malattie e medicina durante la Grande Guerra 1915-1919". Gaspari Editore 2009

G. Segre. "L'arte dell'infermiere". II edizione. Società Editrice Internazionale. 1949

La sanità militare italiana durante la Grande Guerra

Il 24 Maggio 1915 l'Italia entrava in guerra contro l'Austria - Ungheria ed iniziò la tragica esperienza della Grande Guerra

di Silvia Chiari*

**“...oh primavera della Patria
oh giorni, ultimi giorni del
fiorento maggio...”**

Carducci

Introduzione

La guerra in trincea fu terribile e in alta montagna andò anche peggio. Si trattò di una spaventosa lotta contro il nemico, la natura, i topi, 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 feriti, il personale medico a causa dell'enorme quantità di prestazioni e di tipologie di feriti, andò subito in affanno, le attrezzature si dimostrarono scarse e il materiale insufficiente.

Queste deficienze non dipendevano da disorganizzazione e superficialità, ma dall'esperienza di sanità militare italiana che si limitava alle guerre risorgimentali che causarono in tutto, lo stesso numero di morti e feriti della sola prima battaglia dell'Isonzo.

Il sistema medico sanitario italiano in 41 mesi di guerra dovette gestire il trasporto, la cura e il ricovero di oltre due milioni e mezzo di feriti ed ammalati, il tutto sotto il Comando del Generale Dalla Valle e gestito dai soldati del Corpo della Sanità Militare e dall'apparato della Croce Rossa Italiana (personale medico e “Dame della Croce Rossa”, cioè crocerossine

volontarie), coadiuvato dal personale infermieristico volontario facente parte dei vari comitati assistenziali (Cavalieri di Malta, Ordine dei S.S. Maurizio e Lazzaro e dai Gesuiti). Importante fu l'aiuto offerto dagli alleati, nel 1918 operavano sul fronte italiano centinaia di militari Sanitari Britannici e Statunitensi con compiti di ambulanzeri, barellieri ed infermieri.

L'organizzazione

Con l'entrata in guerra la Croce Rossa Italiana militarizzò immediatamente il suo personale (9.500 infermieri, 1.200 medici e 209 apparati logistici quali ospedali territoriali, attendamenti, ambulanze e treni ospedali).

Nel 1916 i medici militari erano 8.000 in Zona di Guerra e 6.000 operavano nelle retrovie, nel 1918 diventarono complessivamente 18.000.

L'unità operativa di base della Sanità Militare al fronte era la Sezione di Sanità diretta da un Capitano Medico Chirurgo ed operante a livello di reggimento di fanteria che a sua volta si divideva in due Reparti di Sanità aggregati ognuno al Comando di Battaglione e comandati da un Tenente Medico Chirurgo.

Il Reparto di Sanità era composto da:

- Un Tenente Comandante
- Uno/due Aspiranti Ufficiali Medici Subalterni
- Un Cappellano Militare
- Circa trenta tra Militari Infermieri, portafertiti e barrellieri divisi in squadre da dieci elementi dirette da Sergenti o Caporali Aiutanti di Sanità.

Le compagnie di Alpini, Mitraglieri e Bersaglieri ciclisti avevano Sezioni Sanitarie autonome per meglio adeguarsi alla mobilità del reparto o per operare in territori impervi.

Furono creati anche Reparti di Sanità Sommezzati, dotati di muli o cavalli per lo sgombero dei feriti dalle prime linee.

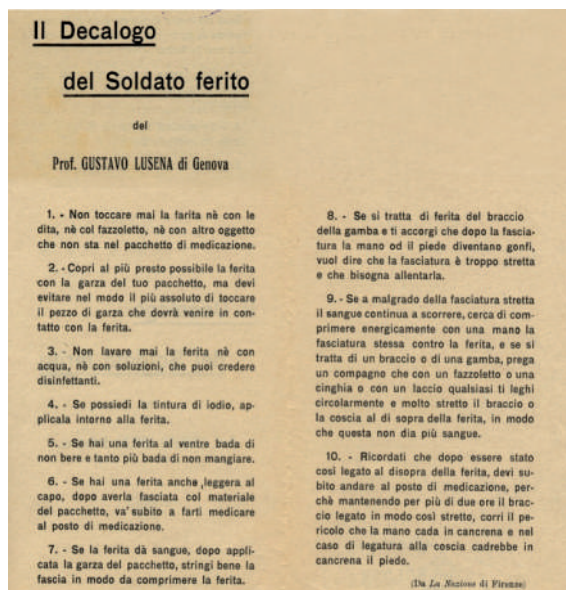


La dotazione

Il Soldato Italiano nel 1915 entrava in guerra con una dotazione sanitaria semplicissima, che comprendeva:

- Un pacchetto di medicazione per il primo soccorso (garze ed una fialetta di tintura di iodio)
- Maschera ed occhiali protettivi antigas.

Venne distribuito anche un utile Decalogo del Soldato redatto dal Prof. Gustavo Lusena di Genova che diceva:



- 1 Non toccare mai la ferita nè con le dita, nè col fazzoletto, nè con altro oggetto che non sia contenuto nel pacchetto di medicazione.
- 2 Copri al più presto la ferita con la garza del tuo pacchetto, ma dovrai evitare nel modo più assoluto di toccare il pezzo di garza che dovrà venire in contatto con la ferita.
- 3 Non lavare mai la ferita nè con acqua, nè con soluzioni che puoi credere disinfettanti.
- 4 Se possiedi la tintura di iodio, applicala attorno alla ferita.
- 5 Se hai una ferita al ventre bada di non bere e tanto più bada di non mangiare.
- 6 Se hai una ferita, anche leggera, al capo, dopo averla fasciata col materiale del pacchetto, va subito a farti medicare al posto di medicazione.
- 7 Se la ferita da sangue, dopo aver applicato la garza del pacchetto, stringi bene la fascia in modo di comprimere la ferita.
- 8 Se si tratta di ferita del braccio o della gamba e ti accorgi che dopo la fasciatura la mano o il piede diventano gonfi, vuol dire che la fasciatura è troppo stretta e che bisogna allentarla.
- 9 Se malgrado la fasciatura stretta il sangue continua a scorrere, cerca di comprimere energicamente con la mano la fasciatura stessa contro la ferita, e se si tratta di un braccio o di una gamba, prega un compagno che con un fazzoletto o una cinghia o con un laccio qualsiasi ti leghi circolarmente e molto stretto il braccio o la coscia al di sopra della ferita, in modo che questa non dia più sangue.
- 10 Ricordati che dopo essere stato così legato al di sopra della ferita, devi subito andare al posto di medicazione, perchè mantenendo il braccio legato per più di due ore in modo così stretto corri il pericolo che la mano cada in cancrena e nel caso di legatura alla coscia cadrebbe in cancrena il piede.

Peccato però che la maggioranza dei nostri soldati fosse analfabeta e fosse quindi impossibile per loro leggere queste indicazioni.

La dotazione di materiale medico avveniva a livello di Battaglione per la Fanteria e di Compagnia per gli Alpini, Mitraglieri e Bersaglieri ciclisti.

Di norma ognuna di queste unità aveva in dotazione 4 barelle e Borse di Sanità contenenti garze, bende, lacci emostatici, filo per la sutura, siringhe, disinfettanti (iodio, alcool e acqua), etere e cloroformio come anestetizzanti, antiparassitari (antitifina e naftalina) e fiale di morfina. È importante ricordare che a quel tempo non esistevano antibiotici e la trasfusione di sangue non veniva ancora impiegata.

L'evacuazione e trattamento del militare ferito

Il recupero del ferito (che il più delle volte era una vera e propria impresa) tra granate, raffiche di mitragliatrici, fucilate dei cecchini e corpi di soldati ormai morti ed abbandonati era suddiviso in quattro tappe:

1^A TAPPA Vicino alle trincee vi erano i Posti di Medicazione o di Soccorso, infermerie campali sistemate in punti defilati o il più possibile al riparo dal fuoco nemico.

In genere i Posti di Medicazione erano uno per Battaglione, lì si prestavano le prime cure ai bisognosi, veniva sommariamente fasciato e medicato chi non era riuscito a farlo da solo, arrestate le emorragie e fasciati arti rotti o maciullati.

Qui avveniva la prima classificazione dei feriti secondo un Codice Colore (come accade negli attuali Pronto Soccorso):

- BIANCO, ferito leggero
- VERDE, ferito grave ma trasportabile
- ROSSO, ferito grave non trasportabile (quindi lasciar morire)

I medici erano dotati di una attrezzatura minima composta da garze, alcuni strumenti chirurgici, grappa e cognac come anestetico e quando c'era morfina per alleviare il dolore nei feriti più disperati.



2^A TAPPA Dal posto di Medicazione di Primo Soccorso il ferito veniva trasportato a braccio, in barella, a dorso di mulo o addirittura in teleferica all'Ospedale da Campo. Qui il personale Medico della Sezione di Sanità operava i feriti più gravi, medicava sommariamente o disinfettava quelli meno urgenti, "rispediva" in linea quelli considerati abili, somministrava adrenalina ai dissanguati e morfina come sedativo ai più sofferenti, oppure lasciava agonizzare quel-

li per cui ogni intervento sarebbe stato inutile (all'Ospedale da Campo era sempre annesso un piccolo cimitero "qualora fosse andata male"). I feriti presso le Stazioni di Sanità dislocate negli Ospedali da Campo si dividevano in:

- Gravissimi trasportabili (feriti al cranio, addome, colonna, quelli già sommariamente operati e destinati alle Ambulanze Chirurgiche per altri interventi d'urgenza)
- Gravi trasportabili, candidati ad urgente ed immediato intervento chirurgico (feriti che necessitavano di altri interventi, smistati in altri ospedali arretrati o passati ad ambulanze chirurgiche o radiologiche)
- Gravi trasportabili a distanza breve (destinati agli ospedali da campo più vicini, trasportati tramite carri o ambulanze per barelle)
- Trasportabili a lunga distanza (feriti in condizioni stabili ma non in grado di camminare, caricati su autocarri diretti in retrovia)
- Leggeri (feriti che possono deambulare autonomamente).

Per immaginare e descrivere le Sale Operatorie bisogna considerare la precarietà delle situazioni e della disinfezione pre e post operatoria (i usavano generalmente batuffoli di garza impregnati di tintura di iodio e soluzioni di acqua ed alcool puro) ed il tipo di anestesia rischiosa che si praticava (anestesi locali con Stovaina e Novocaina, alle anestesi eseguite in narcosi con etere e con cloroformio).

Durante il periodo della Grande Guerra la pratica dell'anestesia fece comunque dei grandissimi passi in avanti, basti pensare che in quegli anni si iniziò ad utilizzare la pratica dell'anestesia spinale in situazioni che non garantivano la sicurezza al paziente come invece accade oggi.

3^A TAPPA Il passaggio successivo prevedeva l'invio dei feriti con autocarri, ambulanze o addirittura barche, agli Ospedali da Campo Divisionali o d'Armata preposti ad accogliere i feriti gravi o quelli che avevano meno di trenta giorni di convalescenza.

Erano strutture dotate di vere e proprie Sale Operatorie e di autoclavi, era quindi possibile curare i feriti.

Tutto il territorio della retrovia fu riempito da questi grandi ospedali che erano collocati in prossimità di grandi strade, di ferrovie, dentro le scuole, all'interno di ospedali civili (diventa-

ti militari per l'occasione) o in grandi ville padronali (i Savoia misero a disposizione il Palazzo Reale di Moncalieri dove sorse l'Ospedale Militare per Mutilati ed una stanza del palazzo del Celio di Roma, riservata però solo a feriti eccellenti).



4^ TAPPA I feriti gravi ma con possibilità di sopravvivenza venivano destinati agli Ospedali Militari di Tappa o di Riserva per la convalescenza. Il trasporto di questi feriti avveniva con autocarri o nella maggioranza dei casi con treni ospedali. Qui malati, feriti e convalescenti venivano smistati ai Settori Sanitari di Tappa e più avanti, nell'interno del paese, ai Settori Sanitari Territoriali da cui iniziava l'attuale flusso di rientro dei convalescenti ai Reparti.



A guarigione avvenuta, i soldati, si recavano ai propri distretti militari per una visita di idoneità che stabiliva se il convalescente era nuovamente in grado di combattere. In caso di perere positivo il soldato ritornava in zona di guerra ma non necessariamente allo stesso Reggimento presso il quale aveva prestato servizio, questo perchè il suo posto era già stato occupato da altri.

Tale organizzazione rimase sostanzialmente invariata durante tutto il corso della guerra, a parte alcune eccezioni causate dalle offensive Austriache del Maggio 1916 (Stafexpedition) e del Novembre 1917 (Caporetto), che provocarono un brusco arretramento del fronte con abbandono di numerose installazioni sanitarie a ridosso delle prime linee con una conseguente revisione delle tappe di soccorso ai feriti.

L'evoluzione in itinere bellico

Durante gli anni della guerra l'organizzazione rimase invariata, ma variò l'evoluzione quotidiana dei servizi. Si partì nel Maggio 1915 con:

- 70 Ospedali da Campo e Mobili
- 40 ambulanze
- 24.000 posti letto al fronte
- 100.000 posti letto nelle retrovie e nelle varie parti del paese

Si arrivò nel Novembre del 1918 con:

- 200 Ospedali da Campo e Mobili (fra cui anche Centri Neuropsichiatrici, Centri di Ri-educuzione e Sanitari Tubercolari)
- un gran numero di ambulanze, treni ospedali e navi ospedali dislocate su tutto il territorio italiano (le navi si trovavano per lo più in Adriatico)
- 200.000 posti letto nelle retrovie e nelle varie parti del paese

I mezzi e le unità mobili

Per poter decongestionare il più possibile le strutture ospedaliere in zona di guerra i feriti venivano anche ricoverati in navi trasformate in ospedali o in uno dei 59 treni ospedale presenti sul territorio, si trattava di convogli da 360 posti letto che raggiungevano le stazioni avanzate del fronte per caricare i pazienti e ripartire verso l'interno del paese per fermarsi nei binari morti delle grandi stazioni come Mestre, Torino, Padova e Verona.

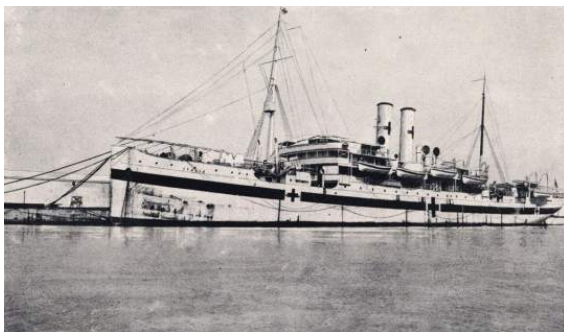
Fu anche rimessa in funzione la Via Fluviale della "Litoranea Veneta", si trattava di un ca-



nale navigabile parallelo alla costa che collegava Grado a Mestre. Grazie a questa via, migliaia di feriti del Carso furono sgomberati attraverso chiatte rimorchiate da battelli che partivano da Grado e dopo una notte di navigazione raggiungevano Mestre.

Importante fu il ruolo delle ambulanze, si trattava di semplici autocarri i cui cassoni furono attrezzati con letti e casse contenenti materiale medico o pertiche per il posizionamento delle barelle.

Nel 1918 erano 954, divise in ambulanze chirurgiche (che andavano a recuperare i feriti gravi nelle prime linee e li trasportavano verso l'interno), radiologiche e di trasporto barelle.



La nave ospedale Italia 1915-1919

Le patologie e la cura

A differenza delle precedenti guerre, le ferite da arma da taglio furono pochissime, mentre quelle da arma da fuoco e da scheggia divennero predominanti ed in poco tempo la medicina dovette adeguarsi.

TIFO PETECCHIALE Caratterizzato da piccole lesioni emorragiche diffuse in tutto il corpo.

FEBBRE DA TRINCEA Consisteva in una forma molto grave di influenza con febbre alta periodica e nevralgie acute che portavano alla paralisi del soldato. La causa scatenante stava negli escrementi dei pidocchi.

TRAUMI E FERITE CRANICHE Oltre ai traumi dovuti a rocce e pietre che sollevate dalle esplosioni colpivano con forza il cranio causando compressioni, fratture ed emorragie, i medici si trovarono davanti a ferite causate da proiettili di fucili, da scheggia o da pallottole. Le ferite che si potevano riscontrare interessavano l'intera struttura cranica. Si trattava di fori d'entrata o addirittura di 2 fori, uno di entrata ed uno di uscita.

Da dati raccolti si evince che il 50% dei feriti cranici gravi venne considerato guarito, dopo i trattamenti sul campo, ed inviato alla convalescenza.

Dati i mezzi chirurgici del tempo e contrariamente a quanto ci si poteva da un'epoca pionieristica, il risultato ottenuto è da considerarsi 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 Erano le operazioni considerate più semplici e la mortalità era soltanto del 20%. Gli interventi consistevano normalmente nell'estazione di schegge, palette o proiettili e nell'applicazione dell'apparecchio di Potain, un tubo di drenaggio per il sangue accumulatosi nel cavo pleurico e che andava ad impedire la respirazione del polmone colpito. Purtroppo però tutte le ferite penetranti del torace complicavano quasi sempre in pleuriti, spesso purulente, che pur regredendo, predisponendo alla tubercolosi (causa di morte postuma di cui è stato difficile fare delle statistiche perchè tanti decessi si sono verificati dopo tempo dal termine del conflitto mondiale).

LESIONI ADDOMINALI Per quanto riguarda le lesioni addominali il discorso è più delicato perchè vi erano pochi chirurghi in grado di eseguire interventi sull'addome.

Molto spesso i feriti venivano considerati ormai perduti a causa dello shock tossico che seguiva alla perforazione del viscere. La mortalità in queste situazioni sfiorava il 100% perchè una delle complicanze più gravi era il dissanguamento dovuto alla lesione di grossi vasi venosi ed arteriosi.

Solo alla fine del 1916 si ricorse con successo alla trasfusione di sangue in prima linea.

PIEDE DA TRINCEA Era un insieme di lesioni dovute al congelamento che, se non curate in tempo, determinavano la perdita del piede o dell'intero arto e nei casi estremi anche la morte.

| | |
|------------------------|---|
| FERITE AGLI ARTI | Erano in genere ben trattate con la rimozione di schegge e proiettili e con l'eventuale disarticolazione degli arti maciullati, mentre le amputazioni non erano ancora così numerose come si potrebbe pensare, infine le fratture vennero erano trattate con apparecchi gessati, nè più nè meno come avviene oggi. Erano considerati interventi di routine la legatura dei vasi e dei tendini. Le cause di morte erano quasi sempre infettive e dovute al batterio Gangrena Gassosa che infettava le ferite e contro il quale si poteva solo usare acqua ossigenata ed eseguire una cauterizzazione della lesione. Altre morti poi furono causate dal tetano e dal dissanguamento per rottura di arterie. |
| MALATTIE VENEREE | La solitudine dei soldati e il bisogno di dimenticare gli orrori della guerra aumentò il numero di rapporti occasionali durante i momenti di riposo nelle immediate retrovie. Rapporti che nascevano spontaneamente con le ragazze del luogo e "aiutati" nei "casini di guerra". Le scarse condizioni igieniche causarono un dilagare di malattie veneree di cui la più diffusa fu la sifilide. All'epoca la terapia si basava sulla somministrazione di tre rimedi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Mercurio 2. Ioduro 3. Arsenico Il più utilizzato era comunque il mercurio di cui già si conosceva l'utilità terapeutica visto che era stato impiegato alla fine del medioevo quando in Europa imperversò una grande epidemia. La somministrazione avveniva per via endo-cutanea, intramuscolare o endovenosa. |
| SHOCK DA BOMBARDAMENTO | Si tratta di gravissimi disturbi psicofisici, quali, obnubilamento del sensorio, perdita della congiunzione spazio-temporale e apatia. Succedeva anche che il soldato diventasse tardo nell'eseguire un ordine o addirittura sordo ad ogni sollecitazione. |
| AUTOLESIONISMO | Le precarie condizioni di vita del soldato, oltre alla nevrosi, potevano sfociare nell'autolesionismo. L'autolesionismo consisteva nel tagliarsi un dito della mano o nel ferirsi ad un piede, alcuni si iniettavano sotto la pelle dei piedi olio di vaselina, petrolio o essenza di trementina procurandosi in questo modo tremende piaghe, finendo così per camminare zoppi per tutta la vita. Alcuni soldati si procuravano anche causticazioni con acidi e congiuntiviti autoprodotte con vari mezzi irritativi. |

NEVROSI DI GUERRA Strettamente correlata allo shock da bombardamento, fa la sua comparsa l'inquietante figura del soldato folle, impazzito e smemorato. La nevrosi di guerra è a tutti gli effetti una nuova patologia, una malattia mentale che portava alla pazzia attraverso il delirio di persecuzione, l'amnesia, l'incapacità di sopprimere i ricordi, la perdita, anche solo temporanea della parola e dell'udito e delle percezioni del mondo esterno. Inizialmente per evitare l'esistenza di una diretta correlazione tra guerra e follia i rapporti medici addussero l'insorgenza della pazzia alla teoria dell'ereditarietà, in realtà, venne ammesso, poi in seguito, dagli stessi medici, questa guerra totale, meccanizzata e indipendente dalla volontà dei singoli, non lasciava nessuna via di fuga se non quella interiore, che in alcuni casi degenerò in pazzia.

La Guerra Chimica

La Prima Guerra Mondiale è stata il vero exploit della guerra chimica condotta con gas velenosi su vasta scala che storicamente si fa iniziare nel 1915 con l'attacco tedesco a Ypres.

Per quanto riguarda la descrizione dei sintomi e delle cure applicate secondo la metodologia medica dell'epoca, si potrebbero dividere i gas in due grandi gruppi:

Incapacitanti Irritanti del sistema respiratorio, ulceranti o urticanti. Causano vomito, vertigini, mal di testa, possono provocare vesciche ed ustioni alla sulla pelle (anche attraverso i vestiti), cecità temporanea, dolori polmonari, ma nessun effetto permanente.

Letali Causavano la morte fulminea bruciando l'apparato respiratorio (se inalati a piccole dosi la morte era comunque inevitabile con però un prolungamento dell'agonia).

Parlare di contromisure per contrastare gli effetti dei gas letali risulta essere un tragico eufemismo. Le maschere antigas (in modo particolare quelle italiane), erano rozze, ingombranti e in genere soffocanti dopo soli pochi minuti d'uso.

Queste protezioni furono costantemente rivedute, potenziate e appesantite da ulteriori strati di garza, da filtri e sostanze antagoniste degli aggressivi sintetici usati dal nemico. Il loro debito uso salvò molte vite umane nelle file del nostro esercito.



Conclusioni

Con la battaglia di Vittorio Veneto termina il conflitto ed i festeggiamenti per la vittoria sovrastano le voci di sofferenza causate da anni interminabili di lotta. I morti furono 650000, i feriti non gravi 947000 ed i grandi invalidi 643000. La guerra, oltre a migliorare drasticamente le proprie armi di distruzione di massa, aveva comunque dato un maggiore vigore alla ricerca medica basata su metodiche rigorosamente scientifiche e suffregate da esami di laboratorio. Il carattere generico del medico, che prima era contemporaneamente chirurgo, oculista, dentista, si modificò durante gli anni di guerra, producendo quello che fu poi ribattezzato come il “fenomeno della specializzazione”. Si crearono nelle retrovie delle sezioni con strumentazioni ed esperienze relative ad un'unica branca clinica e di conseguenza nacque la figura dello specialista. La radiografia dell'apparato scheletrico diventò prassi corrente e portò non solo ad uno straordinario impulso delle varie tecniche e specializzazioni chirurgiche, ma anche alla nascita della chirurgia estetica. La Guerra Chimica stimolò la ricerca e contribuì allo sviluppo della biochimica che portò all'uso dei vaccini antivaioleso, anticolerico, antitifico e antitetanico, e alla farmacopea che portò alla scoperta dell'iodiobismutano di emetina per la cura della dissenteria amebica. Lo studio delle funzioni cardiache e polmonari, per lo sviluppo dell'aeronautica, portò alla produzione di ossigeno liquido per uso anestetico. L'alto numero di mutilati obbligò lo stato a pensare alla loro rieducazione. Verso la fine del 1915 vennero istituite delle Case di Rieducazione professionale per i mutilati e storpi di guerra. Tutti i militari dimessi dagli ospedali erano obbligati a trascorrere alla Casa di Rieducazione un breve periodo, durante il

quale si cercava di convincerli a sottoporsi alla rieducazione. Si prediligeva la rieducazione professionale artigianale, che veniva svolta nei laboratori posti all'interno della casa, come la lavorazione di oggetti in vimini e paglia, laboratori per sarti, falegnami, calzolai e rilegatori di libri. Il mutilato che vi lavorava aveva il diritto ad un modico compenso.

La casa svolgeva un'opera di assistenza e di tutela dei diritti dei propri ospiti e cercava di facilitare il collocamento professionale dei dimessi.

Bibliografia

“L'odio e la pietà, La Sanità militare italiana durante la Grande Guerra”; Angelo Nataloni; Oscar Bonetti; arsmilitais 2004

“Il servizio sanitario militare nella Guerra 1915-1918”, Giornale di Medicina Militare, pubblicato a cura del servizio sanitario dell'esercito Novembre-Dicembre 1968

“La medicina della prima Guerra mondiale”, Claudio Visentin 2004

“L'organizzazione della sanità militare nella Grande Guerra”; E.Trevisani; Atti del convegno Guerra e Sanità, Ferrara 2006

“La sanità militare durante la Grande Guerra”; F.G. Urbano; P. Urbano; Atti del XXXIV Congresso di storia della medicina, Firenze 1998

“Episodi di soccorso sanitario in prima linea sul Colbricon”; F. Perer; Rivista Aquile in Guerra n°12, 2001

“La Sanità militare italiana durante la Grande Guerra: equipaggiamento, struttura e metodologie”; Angelo Nataloni; Oscar Bonetti; Rivista Aquile in Guerra n°12, 2004

“La guerra e le arti sanitarie”; G. Boschi; ed.Mondadori Milano 1931

“La Sanità militare in Italia durante la 1° Guerra Mondiale”; D. De Napoli; ed. Apes Roma 1989

“Armi ed Equipaggiamento dell'esercito italiano durante la Grande Guerra”; N. Mantoan; ed. Gino Rossato Editore 1996

“Storia della Medicina Militare”; A. Lucarella; ed. Stampa Grafica il Bandino di Firenze 1998

“Gli oggetti raccontano la Grande Guerra”; M. Lera-to; S. Simi; ed. Litodelta di Trento 2006

* *Infermiera Terza Medicina Femminile SSVD Gastroenterologia Spedali Civili di Brescia*

Infermerie e ospedali militari in Valle Camonica durante la Guerra Bianca

di Walter Belotti*

A corredo della macchina bellica non poteva certo mancare in Valle Camonica, durante il Primo Conflitto Mondiale, la complessa rete delle infermerie e degli ospedali militari.

Tali strutture vennero edificate in diverse parti del fronte, alcune a ridosso delle prime linee altre decisamente più arretrate e lungo le maggiori strade di scorrimento.

Per quanto concerne l'Alta Valle Camonica l'infermeria più avanzata venne edificata all'interno del grande complesso di fabbricati dislocati presso il Rifugio Garibaldi.

Già attiva nell'agosto del 1915 poteva contare su 16 letti; nel novembre dello stesso anno venne trasformata in ospedaletto capace di 50 brande o 150 lettini sovrapposti.

Essa fu voluta dal Capitano Medico Giuseppe Carcano e dedicata al proprio padre Davide.

Nell'infermeria del Garibaldi trovavano soccorso tutti i soldati che venivano feriti nelle azioni che si svolgevano nella zona dei ghiacciai a partire dalle importanti battaglie che si svolsero nella primavera del 1916 (12 aprile e 29/30 aprile) quando venne occupato tutto il Pian di Neve e la linea di confine subì uno spostamento in avanti di circa 10 chilometri.

Il fabbricato era dotato di acqua corrente, di

impianto di riscaldamento a termosifoni, sala operatoria, bagno, cucina economica e una teleferica consentiva di far giungere i feriti direttamente davanti all'ingresso dell'edificio. Qui gli infortunati ricevevano le prime cure dopo di ché, attraverso diversi tronchi di teleferica, lungo la Val d'Avio raggiungevano gli ospedali di fondovalle.

A Temù, in località Spradissà, un cartello consunto dal tempo, indica ancora oggi la presenza durante la guerra di una infermeria.

I feriti più gravi della zona del Tonale venivano ricoverati nell'ospedale militare situato a Ponte di Legno presso il Grande Albergo, sulla strada per il passo omonimo.

Un ulteriore e più ridotto ospedaletto era invece posizionato lungo la strada Tonalina, che dal 4° tornante della SS. 42 del Tonale si dirige a Case di Viso, in località Case Talasso, a quota 1500 m di fronte a Precasaglio sul versante orografico sinistro della valle di Pezzo.

In tale struttura sanitaria, costituita da tende collocate in uno slargo prativo e messa in funzione il 9 maggio 1918, probabilmente in previsione della grande offensiva prevista per il 25 maggio dello stesso anno, confluivano i feriti più leggeri che non venivano trattenuti al Grande Albergo e che non proseguivano per Sant'Appollonia, dove era pure presente un ospedaletto da campo.

Gli ospedaletti da campo venivano dislocati in funzione delle battaglie in modo da poter intervenire rapidamente nell'opera di assistenza ai feriti.

Un'importante testimonianza in tal senso ci viene da quanto riportato nel diario del Tenente medico Francesco Ardigò (1) in merito alla sua attività nelle giornate del 24 e 25 Agosto 1915 riguardanti l'attacco alla cresta Castellaccio-Lagoscuero-Pajer-Pisgana.

“24 Agosto - Improvvisamente alle 19 circa viene l'ordine di partire colla batteria pel Tonale: si monta a cavallo alle 20,30 e si arriva a Vezza d'Oglio alle 22 da dove al comando del maggiore Capuano (che staziona a Vezza) si continua la marcia giungendo a mezzanotte a Ponte di Legno.

Da qui la marcia per la bellissima strada che ascende al passo del Tonale si fa più lenta perché dobbiamo seguire i 2 battaglioni del 67° Fanteria ed 1 di Alpini colle loro salmerie. La marcia presenta qualche cosa di fantastico.

È una notte di luna e in mezzo al frastuono delle artiglierie di tutti i calibri è di effetto stupendo il vedere i lampi che guizzano dai nostri cannoni del forte d'Aola di Cima Bleis e Cima Le Sorti e le fiammate che si scorgono allo

scoppio di srapnel sulla cima del Monticello che è il bersaglio che durante la marcia è sempre innanzi ai nostri occhi. I cavalli s'imbizzarriscono, ma non si hanno da deplorare disgrazie e si arriva alla sella verso le 4 del mattino seguente.

L'alt alla batteria viene dato sulla vecchia strada che passa al di sotto della nuova e alla distanza di circa 200 metri dal vecchio confine in posizione chiamata Rio Vallazza.

25 Agosto - Allo spuntare dell'alba (4,30 circa) le truppe incominciano a prendere posizione: il battaglione alpini avanti dopo aver percorso un buon tratto della grande strada in territorio austriaco, imbocca la mulattiera che sul versante nemico sale alla sommità del Monticello fortemente tenuto dagli Austriaci: i due battaglioni di fanteria si distendono occupando tutta la sella e s'avanzano verso le trincee nemiche: le nostre 2 batterie da 75 e quella di marina da 76 oltre da montagna prendono posizione. Comandante dell'azione è il generale Dalmazzo. L'artiglieria è comandata dal maggiore Capuano. Le mie batterie sono sparpagliate un po' per parte, io stabilisco il mio posto di medicazione vicino a quello del 67° fanteria che è diretto dal Capitano medico Landriano, che è posto su



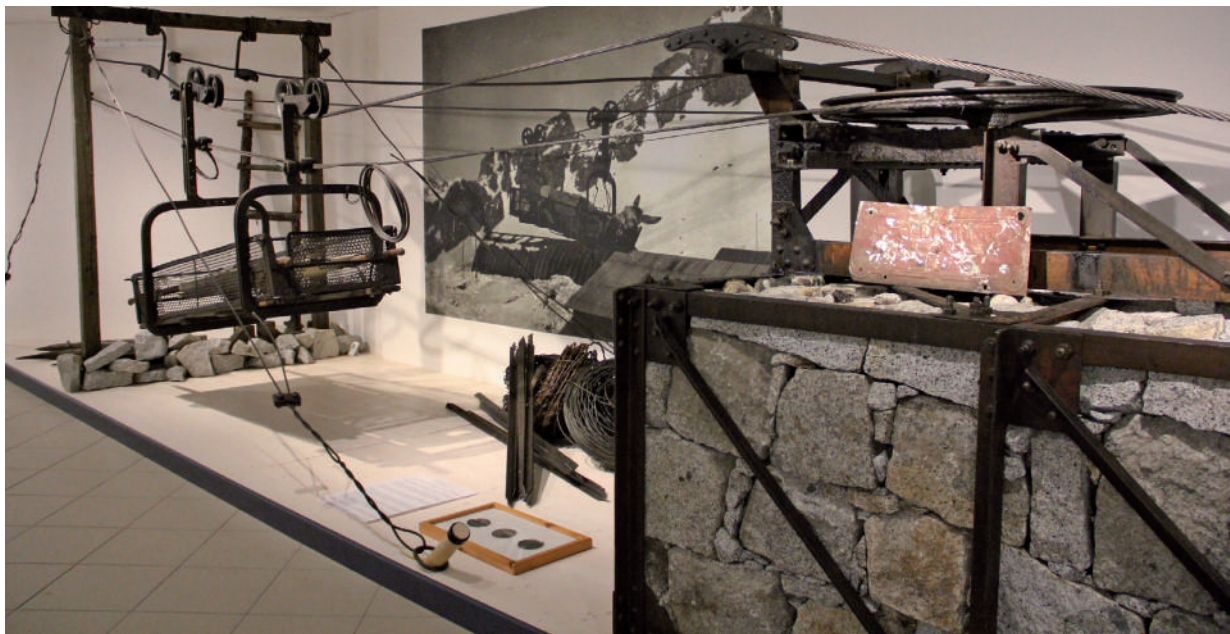
*Ferito all'esterno della Infermeria Carcano presso il Rifugio Garibaldi
(Archivio Museo della Guerra Bianca in Adamello - fondo Vittorio Martinelli)*

uno spiazzo dietro una casetta lungo la strada provinciale un po' più indietro della vecchia dogana.

Così s'incomincia subito l'azione molto favorevole dal principio perché i nostri alpini riescono ben presto ad impadronirsi di Monticello e la fanteria avanza facilmente per buon tratto in territorio nemico sino all'occupazione di S. Bartolomeo. Ma tosto le artiglierie austriache che a nostra insaputa erano state trasportate in altre posizioni, riescono a prendere d'infilata gli alpini del Batt.ne Morbegno che, come scrissi, già s'erano impossessati di Monticello, e che dovettero abbandonare la posizione: intanto anche l'azione della fanteria, specialmente dimostrativa diventava inutile e perciò veniva ordinata la ritirata che si effettuò con qualche perdita, ma ordinatamente e sostenuta dalla nostra artiglieria che faceva strage della fanteria nemica, meno numerosa però che voleva inseguire i nostri..... Furono fatti 3 prigionieri di cui due giovanotti, di ... vestiti e ben nutriti. La mia opera già al pomeriggio dell'azione ebbe ad esplicitarsi, perché, subito affluirono i feriti e però siccome gli artiglieri non venivano fortunatamente colpiti (gli srappel nemici erano tutti alti) io mi misi a disposizione del Cap. Medico Landrianio che col suo Tenente erano sopraffatti dall'affluenza dei feriti, che si manifestò mas-

sima al momento della ritirata. Ne medicammo più di un centinaio la massima parte feriti agli arti, di gravi una ventina con ferite penetranti in cavità, di cui uno alla regione parietale che veniva al posto di medicazione da solo e colle sue gambe. Dopo la medicazione con carri ambulanza, e qualcuno anche a braccia sulle barelle, o a piedi i meno gravi venivano riversati alla Sezione di Sanità posta all'albergo Faustinelli, dove venivano trattiene i più gravi, mentre gli altri si facevano proseguire per gli Ospedali da Campo posti uno a Stadolina e l'altro in Edolo. Il combattimento cessa verso le 13 ma la raccolta dei feriti e la loro medicazione ancora continuava, alle 16 d'artiglieria ebbe l'ordine di abbandonare le posizioni e di ritornare alla sede, sicché anch'io mi decisi al mio gesto e la seguii. Dell'artiglieria non si ebbe neppure un ferito, mentre furono circa 160 tra fanteria e alpini. Morti 18 fra cui due capitani: Suagnana del 5° alpini e Scagliola del 67° fant. Ferito alla e morto d'emorragia per portarlo al mio posto di medicazione, ma non si poté far nulla, fu il primo morto in battaglia che ho visto e ne provai pena.

Discendendo dal Tonale si proseguì per Edolo dove giungemmo alle 20 circa e così dopo 26 ore di continuo moto, di cui parecchie a cavallo, senza aver riposato né mangiato (io ero



*Interno del Museo della Guerra Bianca in Adamello,
la ricostruzione di un stazione originale di teleferica esistente nella Val d'Avio*



Trasporto di ferito sui ghiacciai (Archivio Museo della Guerra Bianca in Adamello - fondo Paolo Robbiato)

completamente digiuno, ma non sentivo appetito) finalmente si poté prender ristoro. Mangiato pochissimo, andai subito a letto dove, un po' per l'eccitazione dei nervi un po' per la grande stanchezza non potevo prender sonno: però verso il mattino m'abbandonai profondamente e dormii per parecchie ore svegliandomi come da un sogno tanto che non sembra vero che le cose orribili occorse il giorno prima fossero assai lontane nel tempo.

Le mie impressioni? Orribili: ah quegli srapnel che scoppiavano sulle teste? Ed il caratteristico rumore delle mitragliatrici? Quella che scoppiettava da Monticello mi ha lasciato un ricordo che mi par sempre di sentire. E il trasporto ed i lamenti dei feriti! Ah! La guerra: morte a chi fu causa di tanto male”.

Oltre al citato ospedale presso il Grande Albergo a Ponte di Legno, una altra struttura sanitaria era collocata a Stadolina, a lato della SS. 42. Sempre a Stadolina, era altresì stato costruito un piccolo cimitero militare nel quale confluivano i militari che morivano nel sopra citato ospedale.

Più importanti ma arretrati e lontani dalla linea del fronte erano gli ospedali militari di Edolo e Iseo che si completavano con gli ospedaletti minori di Cedegolo, Pescarzo, Niardo e Malonno.

A Malonno “.....si attivò un Ospedale da Campo. I documenti riferiscono di una Infermeria

Avanzata appartenente al III Corpo d'Armata in cui prestò servizio, dal giugno al novembre 1918, San Riccardo Pampuri. La struttura, indicata anche come Ospedale da Guerra n. 32, era quasi certamente già attiva dopo il bombardamento di Edolo e Cedegolo, nell'agosto del 1916 e continuò ad essere tale fino al novembre del 1918, anche se negli elenchi esterni consultati non appare che nel 1917. Stando al Registro dei Morti della Parrocchia al luglio 1917 era Ospedale n. 32 Croce Rossa e accoglieva anche casi urgenti che si verificassero sul fronte civile”. (2)

(1) Il minuscolo diario del Tenente Medico Francesco Ardigò, del 27° Artiglieria da campagna, è conservato presso l'archivio del Museo della Guerra Bianca in Adamello di Temù. In esso sono conservati diversi diari che riportano interessanti e inedite notizie di numerosi soldati che hanno lasciato la loro preziosa testimonianza sugli avvenimenti che li hanno visti come protagonisti.

(2) G. Ricci, Anche Malonno alla Grande Guerra 1915-18, in Eco di Malonno n. 96, Natale 1998, pag. 11.

N.B. Gli spazi punteggiati riguardano parole del diario di Ardigò che non si sono potute decifrare.

* *Presidente del Museo della Guerra Bianca in Adamello di Temù*

Il sogno di volare

Un infermiere in Aeronautica Militare tra gli anni Ottanta e gli anni Novanta

di Roberto Ferrari*



Abbiamo intervistato Giampietro Dentella, oggi libero professionista principalmente presso l’RSA Don Ambrogio Cacciamatta di Iseo, che ci ha raccontato la sua esperienza di infermiere in Aeronautica Militare fra gli anni Ottanta e gli anni Novanta.

Ciao Giampietro, quando ti sei arruolato e qual è stato il tuo percorso formativo in Aeronautica?

Mi sono arruolato nel 1981. All’epoca ero in seminario ed arrivato al quarto anno di liceo classico ho capito che la mia vocazione era un’altra; mi sono imbattuto casualmente in un bando di concorso dell’Aeronautica Militare per “aiutante di sanità”.

Faceva per me, visto che richiedeva come requisito base almeno il terzo anno di scuola superiore e io avevo voglia di cambiare vita.

Ho superato la selezione ed ho frequentato il primo anno di formazione presso la Scuola Militare per “Aiutante di Sanità” di Caserta, dove ho studiato tutte le materie fondamentali per un allievo infermiere dell’epoca, come anatomia e fisiologia, il tutto sotto il controllo sia del Ministero della Salute che dell’Aeronautica.

Terminata questa prima fase ho compiuto un tirocinio pratico in quella che all’epoca era la base missilistica di Montichiari (oggi aeroporto civile) principalmente con incarichi di ufficio assimilabili alla medicina del lavoro civile (visite trimestrali ai piloti, vaccinazioni).

L’anno successivo ho finalmente potuto com-

pletare la mia formazione sul campo a Roma, presso l’Istituto di Medicina Legale, sicuramente il periodo migliore perché ho potuto accostarmi a delle grandi strutture sia di ambito civile come gli ospedali S. Camillo e Santo Spirito, sia militare. Il tutto naturalmente sempre inquadrato nelle Forze Armate come allievo sottoufficiale.

Mi sembra di capire che la tua formazione sia stata una commistione di elementi civili e militari: cosa ti hanno fornito da questo punto di vista.

Effettivamente sì, a Roma mi sono formato a fianco dei tirocinanti della Croce Rossa, della Marina e dell’Esercito, ma anche degli allievi infermieri civili.

Diciamo quindi che, da un certo punto di vista, la mia formazione può essere considerata praticamente identica a quella civile, ovviamente con alcuni aspetti peculiari del settore militare, come la medicina aeronautica e spaziale (che studia gli effetti delle accelerazioni gravitazionali sul corpo degli avieri) e la guerra nucleare e biologica, oltre che gli scenari di guerra convenzionale e gli interventi in caso di calamità naturali. Comunque la parte civile è stata molto importante e stimolante.

Ci racconti una giornata tipo come infermiere dell’aeronautica nella base missilistica di Montichiari?

Innanzitutto il turno per noi era di 24 ore.

La giornata lavorativa vera e propria iniziava alle ore 8.00 con il giro visite, effettuato con l’Ufficiale Medico, durante il quale prendevi

nota dei problemi dei pazienti, che di solito erano militari di leva con problemi di salute di varia natura.

Alle 10 invece iniziava la parte burocratica, dominata dalle documentazioni statistiche a cadenza fissa, come la programmazione delle visite di controllo del personale o la comunicazione dei casi di malattie infettive al Comando della 1ª Regione Aerea di Milano, ma non solo; ad esempio andavano programmate ed eseguite opere di igiene ambientale tipiche di un contesto “campale”, come le disinfestazioni e le derattizzazioni. Dalle 16.00 del pomeriggio alle 8.00 della mattina, quando il personale amministrativo lasciava la base, e per noi turnisti (i cinque infermieri, il comandante della guardia, l’ufficiale di guardia e i militari di leva) iniziava un periodo di “reperibilità”; in pratica dovevi essere sempre pronto all’azione.

Ne viene fuori un quadro piuttosto monotono: quando ti sei arruolato ti aspettavi qualcosa di diverso?

Chiaramente all’inizio ti aspetti di avere molto a che fare con gli aerei, di essere impegnato in linea di volo: invece in una base missilistica come Montichiari l’azione era davvero poca e dominava appunto la monotonia.

Devo dire che mi sono sentito un po’ “in natalina”, soprattutto dal punto di vista dell’aggiornamento; ricordo infatti di aver avuto la possibilità di frequentare solo due corsi di aggiornamento in più di un decennio di servizio.

L’unico diversivo era rappresentato tre volte l’anno dalle esercitazioni, durante le quali ti sentivi davvero parte in una macchina organizzativa di grandi dimensioni e nella quale il singolo si sentiva fortemente responsabilizzato. Quando qualcosa andava storto noi dovevamo essere pronti ad intervenire, lo stesso principio che sarebbe stato applicato in caso di eventi più grandi, come una guerra. Eventi che chiaramente non ti auguravi, ma per i quali ti dovevi addestrare.

Vi preparavate insomma per qualcosa che speravate non avvenisse mai, un po’ l’essenza della vita del militare in tempo di pace. Che differenze hai trovato invece fra l’essere infermiere in ambito militare e in ambito civile?

In ambito militare, inutile dirlo, prevalgono disciplina e regole; i protocolli ad esempio van-

no assolutamente rispettati alla lettera, senza nessun margine di discrezione, all’interno di un sistema molto ben collaudato e deciso dall’alto. Da civile invece devi metterti più in gioco e secondo me è più gratificante.

Quanti anni hai trascorso nella base di Montichiari?

Circa 14, dopodiché mi sono congedato per dedicarmi ad un’attività commerciale in cui ho investito 10 anni. Poi ho ripreso a fare l’infermiere in ambito civile al Fatebenefratelli, prima in psichiatria e successivamente, quando questa unità operativa ha chiuso, nel nucleo Alzheimer. Sono rimasto un anno e infine ho intrapreso la libera professione iniziando a lavorare al Cacciamatta di Iseo, dove mi trovo molto bene: l’esperienza nelle Forze Armate è stata importante, può andare bene per un certo periodo della tua vita, ma alla fine non tornerai più indietro perché le possibilità di aggiornamento per me ora sono molto maggiori.

Ringraziamo il nostro collega per averci resi partecipi della sua esperienza.

* Segretario del Collegio IPASVI di Brescia



Intervista al Presidente IPASVI - Brescia

Bresciaoggi - 18 novembre 2015

IL DIBATTITO SULLA RIFORMA. Intervista al presidente Ipasvi Bazzana

Infermieri, così cambia il modello di assistenza

«Il Civile finora si è occupato della gestione dei pazienti acuti, ma ora dovrà farsi carico anche dei cronici»

Laura Bergami

La riforma sanitaria lombarda, almeno sulla carta, dovrebbe portare a un processo di integrazione sia orizzontale, fra ospedale e territorio, che verticale, fra le diverse professioni sanitarie. Nel dibattito lanciato da Bresciaoggi interviene Stefano Bazzana, presidente del Collegio di Brescia dell'Ipasvi (Infermieri professionali, assistenti sanitari e vigilatrici di infanzia).

Qual è il vostro punto di vista?

«La norma chiede di non ragionare più per "silos assistenziali" (luoghi di cura), ma per "target assistenziali". Quindi il quadro è inevitabilmente aperto e indeterminato, lasciando campi di lavoro che andranno riempiti. Il senso della riforma è che la sanità andrà considerata per quattro target: sani, cronici (3,6 milioni), non autosufficienti (400 mila), acuti. Queste quattro categorie attraversano tutti i setting. Viene chiesto alle strutture organizzative di essere sempre meno luoghi e sempre più processi, con precise responsabilità».

Che nel vostro caso significa?

«La professione infermieristica deve interrogarsi su nuovi percorsi di carriera, anche clinico-assistenziali, con sperimentazioni da attuare, come è stato già fatto in altre regioni. Un percorso che spesso non solo risponde ai bisogni, ma che è anche essere sostenibile, quando non addirittura vantaggioso».

Ad esempio?

«La risposta sul territorio ai codici bianchi (attraverso gli ambulatori) o alle richieste di consulenza per monitoraggio di parametri, sicurezza ambientale, aderenza alle terapie, stili di vita (tramite centralino telefonico), con riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso o ricoveri ospedalieri inutili».

Infermiere di famiglia e più in generale professioni sanitarie, competenze da valorizzare e far emergere. Siete pronti?

«Premesso che con altri nomi e altre modalità organizzative molti nostri colleghi già svolgono un ruolo simile a quello dell'infermiere di famiglia immaginiamo almeno sei aree funzionali, in gran parte innovative, nelle avere un ruolo e uno sviluppo: clinico, "care manager", governo del reclutamento della "prevalenza-recall", governo di un setting assistenziale, governo di un setting funziona-

le, educatore. Non è ancora chiaro con quale inquadramento economico e/o tariffario, (la Regione tuttavia ha impegnato un fondo di 90 milioni) certamente con una formazione ad hoc che è già partita in molte università e presto avremo anche a Brescia».

Integrazione fra professioni sanitarie: tutti la vogliono nessuno la fa?

«Impossibile oggi continuare a pensare di rispondere alle esigenze del malato in una logica monodisciplinare. Tuttavia va detto che nella realtà quotidiana ci sono équipe, specie in area critica, che lavorano coese e affiatate. Si tratta di rendere queste esperienze una cultura diffusa, lasciandosi alle spalle visioni ottocentesche. Però non è vero che nessuno la fa. Il nostro Collegio apre spesso i propri eventi alle altre professioni per favorire il confronto, così come fanno altri e l'Ordine dei medici ha aperto un canale su questi temi con il Forum delle professioni. Un messaggio che speriamo arrivi anche in altri ambienti più sordi al problema».

Assistenza domiciliare integrata e privato accreditato, che la norma incentiva...

«Meglio il pubblico o il privato accreditato nel settore socio-sanitario? Lo si dimostra con gli esiti di studi validati. Dall'esperienza dei nostri col-

leghi in questi anni e da un punto di vista valoriale l'Adi pubblica è meglio di quella privata, ma nessuno lo ha finora dimostrato dal punto di vista economico».

Civile autonomo o no. Per voi cambia qualcosa?

«Non mi pare sia una questione di autonomia. Semmai di assunzione di una nuova linea di erogazione, visto che dovrà occuparsi anche del territorio e della cronicità. Indipendentemente dai nomi dei contenitori o dalle sigle che abbondano, per noi di Ipasvi la chiave per una sanità e per un servizio che funzioni non è tanto nel luogo fisico di erogazione, quanto nel processo. Finora la logica era basata sulla gestione dell'acuto. Al paziente cronico serve altro, non il meccanismo dei voucher come lo conosciamo (pagamento a prestazione), che genera una sorta di "consumismo sanitario"». •



Stefano Bazzana



Comunicazioni del Collegio

Richiesta di cancellazione albo

termine presentazione 31 dicembre 2015

Gli iscritti, in regola con i pagamenti delle quote annuali che cessano la propria attività professionale e non desiderano mantenere l'iscrizione, **possono cancellarsi dall'Albo entro l'anno 2015**, presentando domanda di cancellazione. L'apposito modulo è pubblicato sul sito istituzionale alla voce Servizi, ove è specificata anche la documentazione da allegare. Il termine è **il 31 dicembre 2015**. **In caso contrario saranno emesse le quote per l'anno 2016.**

La domanda deve pervenire compilata in tutte le sue parti, firmata e completa della documentazione richiesta:

- ✓ Marca bollo € 16,00,
- ✓ Fotocopia documento di identità,
- ✓ Restituzione tessera iscrizione/in caso di smarrimento, è necessario compilare la dichiarazione sostitutiva atto di notorietà scaricabile dal sito)

può essere presentata:

- ✓ **direttamente in Segreteria** negli orari di apertura al pubblico
lunedì e giovedì: 14.00 - 17.00 - martedì e venerdì: 9.00 - 11.00
- ✓ **inviata a mezzo RACCOMANDATA A.R.**
alla sede del Collegio via P. Metastasio 26 - 25126 Brescia.

Verranno considerate valide le domande di cancellazione pervenute complete di tutta la documentazione richiesta, riportanti il timbro postale del 2015.

Ricordiamo che può chiedere la cancellazione dall'Albo Professionale l'iscritto che: non esercita l'attività professionale di infermiere, assistente sanitario o vigilatrice d'infanzia (né in qualità di volontario, né di dipendente, né di libero professionista);

La domanda di cancellazione non esime dal pagamento della quota annuale d'iscrizione per l'anno in corso.

www.ipasvibs.it > servizi > cancellazione iscrizione



Recensione

a cura di Carla Noci*

La guerra dei nostri nonni

Aldo Cazzullo

Ed. Mondadori 2014



Il conflitto del 1915-18, di cui ricorre quest'anno per l'Italia il centenario, fu un enorme, sanguinoso e devastante massacro. Tutte le guerre, naturalmente, comportano la perdita di vite umane, ma leggendo il libro di Aldo Cazzullo si comprende quanto questo conflitto, soprattutto nei primi due anni, abbia rappresentato una serie di eventi che è andata ben oltre la dichiarata intenzione di difendere i patri confini. Il puntuale e documentato racconto dell'autore mostra come, nella quotidiana realtà del fronte, la Grande Guerra sia stata intrapresa senza una oculata strategia militare, da generali spesso esaltati ma opportunamente defilati dalle prime linee, che seguivano i movimenti delle truppe con il binocolo e ordinavano di mandare allo sbaraglio, contro le efficienti truppe austriache, battaglioni di soldati quasi del tutto privi di mezzi e di informazioni adeguate per poter sfondare i reticolati nemici.

Il Carso, enorme e desolata landa rocciosa tempestata dai bombardamenti degli avversari, ha rappresentato il cimitero di migliaia di uomini che, sulla scorta di ordini sconnessi e contraddittori, dovevano uscire allo scoperto per tentare l'impossibile impresa di rompere il fronte nemico. In alcuni casi, secondo il racconto postumo di alcuni sopravvissuti tra cui Emilio Lussu, autore di *Un anno sull'altipiano*, gli stessi austriaci avevano perfino interrotto il fuoco per gridare agli italiani di tornare indietro.

Nel primo mese di guerra l'Italia aveva già perso ventimila fanti e, con le successive decine di assalti condotti nel primo inverno, tra la nebbia, il fango e i cadaveri insepolti dei caduti, le perdite avevano già raggiunto cifre enormi.

La cronistoria puntualmente riportata dall'autore è drammatica: i comandi intermedi minimizzano sulla inefficacia delle operazioni e alterano le statistiche dei morti, ma inizia a serpeggiare, nell'opinione pubblica, il sospetto che la situazione sia disperata e che gli uomini che stanno combattendo sulle montagne del trive-

neto e del Friuli non abbiano via di scampo. In effetti, racconteranno successivamente i pochi reduci, i soldati che si rifiutavano di uscire dalle trincee per affrontare le mitragliatrici austriache che sparavano all'impazzata, non avevano scelta: o obbedivano al comando di avanzare verso il nemico, oppure venivano ammazzati a fucilate dai loro stessi ufficiali o dai carabinieri che presidiavano le retrovie.

Scoppiano i primi ammutinamenti, soprattutto quando ai sopravvissuti di brigate che sono andate ripetutamente all'assalto, viene negato il turno di riposo per intraprendere nuovi combattimenti. Nel 1916 il generalissimo Cadorna introduce una direttiva secondo la quale, nei reparti ribelli, vengano estratti a sorte i nomi di alcuni soldati che, per dare un esempio a tutti, saranno fucilati. Molti ufficiali si indignano, ma altri seguono alla lettera le direttive e terrorizzano le brigate con esecuzioni esemplari che dureranno fino al 1917. Il più temuto di tutti è il generale Graziani, il cui sadico disprezzo per la vita dei soldati è divenuto proverbiale: individuate le vittime, la cui morte servirà a dissuadere i ribelli, ordina che la fucilazione venga eseguita dai compaesani e dagli amici. Il generale Cadorna apprezza la sua cieca dedizione alla causa e lo promuove "ispettore generale" per ristabilire l'ordine dopo la disfatta di Caporetto. La spietatezza con cui Graziani fa giustiziare i soldati sulla pubblica piazza, sotto gli occhi inorriditi di militari e borghesi, viene definita "rivoltante" da volontari della Croce Rossa e corrispondenti di guerra. La personale epopea del generale Graziani, successivamente divenuto fervente gerarca del regime fascista, termina sulla scarpata della ferrovia Prato-Firenze, dove viene ritrovato cadavere nel 1931. Una breve e vana inchiesta, viene subito archiviata dopo aver escluso il suicidio e il movente del furto. Solo la retorica del regime esprimerà, al solenne funerale di stato, "imponenti manifestazioni di compianto".

La Grande Guerra ha visto anche la partecipazione di molte donne, prime fra tutte le crocerossine che rappresentano la più attiva avanguardia femminile dedicata alla cura dei feriti o a raccogliere le ultime parole dei morenti. Le prime infermiere adeguatamente preparate ad intervenire sono le stesse donne aristocratiche che avevano promosso, nei primi anni del '900, i corsi di formazione della Croce Rossa: Sita Meyer Camperio (che fonderà successivamen-

te l'ospedale-scuola intitolato alla principessa Jolanda), Rosa De Marchi, Matilde Visconti di Modrone. Sono efficienti, autorevoli e insigne del grado militare di "ufficiale", e questo le aiuta a tener testa agli ufficiali maschi, che accolgono il loro aiuto senza entusiasmo, pieni di pregiudizi. All'inizio sono circa 4000, ma, nel corso del conflitto, si aggregeranno ad esse le donne borghesi e le donne del popolo che, sotto il patrocinio della duchessa d'Aosta, raddoppiano il contingente e si distinguono per la capacità di compiere sforzi enormi, anche nelle più avverse condizioni organizzative. Sono presenti al fronte, vicino al quale arrivano clandestinamente, lavorano sui treni-ospedale e in strutture sanitarie spesso improvvisate nelle ville private, nei conventi, negli edifici pubblici. Sono chiamate "Sorelle" e prestano i primi soccorsi ai feriti, si inginocchiano sui pagliericci per assistere i mutilati, per chiudere gli occhi ai morti, per dire parole di conforto ai soldati abbruttiti dalla sofferenza e dalla paura. Molte di loro contraggono infezioni e molte di loro moriranno, soprattutto quando scoppia l'epidemia di "spagnola", sulla quale la censura militare impone il silenzio. La stessa Margherita Kaiser Parodi, unica donna ad essere sepolta a Redipuglia insieme a centomila uomini caduti in guerra, viene onorata con la medaglia di bronzo al valor militare per essere rimasta all'ospedale di Pieris ad assistere i malati sotto i bombardamenti nemici. Si tace il fatto che anche Margherita sia morta, poco dopo, a causa di quella terribile e mortale forma di influenza denominata "spagnola".

Il libro si conclude con una toccante serie di piccoli racconti che l'autore dichiara di aver ricevuto dagli amici di facebook e che ritiene "tesori preziosi, salvati dall'immenso oceano della dimenticanza". Perché, come sostiene in apertura, "la Grande Guerra 1914-1918, che noi italiani chiamiamo 15-18, è l'unica guerra dell'umanità senza un eroe, uno stratega, un generale o uno statista vittorioso oppure sconfitto". I protagonisti sono stati i nostri nonni, che ora non hanno più voce per raccontarla, perché sono ormai tutti andati a raggiungere quei 650 mila soldati che non sono mai diventati nonni.

* *Infermiera e assistente sanitaria, Coordinatrice del corso di laurea per assistenti sanitari, Università degli Studi di Brescia*

Sul prossimo numero

#noisiamopronti

Sempre più spesso sentiamo parlare dell'infermiere di famiglia e di comunità. Il Collegio IPASVI di Brescia da tempo sostiene e valorizza il ruolo di tale figura, e le ultime normative emanate dalla Regione Lombardia, finalmente perseguono lo stesso obiettivo.

Con la finalità di valorizzare il “sapere infermieristico”, risulta allora fondamentale avviare sperimentazioni di presa in carico a livello domiciliare e territoriale con la collaborazione di tutti i professionisti. Nasce così l'esigenza di introdurre nuove figure professionali con competenze avanzate, per rispondere ai bisogni del paziente e della sua famiglia. Ed è qui che diventa di vitale importanza la figura dell'infermiere di famiglia: la continuità tra Ospedale e Territorio vedrà una presa in carico globale con un'ottimizzazione della rete territoriale e con un'integrazione di politica e risorse.

Il prossimo Focus di Tempo di Nursing diventa quindi l'occasione per raccogliere contributi, ricerche, esperienze da condividere con la Comunità professionale.

Sul nostro territorio vi sono già molti colleghi che, in forme diverse e a vario titolo, svolgono attività di assistenza domiciliare. Questo non potrà che essere un miglioramento ed un cambiamento della presa in carico in termini di continuità dell'assistenza, di compliance e adeguatezza della terapia. Ci sono anche molte esperienze e competenze che non vogliamo vadano disperse con la riorganizzazione. Abbiamo chiesto in più sedi che tutto ciò sia considerato un patrimonio da cui partire, per uno sviluppo ulteriore della rete dei servizi territoriali.

Ci auguriamo pertanto che la figura dell'infermiere venga ulteriormente valorizzata e riconosciuta, non solo dalle istituzioni, ma anche dai cittadini e da tutte le persone con bisogni di cura e di assistenza.

Un'opportunità che vogliamo cogliere al volo, perché #noisiamopronti.

NORME REDAZIONALI TEMPO DI NURSING

Le proposte di pubblicazione saranno accettate ad insindacabile giudizio del comitato di redazione. Ogni articolo esprime il lavoro e/o le convinzioni degli autori, i quali assumono la responsabilità di quanto dichiarato.

Gli articoli dovranno pervenire, esclusivamente per posta elettronica, su file Word (carattere Arial o Times New Roman 16pt per il titolo - 12pt per il testo - 10pt per didascalie e titoli di tabelle e figure, allineamento giustificato, interlinea 1, margini sup. 2,5 cm dx, sx e inf. 2 cm).

Nella prima pagina dovranno essere indicati:

1. Titolo dell'articolo
2. Autori con nomi completi e qualifiche professionali
3. Istituzioni di appartenenza (con indicazione delle città e sedi delle Istituzioni)
4. Recapiti per eventuali contatti - Nominativo dell'Autore a cui indirizzare l'eventuale corrispondenza, per il quale devono essere indicati: indirizzo postale (via, numero anagrafico, CAP, città); numero telefonico di più facile reperibilità; numero di fax e indirizzo di posta elettronica (e-mail).

Ogni pagina dovrà essere numerata a partire dalla prima.

Eventuali tabelle e/o figure (fotografie, disegni, ecc.) dovranno essere preparate su fogli separati.

Eventuali tabelle o diagrammi debbono essere citati sequenzialmente al testo e numerate progressivamente con numeri arabi (es. Tabella 3) (le tabelle dovranno essere complementari al testo e non contenere semplicemente una ripetizione dello stesso), nel testo dovrà essere indicato chiaramente il punto in cui dovrebbero apparire; ogni tabella dovrà avere un titolo (al di sopra della tabella) ed una didascalia breve (al di sotto della tabella).

Eventuali figure debbono essere citati sequenzialmente al testo e numerate progressivamente con numeri arabi (ad es. Figura 3); nel testo dovrà essere indicato chiara-

mente il punto in cui dovrebbero apparire; ogni figura dovrà avere un titolo (al di sopra della tabella) ed una didascalia breve (al di sotto della tabella).

È necessario allegare curriculum vitae formato europeo degli autori.

L'articolo dovrà essere strutturato come un articolo scientifico ovvero dovrà prevedere le seguenti voci:

- Introduzione (se ritenuto necessario)
- Obiettivo
- Scopo
- Metodi
- Risultati
- Discussione
- Conclusione
- Bibliografia (l'articolo dovrà prevedere in calce una bibliografia completa, esauriente e recente).

Citazioni bibliografiche:

I riferimenti bibliografici dovranno essere numerati (tra parentesi) nel testo, in ordine di citazione (citazioni identiche con lo stesso numero) ed elencati in ordine numerico nella bibliografia alla fine dell'articolo; in essa le citazioni bibliografiche dovranno contenere:

Per i libri

- Cognome e iniziali del nome dell'autore (o degli autori o curatori)
 - Titolo e sottotitolo dell'opera.
 - (Collana)
 - numero dell'edizione (Es. 2a ed.) (se superiore alla prima),
 - Luogo di edizione:
 - Editore
 - Anno
- Esempio: Corradini L, Cattaneo P. Educare alla salute. Brescia: La Scuola, 1997.

Per gli articoli di riviste

- Cognome e iniziali del nome dell'autore (o degli autori)

- Titolo dell'articolo.
- Nome della rivista secondo le denominazioni internazionali (in forma estesa, oppure quando abitualmente utilizzata - nella forma abbreviata senza interpunzioni tra le iniziali)
- Anno di pubblicazione ed eventuale mese
- i numeri di riferimento nel seguente ordine e formato volume (numero): pagina iniziale - pagina finale.

Esempio:

Li Q, Zhang SM, Chen HT, Fang SP, Yu X, Liu D, Shi LY, Zeng FD. Awareness and attitudes of healthcare professionals in Wuhan, China to the reporting of adverse drug reactions. *Chin Med J (Engl)*. 2004 Jun;117(6):856-61.

È necessario allegare un abstract (Riassunto) di 300 parole al massimo, ed inoltre devono essere indicate da 3 a 5 parole chiave.

Quando l'articolo esprime, o può coinvolgere la responsabilità o l'immagine dell'istituzione di appartenenza, o quando gli autori parlano in nome della medesima, occorrerà allegare all'articolo o inviarla mezzo posta una liberatoria scritta dei relativi responsabili.

Il materiale inviato, sia esso accettato o meno per la pubblicazione, non verrà restituito.

Gli autori sono tenuti a specificare se la proposta di pubblicazione è stata inoltrata presso altre riviste.

Lavori, lettere, suggerimenti, commenti, proposte, interventi in genere, fotografie, vanno inviati a:

Segreteria di Redazione della Rivista c/o
Collegio IPAS.VI. di Brescia

Via P. Metastasio, 26 - 25126 BRESCIA
Tel. 030 291478 - Fax. 030 43194
www.ipasvibs.it - info@ipasvibs.it

Rivista trimestrale del Collegio I.P.A.S.V.I. di Brescia – N° 69/2015

Direttore responsabile: Stefano Bazzana

Comitato di redazione: Silvia Chiari, Angela Chiodi, Roberto Ferrari, Milena Guarinoni, Carla Noci, Nadia Regonasi, Valeria Rosa, Marco Torriani, Donigi Tortelli, (Coord. Stefano Bazzana)

Hanno collaborato a questo numero: Stefano Bazzana, Vittorio Roasio, Stefano De Vecchis, Silvia Chiari, Walter Belotti, Roberto Ferrari, Carla Noci

Direzione, Redazione, Amministrazione: Via Pietro Metastasio 26/a - Brescia - Tel. 030 291478 - Fax 030 43194
Fotocomposizione e Stampa: Com&Print Srl (BS) - Via della Cascina Pontevecchia, 40 - 25124 Brescia - Tel. 030.2161291
Registrazione: n° 37/90 del 21 luglio 1990 del Tribunale di Brescia

Distribuzione e Abbonamento:

La rivista è inviata gratuitamente a tutti gli iscritti al Collegio IPASVI di Brescia.

Per i non iscritti il costo dell'abbonamento annuo è di euro 10,00. Singolo fascicolo euro 2,58

Editore: Collegio Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari e Vigilatrici d'infanzia della Provincia di Brescia

Tutti coloro che desiderano inviare materiale per la pubblicazione dovranno recapitarlo alla Segreteria di Redazione della Rivista presso: Collegio I.P.A.S.V.I., Via Pietro Metastasio 26/a – Brescia oppure via email in formato Word all'indirizzo: info@ipasvibs.it

Gli articoli firmati impegnano soltanto gli autori, benché approvati dal Comitato di Redazione.

Corsi e Convegni IPASVI novembre 2015



IPASVI Brescia protagonista alla prima Race del nord Italia

