

PRM
5

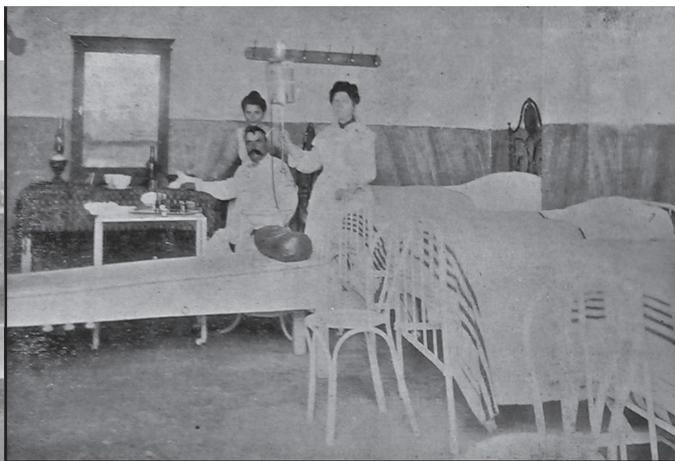


PARMENIDE 5
COLLANA DEL SEMINARIO DI STORIA DELLA SCIENZA

MALATO DI GUERRA

LE PATOLOGIE FISICHE E MENTALI
DELLA GRANDE GUERRA IN PUGLIA

a cura di
Liborio Dibattista



Malato di guerra a cura di L. Dibattista

ARACNE



REGIONE PUGLIA



Il volume è stato realizzato con il contributo della Regione Puglia – Assessorato alla Cultura e Spettacolo.



Il logo del Centenario della Prima guerra mondiale è stato concesso dalla Struttura di Missione per gli Anniversari di interesse nazionale della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Malato di guerra

Le patologie fisiche e mentali della Grande Guerra in Puglia

a cura di

Liborio Dibattista

Prefazione di

Augusto Garuccio

Contributi di

Benedetta Campanile

Francesco Paolo de Ceglia

Lucia De Frenza

Liborio Dibattista

Pasquale Guaragnella

Vito Antonio Leuzzi

Luigi Masella

Elisa Montanari

Caterina Tisci





Aracne editrice

www.aracneeditrice.it
info@aracneeditrice.it

Copyright © MMXVI
Giacchino Onorati editore S.r.l. – unipersonale

www.giacchinoonoratieditore.it
info@giacchinoonoratieditore.it

via Vittorio Veneto, 20
00020 Canterano (RM)
(06) 45551463

ISBN 978-88-548-9739-7

*I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica,
di riproduzione e di adattamento anche parziale,
con qualsiasi mezzo, sono riservati per tutti i Paesi.*

*Non sono assolutamente consentite le fotocopie
senza il permesso scritto dell'Editore.*

I edizione: dicembre 2016

Indice

- 9 Prefazione
di *Augusto Garuccio*
- 11 Introduzione
- 17 La verità di una «povera vita». Da un disegno editoriale di Federico De Roberto per le sue novelle di guerra di *Pasquale Guaragnella*
- 35 Il fronte interno della Grande Guerra. La Terra di Bari di *Luigi Masella*
- 45 La nevrosi traumatica di guerra. Punti di repera dal *railway spine* a Gaetano Boschi. Il caso della provincia di Bari di *Liborio Dibattista*
- 65 La “strana malattia” della Prima Guerra Mondiale. Dall’archivio del manicomio di Bologna di *Elisa Montanari*
- 79 Timore e tremore. Cinema neuropsichiatrico e Grande Guerra di *Francesco Paolo de Ceglia*

- 97 Salute pubblica, epidemie e guerra in Terra di Bari
 (1910-1918)
 di *Vito Antonio Leuzzi*
- 107 L'epidemia di vaiolo in Terra di Bari (1918-1919)
 di *Caterina Tisci*
- 129 Bari, una città ospedale. Cura e rieducazione dei mutilati
 di *Lucia De Frenza*
- 149 Curare in guerra. Il generale medico Lorenzo Bonomo
 di *Benedetta Campanile*
- 173 Autori

Bari, una città ospedale

Cura e rieducazione dei mutilati^{*}

LUCIA DE FRENZA^{**}

Verso una medicina specialistica

Una delle novità emerse durante la Grande Guerra nel campo dell'organizzazione dei servizi di sanità militare fu l'abbandono di un sistema d'intervento di medicina generica ed il ricorso al trattamento specialistico¹. La specializzazione nelle varie branche cliniche era stata accolta anche in passato nella medicina militare, ma durante il conflitto del 1915-18 fu a tutti evidente l'importanza di definire una struttura dettagliata di servizi specializzati. Il sistema cominciò a funzionare a pieno regime dal secondo anno dall'inizio delle attività belliche: le patologie furono suddivise per ambiti medico-chirurgici e furono impiantati in zona di combattimento ospedali ed ospedaletti, dove già erano smistati i feriti ed i malati a seconda del tipo particolare d'intervento richiesto. Quando si passava nelle retrovie la sud-

^{*} Gli archivi consultati per il presente articolo saranno riportati con le seguenti abbreviazioni: Archivio di Stato di Bari (ASB) e Archivio dell'Ufficio Storico dello Stato Maggiore dell'Esercito (AUSSME).

^{**} Centro Interuniversitario di Ricerca Seminario di Storia della Scienza, Università degli Studi di Bari Aldo Moro.

¹ A. CASARINI, *La specializzazione tecnica come base di funzionamento del servizio sanitario nell'Esercito italiano durante l'ultima guerra*, «Giornale di Medicina militare», 1925, pp. 280-287; G. BOSCHI, *La guerra e le arti sanitarie*, Mondadori, Milano 1931, pp. 175-176.

divisione era più specifica: per ogni traumatizzato era designata la struttura appropriata e per le patologie di ogni branca il centro idoneo. Gli ospedali territoriali, l'ultimo anello della catena, venivano anch'essi selezionati in base alla specializzazione dei reparti, oltre che alla vicinanza con il paese d'origine dell'infermo. Questo piano ponderato delle assegnazioni non si mise in atto solo per le esigenze dei peculiari interventi chirurgici da eseguire, ma anche per le varie terapie mediche da somministrare, per esempio quelle per le malattie infettive, veneree e cutanee.

Per le lesioni degli arti, interessanti le ossa e le articolazioni, la specializzazione riguardava anche la localizzazione delle ferite. Poiché le lesioni osteo-articolari rappresentavano la più alta percentuale di quelle riportate dai soldati (negli ospedali di prima linea raggiungevano il 25%)², l'allontanamento degli infermi doveva essere eseguito rapidamente: verificate le condizioni di trasportabilità, i feriti, per cui era necessario il trattamento specializzato (20%), erano inviati negli ospedali di riserva della zona di 1° sgombero e, poi, in quelli di 2° sgombero, costituiti dai Centri chirurgici territoriali. Peraltro, le ferite agli arti rappresentavano il 50% di quelle osteo-articolari. Nei Centri territoriali la presenza d'infermi con queste lesioni arrivava al 70% dei ricoverati.

Emerse subito anche l'esigenza di un trattamento adeguato per i disturbi neuropsichiatrici, che dovevano essere curati già nei reparti specializzati degli ospedali da campo. In prima linea si riuscivano a risolvere solo le sintomatologie temporanee. Fu chiaro, infatti, che questi malati avevano bisogno di essere curati in maniera diversa dall'ordinario e soprattutto lontano dai territori delle operazioni militari. La guerra generò varie forme di nevrosi, che richiedevano competenze specialistiche in strutture adatte allo scopo, che non erano né i manicomi né gli ospedali comuni.

² AUSSME, E 7, b. 53, fasc. 453, Il servizio sanitario militare durante l'ultima guerra (1915-1918). Parte II, dalla fine di agosto 1916 all'ottobre 1917, Bozza dattiloscritta e appunti, p. 572.

In tutti i casi, i feriti o i malati trasportabili dovevano essere portati immediatamente nelle retrovie, in quanto di ostacolo alle operazioni militari e perché influivano in negativo sull'umore delle truppe.

Dalla mobilitazione alla conclusione del primo anno di guerra la Direzione di sanità aveva compiuto uno sforzo enorme, oltre che per l'organizzazione delle unità d'intervento al fronte, anche per il potenziamento degli ospedali militari territoriali. Ai 30 ospedali principali esistenti prima del 1915 si aggiunsero 948 stabilimenti militari di riserva, 146 della Croce Rossa, 1 dell'Ordine di Malta e 21 convalescenziari³. In parecchi di questi furono impiantati reparti specializzati; alcuni ebbero una vocazione specialistica già dalla loro istituzione.

L'ospedale militare principale di Bari fu il centro di coordinamento del servizio svolto dalla Direzione di sanità dell'XI armata territoriale. Da esso dipendevano in città l'ospedale di riserva "Ateneo" con un reparto specializzato oftalmico ed uno per il trattamento dei malarici; l'ospedale "Redentore" e il "Regina Elena" per i malati infettivi; l'ospedale "Seminario" per gli autolesionisti e l'ospedale fisioterapico "Garibaldi". Nell'ultimo scorcio del periodo bellico, fu creata a Bari una Scuola di rieducazione dell'Opera nazionale per la protezione ed assistenza degli invalidi e mutilati di guerra. Nel 1918 la Direzione di sanità decise l'impianto di un Centro neurologico del Corpo d'Armata di Bari e Piazza marittima di Taranto, dove vennero trattate in maniera specifica le patologie neurologiche dipendenti da lesioni organiche o da sindromi nevrotiche o psicotiche.

Nei paragrafi successivi si analizzeranno solo due di queste realtà: l'ospedale "Garibaldi" e la Scuola di rieducazione per i mutilati di guerra, dando un saggio di come nel territorio fossero attuate le disposizioni previste per il trattamento dei traumatizzati osteo-articolari, a partire dal recupero anatomico e funzionale fino all'educazione o rieducazione professionale.

³ AUSSME, E 7, b. 52, fasc. 452, Il servizio sanitario militare durante l'ultima guerra (1915-1918). Parte I, dall'inizio della guerra fino alla presa di Gorizia (9 agosto 1916), Bozza dattiloscritta e appunti, p. 18.

Il Centro fisioterapico “Garibaldi”

L’impiego nella guerra di massa di artiglierie d’ogni calibro e di altri potenti mezzi d’offesa fece subito percepire l’estensione della perdita umana che sarebbe derivata dalle azioni belliche⁴, ma soprattutto la mole enorme di reduci resi inabili per gravi ferite o mutilazioni, il cui costo sarebbe ricaduto sulle casse dello Stato per numerosi anni dopo la fine del conflitto⁵. Gli invalidi, la cui menomazione si accertava dipendere da causa di servizio, infatti, avevano diritto in perpetuo all’assistenza ed alla pensione di guerra. I medici della Direzione di sanità militare, che avevano sotto gli occhi le soluzioni dei colleghi europei, ai quali il problema era apparso in anticipo, comprendevano che l’onere avrebbe potuto essere ridimensionato solo attraverso interventi tempestivi di rieducazione di storpi e mutilati. L’obiettivo doveva essere quello di rendere gli invalidi di guerra in grado di ricollocarsi in una professione e di non pesare sull’erario.

Le scuole tedesche avevano dimostrato che in percentuali molto alte era possibile supplire ad una limitazione funzionale attraverso l’adattamento dell’individuo ad una diversa organizzazione motoria, compatibile con l’esecuzione di numerosi lavori⁶. La rieducazione era compito dei medici, ma poteva dare risultati positivi, solo se supportata dalla volontà dell’invalido. Prima di praticare gli interventi correttivi oppure di assegnare le terapie riabilitative e predisporre i sussidi protetici, il medico doveva essere capace con un sottile lavoro di persuasione di vincere la ritrosia dei pazienti, che grazie alla menomazione ambivano al congedo e alla pensione, rinunciando a recuperare l’idoneità fisica.

⁴ La modernità della Grande Guerra si tradusse nel fatto di essere una “macchina per la produzione su scala industriale di vittime umane” (A. GIBELLI, *L’officina della guerra. La Grande Guerra e le trasformazioni del mondo mentale*, Bollati Boringhieri, Torino 1991, p. 108).

⁵ L. MANFREDI, *L’opera sociale di assistenza per gli invalidi della guerra e l’Istituto di rieducazione professionale fondato a Palermo*, «Riforma medica», 1916, p. 519.

⁶ G. ALLEVI, *L’assistenza sanitaria in Guerra. La sanità militare, la Croce rossa, la Croce di Malta, la rieducazione dei mutilati*, R. Bemporad, Firenze 1916, pp. 35-39.

Nella discussione alla Camera del disegno di legge sulla protezione ed assistenza agli invalidi di guerra del 18 dicembre del 1916, i deputati invitarono formalmente il Governo a sostenere i piani di rieducazione con incentivi economici. Infatti, il Ministero degli interni all'inizio del 1917, prima che fosse approvata la legge che istituì l'Opera nazionale per la protezione e assistenza agli invalidi, varò un sistema premiale, che rafforzava gli interventi per attuare la rieducazione, assegnando un contributo in denaro ai mutilati, che avessero concluso il ciclo di rieducazione professionale con esito positivo, certificato dall'istituto ospitante. Questi premi non limitavano il diritto alla pensione, garantito dalla legge, ma sostenevano l'impegno dell'invalido a recuperare la sua posizione sociale e professionale⁷.

Il sistema sanitario di recupero di storpi e mutilati, varato all'inizio del conflitto, fu nel corso degli anni modificato, per rispondere alle difficoltà prodotte dall'aumento dei casi e dalla complessità del loro trattamento, ma soprattutto per correggere quelle situazioni di cui man mano si rendevano conto gli specialisti coinvolti. La sensazione più diffusa, emersa dopo il primo anno di guerra, fu che fosse utile avviare il trattamento psicologico, fisioterapico e di rieducazione professionale parallelamente al ripristino anatomico delle parti lese, subito dopo il ricovero dei feriti negli ospedaletti da campo⁸.

La prima riforma si ebbe con il decreto luogotenenziale del 19 agosto 1916, le cui disposizioni furono regolamentate con la circolare n. 9 pubblicata nel «Giornale militare» del 1917. Essa stabiliva la creazione di Sezioni chirurgiche di concentramento nei territori dei comandi dei Corpi d'armata di Torino, Milano, Verona, Bologna, Firenze, Roma, Napoli e Palermo, nelle quali dovevano essere inviati con criterio regionale i soldati con mutilazioni o lesioni osteo-articolari, dopo essere stati medicati negli

⁷ CAMERA DEI DEPUTATI, *Atti parlamentari. 1ª tornata di lunedì 18 dicembre 1916*, Tipografia della Camera dei Deputati, Roma 1916, p. 12043 (la proposta era stata avanzata dall'on. Brunelli).

⁸ E. LEVI, *Della necessità di una più efficace ed estesa propaganda dell'opera di assistenza agli invalidi di guerra*, «Bollettino della federazione nazionale dei comitati di assistenza ai militari ciechi, storpi, mutilati», 2, 1, 1917, pp. 17-20.

ospedali da campo. Guarite le ferite, i militari dovevano essere trasferiti nei Centri di cure fisiche-ortopediche per la fisioterapia, la dotazione di protesi e la prima rieducazione psicologica e professionale, da completarsi nelle Scuole di rieducazione. Così, a Milano, in località Gorla I, fu istituita la prima struttura di rieducazione, diretta dal colonnello medico Riccardo Galeazzi⁹. La Sanità militare si occupava dell'invalide di guerra, solo finché questi era sotto la sua giurisdizione; una volta concessa la riforma, il reduce transitava nei canali dell'assistenza civile.

I difetti del sistema, che prevedeva un lungo ed inutile periodo di degenza per i feriti, con la conseguente perdita d'interesse per il recupero funzionale e per il ritorno ad una condizione di vita per quanto possibile autonoma, furono corretti con l'intervento legislativo successivo. La circolare n. 16 del 1918, che abrogava quella dell'anno precedente, istituì due Centri chirurgici di prima raccolta a Mantova e a Bari (per le provenienze dall'Oriente), dove furono accolti mutilati e feriti osteo-articolari con probabile menomazione definitiva, provenienti dagli ospedali di primo ricovero. Da questi due Centri procedeva lo smistamento in otto Sezioni regionali di primo concentramento, in cui gli infermi ricevevano le cure fisiche ed ortopediche per il recupero anatomico ancora possibile. Erano esclusi dallo smistamento gli ultra-invalidi (ciechi, grandi mutilati o storpi con menomazioni plurime), i quali erano inviati a Firenze in un ospedale specializzato della Croce Rossa, prima di passare nelle mani delle strutture dell'Opera nazionale per la protezione ed assistenza dei mutilati e degli invalidi di guerra¹⁰. Ad esclusione degli irrecuperabili e di quelli che erano guariti e tornati al

⁹ G. BUSCAPPÉ, *Ottant'anni di bene. Storia breve del Pio Istituto dei rachitici ora Istituto ortopedico «Gaetano Pini» (1874-1954)*, Strenne dell'Istituto, Milano 1954.

¹⁰ L'Opera nazionale per la protezione ed assistenza degli invalidi di guerra, creata con la legge n. 481 del 25 marzo 1917, era un ente autonomo con patrimonio proprio costituito da donazioni private e sovvenzioni pubbliche. Fu posto sotto la vigilanza del Ministero degli affari interni. In questa forma ibrida il Governo poteva dichiarare l'assistenza agli invalidi come "funzione di Stato" (MINISTERO PER L'ASSISTENZA MILITARE E LE PENSIONI DI GUERRA, *L'assistenza di guerra in Italia. Assistenza militare, pensioni di guerra. III Conferenza Interalleata per la protezione degli invalidi di guerra*, Società Anonima Poligrafica Italiana, Roma 1919, p. 183).

fronte¹¹, tutti gli altri passavano alla fase di rieducazione. In genere si cercò di avere locali adibiti a laboratori professionali o scuole elementari già nei Centri di primo e secondo concentramento, in modo da evitare che invalidi recuperabili potessero sottrarsi al trattamento ed esigere subito il godimento della pensione.

Per i militari con lesioni lievi o recuperabili, al fine di evitare aggravamenti o l'inutile protrarsi di licenze di convalescenza, furono istituiti dei Centri fisioterapici (circolare n. 684 del «Giornale militare» del 1917), che dovevano occuparsi del trattamento precoce dei postumi di lesioni traumatiche o lesioni che causavano invalidità temporanee. In realtà, alcuni degli infermi ricoverati mantenevano l'invalidità; pertanto, anche i Centri fisioterapici dovettero fornire sia le terapie fisiche-ortopediche delle Sezioni di concentramento sia le attività di rieducazione. I dodici Centri fisioterapici istituiti nel 1917 riunivano un Ospedale fisioterapico per i malati che avevano bisogno del ricovero e un Deposito fisioterapico, in cui alloggiavano quei militari che potevano ricevere le cure ambulatorialmente, recandosi in ospedale, e che, invece, usufruivano di un altro beneficio, la "ginnastica medico-fisiologica" secondo il metodo di Enrico Gualdi, approvata dal Ministero della guerra¹². Gli esercizi, eseguiti in posizione di riposo – di stretching o di carico – ripristinavano per gradi l'efficienza muscolare, interessando anche quei fasci o gruppi muscolari, di cui le ferite avevano diminuito o alterato la funzionalità. Le cure fisioterapiche e la ginnastica davano ottimi risultati, se si presta fede alle percentuali di recupero dei militari

¹¹ Gli invalidi lievi, risultanti inabili ai servizi attivi, potevano o scegliere di essere riformati con un minimo indennizzo o chiedere il passaggio al Corpo invalidi e veterani, dove erano impiegati in servizi di usciere, custode o piantone nei comandi o negli uffici territoriali.

¹² Nel 1918 furono organizzati presso il Centro fisioterapico di Roma i primi corsi di "ginnastica medico-fisiologica" tenuti da Enrico Gualdi, per formare istruttori, che lavorassero nei Depositi fisioterapici. Cfr. E. GUALDI, *Per la rieducazione funzionale dei mutilati dell'arto inferiore*, «Bollettino della federazione nazionale dei comitati di assistenza ai militari ciechi, storpi, mutilati», 2, 10, 1917, pp. 251-257; ID., *Per il pronto recupero al lavoro dei militari invalidi temporanei*, «Bollettino della federazione nazionale dei comitati di assistenza ai militari ciechi, storpi, mutilati», 3, 10, 1918, pp. 307-311.

temporaneamente inabili fornite dagli articoli illustrativi¹³. Una commissione tecnica, costituita da un chirurgo, un neurologo e uno specialista in fisioterapia, esaminava i feriti all'arrivo e decideva la loro assegnazione all'ospedale o al deposito, oppure l'idoneità per il provvedimento medico-legale o per il rientro in servizio.

Questa calibrazione progressiva del sistema di gestione sanitaria dei feriti osteo-articolari si rivede nell'evoluzione delle strutture adibite a questo scopo nella città di Bari.

Nel 1915 fu creato un Centro di cure fisiche-ortopediche, collocato nell'edificio scolastico "Garibaldi", con una capienza di 200 posti letto. Questo stabilimento sanitario aveva acquisito gli apparecchi meccanici ed elettroterapici dell'ospedale consorziale, insieme al responsabile medico, il dottor Giacomo Milella. A tutela degli ammalati civili, tuttavia, si decise che essi avrebbero potuto continuare ad usufruire dei servizi di terapia, recandosi, però, presso l'ospedale riabilitativo militare¹⁴.

Non si hanno informazioni relative agli infermi ricoverati o alle terapie specifiche assegnate per il loro recupero. Mancano i rapporti o i diari medici e la documentazione sanitaria dell'ospedale; non furono prodotti neanche lavori scientifici, in cui venisse descritto qualche particolare caso clinico. Inoltre, i giornali coevi risultano scarni di notizie. La censura sulla stampa vietava di pubblicare informazioni, che riguardassero l'arrivo di feriti o che contenessero i loro nominativi o il reggimento d'appartenenza, a meno che non risultassero da comunicati ufficiali¹⁵. Si poteva, invece, riferire di visite effettuate da autorità

¹³ M. DONATI, *Assistenza agli storpi osteo-articolari*, in *Atti della III Conferenza Interalleata per l'assistenza agli invalidi di guerra*, La Rapida, Roma 1919, pp. 123-147.

¹⁴ ASB, *Comune di Bari, III deposito post-unitario*, b. 1430, fasc. 5, Lettera del presidente dell'ospedale consorziale al sindaco, Bari, 5 novembre 1916.

¹⁵ Disposizioni precise arrivarono direttamente dal ministro Salandra (ASB, *Prefettura, Gabinetto, II vers.*, b. 153, fasc. 47, Telegramma del presidente del Consiglio dei ministri Antonio Salandra al prefetto di Bari, Roma, 16 giugno 1915), ma ugualmente esplicita era stata l'indicazione data dall'Ufficio censura di Roma (Ivi, *Telegramma del capo ufficio stampa Baldassarre al prefetto di Bari*, Roma, 9 giugno 1915). Gli stessi divieti s'applicavano alle necrologie. Esse potevano accennare all'arma a cui era appartenuto il militare defunto, ma non dovevano contenere indicazioni di reggimenti o località. Nei giornali le necrologie erano ammesse, purché non avessero listature a lutto (Ivi,

agli ospedali¹⁶. Pertanto, acquista valore di preziosa testimonianza l'articolo pubblicato nel "Corriere delle Puglie" il 15 gennaio 1917 da Ave Fornari Clerici, componente della sezione femminile del Comitato d'assistenza civile di Bari, che tra i suoi compiti aveva anche quello del supporto morale ai soldati negli ospedali¹⁷.

Il giorno della visita della giovane erano ricoverati al "Garibaldi" 170 mutilati, in maggioranza già guariti dalle ferite, che attendevano «la nuova cura che darà un poco di forza al membro offeso, talora la guarigione completa, qualche volta l'arte che ridarà la linea al corpo diminuito dal fuoco»¹⁸, ossia un trattamento fisioterapico per recuperare, in parte o del tutto, la funzionalità di un arto oppure un ausilio protetico per sostituire quello amputato.

Nell'ospedale la truppa e gli ufficiali erano sistemati in due reparti diversi. C'erano le sale di medicazione, di elettroterapia e di ginnastica e la farmacia. Del guardaroba e della cucina si occupavano le suore di carità della venerabile Capitania, che a Bari già dirigevano l'Istituto scolastico "Margherita".

«La trasformazione da scuola in ospedale fu curata in ogni particolare dell'arredamento dall'aiutante maggiore, capitano Rucci, il quale, coadiuvato da altri volenterosi ufficiali, tutto prevede e a tutto provvede» – riferiva la visitatrice¹⁹. Direttore dell'ospedale fu il tenente colonnello Corrado Balacco, che all'inizio della guerra era stato assegnato all'ospedale militare principale. Balacco aveva voluto che tutti i ricoverati fossero impegnati in qualche attività lavorativa, prima di tutto quella che riguardava la loro cura personale e quella delle camerate e, poi, diverse incombenze minute, che potevano compiere per sé e per i loro compagni. Non erano stati attivati ancora i laboratori

Telegramma del capo ufficio stampa Baldassarre al prefetto di Bari, Roma, 20 giugno 1915).

¹⁶ Ivi, *Telegramma del Capo ufficio stampa Baldassarre al prefetto di Bari, Roma, 23 luglio 1915.*

¹⁷ A. FORNARI CHIERICI, *Fra i mutilati dell'Edificio Garibaldi*, «Corriere delle Puglie», 15 gennaio 1917, p. 3.

¹⁸ *Ibidem.*

¹⁹ *Ibidem.*

per la rieducazione professionale, come altrove. Il direttore auspicava «una scuola pei calzolai, pei sarti, pei falegnami, per intagliatori»; invece, funzionava già una scuola elementare e una di dattilografia:

Vera lezione: attorno ai tavoli gli scolari che hanno scritto la più bella pagina della nostra guerra, come se solo per quell'inno avessero rafforzata la loro giovinezza, tentavano con la destra greve di segnare larghe le prime sillabe. Qualche volta era la mano sinistra che cercava l'adattamento all'opera nuova, già riservata o sconosciuta alla destra. In un altro corridoio, per opera di altro milite maestro, la scuola per chi già sapeva qualcosa e visi intenti alle parole ammaestranti e menti assortite, distratte dalla sensazione de la manchevolezza del corpo. Poi ... gli allievi dattilografi: mani che hanno bisogno di forza ancora e che picchiettano già sulla tastiera.²⁰

Nelle strutture rieducative italiane per i mutilati le officine dei mestieri erano in genere le stesse, sia perché si determinò una certa emulazione sia perché la riconversione professionale tese a privilegiare solo lavori facili da apprendere nel campo del piccolo artigianato o nel settore impiegatizio delle nuove tecnologie (telegrafisti e dattilografi). L'esigenza di impiantare laboratori poco costosi andò a cozzare con l'utilità stessa della riqualificazione, perché un numero elevato di sarti, di dattilografi, ecc. non aveva speranze di essere assorbito dal mondo del lavoro. A dire il vero, il problema della rieducazione, nuovo in Italia, era stato esaminato solo dai medici ed affrontato quasi esclusivamente nell'ottica medica, mentre il Comando militare, che in pratica aveva autorizzato le opere, non si era posto il problema degli effetti, che nel lungo termine queste scelte avrebbero prodotto dal punto di vista sociale. L'unico principio adottato era stato quello del "facile e pronto successo". Il problema, però, cominciò presto a diventare palese. Luigi Ferranini, docente di Clinica delle malattie professionali a Napoli, nel 1917 si chiedeva: «E che avverrà degli antichi contadini, contadini ereditari, che noi stiamo rapidamente trasformando in

²⁰ *Ibidem.*

operai e perfino in impiegati?»²¹. Riflettendo sulla specificità socio-economica della Puglia, il ruvese Mauro Jatta, isto-patologo ed igienista, impegnato durante il conflitto nella direzione generale dei servizi civili in zona di guerra, era di parere contrario. Non obiettava che la cura ed il recupero socio-professionale dei mutilati dovesse essere decentrato e attuato secondo le due direttive parallele del trattamento ortopedico e della rieducazione, ma invitava a considerare che qualsiasi iniziativa in questo senso doveva essere conciliata con le specifiche caratteristiche della regione interessata. In Puglia la rieducazione agricola per i mutilati gravi era impropria, perché qui i contadini, non vivendo in campagna, dovevano percorrere diversi chilometri per recarsi sul posto di lavoro ed erano impiegati generalmente in mansioni faticose, come zappare la terra, che non erano più adatte alle loro potenzialità fisiche. Diverso il caso della Toscana, della Lombardia o dell'Emilia, dove le colture erano diversificate e alcuni lavori potevano essere svolti dai mutilati o agli storpi. In Puglia più vantaggioso era promuovere il piccolo artigianato domestico²².

Nel 1916 il Comitato sanitario regionale del X e XI Corpo d'armata, di stanza a Napoli, pianificò di destinare la città di Bari a sede di un ospedale di secondo concentramento per i mutilati e gli invalidi di guerra, riservato ai soldati delle province meridionali. Il 28 dicembre dello stesso anno il presidente del Consiglio e quello della Deputazione provinciale di Bari, il sindaco, il presidente della Camera di commercio e alcuni generali dalla Direzione di sanità, compreso Lorenzo Bonomo²³, si riuni-

²¹ L. FERRANNINI, *Per la rieducazione professionale degli invalidi di guerra*, «Bollettino della federazione nazionale dei comitati di assistenza ai militari ciechi, storpi e mutilati», 2, 2, 1917, p. 29.

²² M. JATTA, *Assistenza ai mutilati in guerra*, «Corriere delle Puglie», 21 aprile 1916, p. 4. L'invito di Jatta a stabilire istituti ortopedici e case di lavoro per la rieducazione professionale doveva essere visto in prospettiva come un vantaggio per la medicina in tempo di pace, perché si sarebbero potuti recuperare al lavoro anche gli storpi e i mutilati per malattia, per infortunio o per anomalie congenite.

²³ Lorenzo Bonomo (1858-1926), nativo di Andria, durante la Grande Guerra fu direttore dei servizi sanitari dell'XI Corpo d'armata, docente dell'Università castrense di San Giorgio di Nogarò e ispettore capo della Sanità militare. Le notizie biografiche sono in F. BOCCHETTI, *Il tenente generale medico Lorenzo Bonomo*, Colombo, Roma 1928.

rono allo scopo di stabilire un consorzio per l'impianto di un ospedale per la cura e rieducazione dei mutilati. A tal fine si decise di utilizzare l'edificio scolastico "Garibaldi", dove già esisteva il Centro di cure fisiche-ortopediche della Sanità militare. L'Ospedale di secondo concentramento dei mutilati e storpi di guerra di Bari fu avviato all'inizio del 1917. Il Comune concesse il suddetto edificio per tutta la durata della guerra e per i sei mesi successivi, ma non volle destinarlo definitivamente a tale funzione, in quanto già assegnato a sede delle scuole elementari. Il generale medico Bonomo diresse personalmente le negoziazioni, che si conclusero con la decisione di rimandare la scelta di una sistemazione definitiva per l'ospedale di rieducazione dei mutilati, per la quale si sarebbe potuto pensare in futuro o ad un diverso edificio di proprietà della Provincia oppure ad uno stabile costruito all'uopo²⁴.

La Circolare 684 del 1917 cambiò nuovamente la natura di quell'ospedale. Fu istituito a Bari un Centro fisioterapico, che riunì l'ospedale "Garibaldi" di secondo concentramento per gli invalidi, diretto dal tenente colonnello medico Balacco, ed una nuova struttura, il Deposito fisioterapico, diretto dal capitano medico Miceli, capace di 1.000 posti letto, installato nel complesso della Manifattura dei tabacchi²⁵. Il movimento degli infermi nel Centro di Bari fu molto ampio, con almeno 30 pazienti al giorno in entrata e altrettanti in uscita²⁶.

²⁴ ASB, *Comune di Bari, III deposito post-unitario*, b. 1430, fasc. 5, Delibera del Consiglio comunale di Bari, 21 febbraio 1917.

²⁵ La costruzione della Manifattura dei tabacchi era iniziata nel 1908. La Società italiana per la fabbricazione di fusti cilindrici, proprietaria della fabbrica, aveva ceduto gratuitamente l'edificio al Comune già nel settembre del 1914 per adibirlo ad alloggiamento militare (ASB, *Comune di Bari, III vers.*, b. 1420, fasc. 2, Lettera del liquidatore della Società italiana per la fabbricazione di fusti cilindrici al sindaco, Bari, 21 marzo 1918).

²⁶ S. LA SORSA, *La Puglia e la guerra mondiale*, Casini, Bari 1928, p. 81.

La Scuola di rieducazione per mutilati e officina di protesi

A Bari, nonostante nel Centro fisioterapico continuasse a funzionare una classe di scrittura e di dattilografia, mancava una completa Scuola di rieducazione.

Direttamente impegnate nella sua realizzazione furono le varie associazioni cittadine create allo scopo di provvedere alla categoria di militari unanimemente più fragile: i reduci che nelle tante azioni campali avevano riportato menomazioni funzionali ed anatomiche. Invece di chiedere al Governo di offrire ai mutilati ed invalidi, dopo la cura e la dotazione dell'ausilio protetico, un percorso in strutture statali di rieducazione professionale, i comitati, sorti in tutta Italia per questo scopo, promossero la creazione locale di tanti piccoli centri riabilitativi, che non furono sempre all'altezza del compito. A Bari si percorse la stessa strada.

Assecondando gli scopi della legge 481 del 1917, sorse il 23 marzo 1918 il Comitato per la protezione e l'assistenza agli invalidi di guerra, che si proponeva (art. 2 dello *Statuto*) di avviare l'istituto per il ricovero, mantenimento, assistenza e rieducazione professionale degli invalidi dimessi dagli ospedali militari²⁷. L'obiettivo era quello di attivare un centro, che coprisse le necessità delle sei province, che facevano capo al Comitato di Bari, cioè, oltre al capoluogo pugliese, anche Catanzaro, Cosenza, Lecce, Potenza e Reggio Calabria. Per i fondi necessari ad allestire la Scuola si sollecitava la beneficenza di istituzioni locali e di privati²⁸.

Oltre il Comitato citato, si era costituita già nel 1917 la sezione barese dell'Associazione nazionale fra i mutilati e gli invalidi di guerra, presieduta all'inizio dal sottotenente Alfredo

²⁷ COMITATO FONDATA A BARI PER LA PROTEZIONE E L'ASSISTENZA DEGLI INVALIDI DI GUERRA, *Statuto approvato nell'Assemblea del 23 marzo 1918*, Avellino, Bari 1918.

²⁸ ASB, *Comune di Bari, III deposito post-unitario*, b. 1430, fasc. 5, Lettera di Nicola Balenzano, presidente del Comitato per la protezione e l'assistenza agli invalidi di guerra, ai sindaci, presidenti di Opere Pie e capi d'istituti privati, Bari, 16 aprile 1918. Il comune di Bari destinò all'Istituto di rieducazione degli invalidi lire 4.000 (Ivi, *Delibera del Consiglio comunale*, 28 agosto 1918).

Violante e, quindi, dal capitano Teodoro Massa. Essa intendeva sostenere l'ospitalità nel nuovo Istituto di rieducazione degli invalidi e dei mutilati riformati prima della legge, che ne risultavano esclusi²⁹. L'Associazione aveva istituito anche un proprio ufficio medico-legale, diretto dal dott. Tallarico, per la determinazione dei casi d'invalidità, il supporto assistenziale e il controllo degli apparecchi ortopedici, e s'impegnava ad assolvere compiti urgenti, come gli aiuti di prima necessità ai malati e alle famiglie degli invalidi. Aveva, inoltre, un ufficio di consulenza medica ed uno di collocamento per quei mutilati disoccupati, abili ad assumere un nuovo lavoro. Infine, ci fu una terza organizzazione coinvolta nell'istituzione di una casa di rieducazione, la sezione locale dell'Associazione nazionale dei combattenti, che tra gli obiettivi del proprio operato poneva la realizzazione di un laboratorio di produzioni per impiegare i mutilati, gli invalidi e gli ex-combattenti disoccupati e quella di una scuola³⁰.

Il Comitato per la protezione e l'assistenza agli invalidi di guerra di Bari presentò il progetto della Scuola di rieducazione all'Opera nazionale, che a giugno del 1918 comunicò di assumersene l'impegno e di voler rimborsare le spese, pur chiedendo che si utilizzasse allo scopo anche il fondo elargito dalla Provincia per i combattenti. Per curare l'avvio della Scuola destinò il capitano medico Angelo Lavermicocca³¹, addetto alla Direzione di sanità della III Armata, che a tal fine sarebbe stato trasferito in città³². Solo a marzo dell'anno successivo arrivò l'incarico all'ufficiale medico³³.

²⁹ ASB, *Comune di Bari, III deposito post-unitario*, b. 1431, fasc. 4, Lettera del presidente dell'Associazione nazionale fra i mutilati e gli invalidi di guerra, Sezione di Bari, al sindaco, Bari, 5 aprile 1918.

³⁰ Il Comune elargì all'associazione per la realizzazione di questi scopi un contributo di 7.000 lire (Ivi, *Delibera del Consiglio comunale*, 28 marzo 1919).

³¹ Angelo Lavermicocca (1885-1942), nato a Bari e laureato a Bologna, iniziò il suo tirocinio come ortopedico nella sezione di chirurgia infantile dell'ospedale dell'Adolorata di Bologna. Durante il primo conflitto mondiale prestò servizio al fronte nella III Armata presso l'unità sanitaria diretta da Lorenzo Bonomo (per la biografia di Lavermicocca cfr. L. BADER, *Genesi ed evoluzione dell'ortopedia in Italia: dalla chirurgia del Medioevo alla chirurgia ortopedica dei nostri giorni*, Liviana, Padova 1962, pp. 256-257).

³² ASB, *Prefettura, Gabinetto, I serie*, b. 20, fasc. 9, Lettera del presidente

Il 26 agosto del 1918 l'Opera Pia Di Venere³⁴ approvò il contratto di cessione dei locali della propria sede di Carbonara al Comitato per la protezione e l'assistenza agli invalidi di guerra di Bari. Il contratto stabiliva che la sede sarebbe rimasta in concessione gratuita fino a due anni dal termine della guerra e che, al momento della restituzione, tutti gli arredi e gli strumenti contenuti nei locali sarebbero rimasti di proprietà dell'Opera Pia. Inoltre, il Comitato s'impegnava ad assumere le suore ed altro personale dello stesso ente³⁵. Avendo trovato la sede, avendo ottenuto l'assenso dell'Opera nazionale e la nomina del direttore, il Comitato locale iniziò l'impianto della Scuola di ri-educazione ed officina di protesi, giovandosi della contribuzione volontaria e di assegnazioni di vari enti.

L'inaugurazione della Scuola avvenne il 19 giugno 1919³⁶. La Scuola contava 50 posti. Dei laboratori era stato attivato solo quello di vimineria, mentre erano in via di allestimento gli altri di falegnameria, calzoleria, fabbricazione delle scope ed agrario. Erano previsti anche una scuola elementare, una sala per conferenze ed il teatro³⁷. Erano state impiantate le sale operato-

dell'Opera nazionale per la protezione ed assistenza degli invalidi di guerra al presidente del Comitato di Bari, Roma, 18 giugno 1918.

³³ Ivi, *Lettera del presidente dell'Associazione nazionale fra i mutilati e gli invalidi di guerra al prefetto di Bari*, Roma, 10 marzo 1919.

³⁴ L'Opera Pia Di Venere era stata creata nel 1875 per legato testamentario del sacerdote Michelangelo Di Venere e poi arricchita dalla donazione di Rosa Di Venere. Essa fu finalizzata all'apertura di un ospedale per i malati poveri di Carbonara con annesso orfanotrofio femminile (cfr. *Statuto organico dell'Opera Pia Di Venere in Carbonara di Bari*, Laterza, Bari 1908); nel 1917 fu approvata una riforma dello statuto che, in concomitanza con l'accettazione di un secondo legato testamentario di Rosa Di Venere, escludeva dagli scopi dell'Opera Pia la creazione dell'orfanotrofio e confermava solo quella dell'ospedale (ASB, *Comune di Bari, III deposito post-unitario*, b. 578, fasc. 2, *Delibera dell'Amministrazione dell'Opera Pia Ospedale-Orfanotrofio Di Venere*, Carbonara, 28 agosto 1917).

³⁵ A. CIAULA, G. CIAULA, R. DE ADESSIS, *La famiglia Di Venere, l'Opera Pia e l'Ospedale di Carbonara, la Biblioteca Di Venere-Ricchetti*, Edizioni Litopress, Bari 2004, pp. 62-63. Alla fine del 1917 l'Opera Pia mise a disposizione alcuni locali per l'accoglienza di 54 profughe croniche del ricovero Giustinian di Venezia, allestendo di fatto un piccolo ospedale. Le profughe restarono a Carbonara per un anno, poi furono trasferite dal prefetto di Bari (*Ibidem*).

³⁶ An., *Inaugurazione dell'Istituto di rieducazione dei mutilati di guerra*, «Corriere delle Puglie», 20 giugno 1919, p. 3.

³⁷ La riqualificazione dei reduci mutilati doveva passare necessariamente da una lo-

rie, quelle di radiografia, di terapia fisica, di elettroterapia e meccanoterapia. L'officina per la costruzione e riparazione delle protesi era ancora in fieri al momento dell'inaugurazione, poiché i macchinari non erano arrivati.

La funzione degli istituti di rieducazione di invalidi e mutilati di guerra, come quello di Bari, era di fatto duplice: essi erano stati concepiti all'inizio con lo scopo di aiutare i reduci a riprendere il proprio mestiere o ad apprenderne uno nuovo, superando alle difficoltà motorie di varia natura; subito dopo era apparso chiaro, però, che il recupero degli invalidi doveva passare per la cura fisica o, se necessario, per l'intervento chirurgico estetico o funzionale. Questo spiega perché, oltre le officine dei mestieri, in queste scuole furono presenti sale operatorie e ambulatori per le diverse terapie. Inoltre, come nel caso di Bari, la direzione degli istituti fu affidata ad ortopedici, che avevano anche competenze protetiche. Essi dovettero fare i conti con un polimorfismo notevole delle lesioni traumatiche, che richiedeva interventi complessi e di tipologia molto varia, al fine di attenuare i deficit esistenti o evitare conseguenze postume a carico delle strutture osteo-articolari. Le terapie, dovevano essere stabilite individualmente, applicando il principio che la guarigione anatomica dovesse essere completata dal recupero funzionale.

In sintesi, le scuole di rieducazione dell'Opera nazionale di fatto si sobbarcarono il gravoso compito dell'assistenza medica e del reinserimento sociale dei feriti della guerra, mentre la Sanità militare trattò questo dovere sommariamente, assumendosi solo la responsabilità del primo intervento riparatore.

A Bari la Scuola fu affidata ad Angelo Lavermicocca, che aveva lavorato al Pio istituto dei rachitici di Milano, il più antico istituto ortopedico d'Italia, il quale dal luglio 1915 aveva gestito il reparto chirurgico dell'Ospedale di riserva per i mutilati di guerra e fondato l'Officina nazionale della protesi di Gorla I. Iniziando la sua esperienza con la costruzione di sussidi per gli

storpi e gli invalidi civili³⁸, Lavermicocca aveva, poi, ideato arti artificiali ed altri apparecchi per la diagnosi e la rieducazione dei soldati mutilati.

La produzione tutta italiana di questi ausili divenne notevole negli anni di guerra, se confrontata con la medesima industria di qualche decennio prima.

L'esigenza del recupero dei mutilati impose, che la progettazione delle protesi non dovesse dipendere dall'improvvisazione di artigiani sprovvisti, ma doveva derivare dalla ricerca di medici specialisti³⁹. Ad Imola Giuliano Venghetti⁴⁰ aveva ideato già dalla fine del secolo precedente protesi cinematiche, che, riuscivano a recuperare masse muscolari anatomicamente mutilate (motore plastico), collegate ad un attacco inorganico, per comunicare il movimento alla protesi⁴¹. Le sue tecniche avevano suscitato scarsa attenzione tra gli ortopedici e generato solo pochi emuli, come Lavermicocca⁴²; allo scoppio della Grande Guerra quelle idee furono rivalutate, poiché si percepì con chiarezza la necessità di rendere più efficienti gli ausili per i mutilati.



Fig. 1 – Apparecchio per la rieducazione degli arti mutilati di A. Lavermicocca (1917).

³⁸ A. LAVERMICOCCA, *Apparecchio per scrivere con la bocca*, «Archivio di Ortopedia», 37, 1, 1921, pp. 37-44; ID., *Scala orizzontale graduabile per la rieducazione del cammino*, «Archivio di Ortopedia», 37, 1, 1921, pp. 31-36.

³⁹ B. BRACCO, *op. cit.*, pp. 114-120.

⁴⁰ N. SPINA, *Giuliano Vanghetti e le mutilazioni degli ascari: quando compassione e sensibilità scatenarono l'ingegno*, «G.I.O.T. Giornale Italiano di Ortopedia e Traumatologia», 5, 2009, pp. 170-178.

⁴¹ G. VENGHETTI, *Le fondamenta della protesi cinematica*, «Bollettino della federazione nazionale dei comitati di assistenza ai militari ciechi, storpi e mutilati», 3, 2, 1918, pp. 38-41.

⁴² A. LAVERMICOCCA, *Apparecchio di protesi cinematica per le falangi della mano*, «Archivio di Ortopedia», 30, 2, 1913, pp. 520-525.

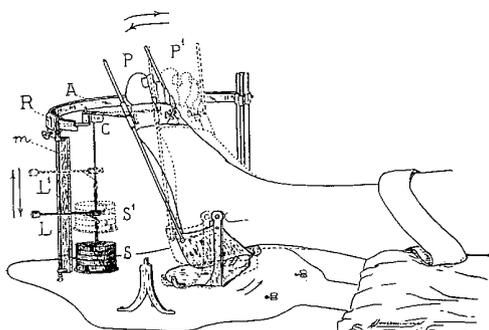


Fig. 2 – Mobilizzatore generale del piede di A. Lavermicocca (1923).

Lavermicocca portò a Bari l'esperienza maturata nel trattamento degli storpi dell'istituto milanese, ma anche quella realizzata al fronte, progettando e facendo costruire uno strumento per la mobilizzazione degli arti di mutilati costretti a continuare le cure negli ospedali in zona di guerra⁴³. Nella Scuola barese utilizzò il suo ileocoxometro (specifico per misurare la deviazione della colonna), per stabilire gli scompensi scheletrici generati dalla perdita degli arti⁴⁴; oppure, il mobilizzatore generale del piede, per esercitare la muscolatura compromessa nella terapia post-operatoria oppure per scoprire eventuali contratture simulate. Altri strumenti furono ideati da Lavermicocca esclusivamente per la rieducazione al lavoro degli invalidi, come un serranodo per una mano⁴⁵.

L'Opera nazionale acquisì la proprietà della Scuola di Carbonara ad ottobre del 1919, estromettendo il Comitato locale, che, invece, aveva mostrato interesse e partecipazione nella fase

⁴³ ID., *Sulla restaurazione funzionale e sull'orientamento professionale dei mutilati ed invalidi permanenti nella zona di guerra*, Longo, Treviso 1917.

⁴⁴ ID., *L'ileocoxometro in funzione di livellatore*, «Archivio di Ortopedia», 37, 2, 1921, pp. 279-310.

⁴⁵ ID., *La trazione continua correttiva e la rieducazione funzionale precoce del piede. Teorie e loro applicazioni a mezzo del Mobilizzatore Generale del Piede*, «Archivio di Ortopedia», 39, 2, 1923, pp. 251-372; ID., *Serranodo a una mano per i tessili. Problemi di rieducazione professionale degli invalidi del lavoro*, «Archivio di Ortopedia», 40, 3, 1924, pp. 525-562.

d'impianto⁴⁶. Di questa situazione il presidente del Comitato, Lorenzo Bonomo, si lamentò con i vertici nazionali, poiché riteneva che fosse stata ingiustamente messa in discussione la correttezza dell'operato barese⁴⁷.

Nella relazione delle attività svolte dal 1917 al 1920 il presidente dell'Opera nazionale si esprimeva con orgoglio per il lavoro compiuto a Bari per una casa di rieducazione, che "attraverso non poche difficoltà" ora funzionava «con la più viva soddisfazione di coloro che sono chiamati a frequentarla»⁴⁸.

L'Opera nazionale aveva riversato molti fondi nel funzionamento di queste strutture. In effetti, le Scuole di rieducazione ospitavano gli invalidi per conto dell'amministrazione militare per non più di sei mesi; dopo questo termine, poiché in genere i pazienti non erano in grado di ritornare alla vita attiva, venivano trattenuti a spese dell'Opera. Anche l'assistenza protetica era elargita all'inizio dalla Sanità militare; successivamente, per le sostituzioni e le riparazioni, che potevano essere richieste per tutto il corso della vita dell'invalido, interveniva l'Opera attraverso le sue officine, quelle nazionali di Gorla 1 a Milano e l'Istituto ortopedico Rizzoli a Bologna e quelle regionali, create nelle Scuole di rieducazione. Questa situazione cambiò presto. Se per effetto dell'emergenza del periodo bellico l'Opera nazionale era stata favorevole a dislocare sul territorio il servizio di fornitura protetica, apparve chiaro, dopo pochi anni, che l'imperizia delle maestranze locali generava disagi e spreco di denaro. Con la fine della guerra molti dei militari che lavoravano nelle officine furono congedati, aumentando le difficoltà. Nel

⁴⁶ OPERA NAZIONALE PER LA PROTEZIONE ED ASSISTENZA DEGLI INVALIDI DELLA GUERRA. FEDERAZIONE NAZIONALE DEI COMITATI D'ASSISTENZA AGLI INVALIDI DELLA GUERRA, *L'opera di assistenza agli invalidi della guerra svolta in Italia, 1915-1919*, Tip. Unione Editrice, Roma 1919, p. XXII. La Rappresentanza provinciale di Bari risultava commissariata ed il Comitato, che prima l'aveva tenuta, estromesso, probabilmente perché non riconosciuta da un decreto ufficiale.

⁴⁷ ASB, *Prefettura, Gabinetto, I serie, b. 20, fasc. 9*, Lettera di Lorenzo Bonomo al prefetto di Bari, Roma, 17 febbraio 1920.

⁴⁸ OPERA NAZIONALE PER LA PROTEZIONE E L'ASSISTENZA DEGLI INVALIDI DELLA GUERRA, *L'assistenza agli invalidi della guerra, 1917-1920. Relazione presentata dal Consiglio di amministrazione dell'Opera nella seduta del 22 luglio 1920*, Tip. Unione Editrice, Roma 1920, p. 31.

1922 l'Opera nazionale stabilì che solo le officine efficienti sarebbero rimaste, estendendo la loro presenza nel Regno con succursali, e che sarebbe stata uniformata la produzione. In seguito a questa riforma tutta la fascia orientale dell'Italia, da nord a sud, fu fornita dall'Istituto Rizzoli. Bari aderì al contratto e, quindi, si rese superflua l'attività che era stata avviata in loco.

La Scuola di rieducazione ebbe ugualmente vita breve. Nel giro di pochi anni tutte quelle create sul territorio nazionale esaurirono la loro funzione: il numero dei frequentanti dopo il 1920 scemò drasticamente, perché man mano che i mutilati tornavano alle attività lavorative, altri non ne prendevano il posto. I costi, invece, proporzionalmente divennero maggiori. L'Opera nazionale decise, quindi, nel 1922 di chiudere tutte le Scuole⁴⁹.

Ad aprile dello stesso anno il presidente dell'Opera Pia Di Venere, Francesco Damiani, riebbe, dopo vivaci pressioni, parte dei locali messi a disposizione dell'Opera nazionale per l'impianto della Scuola barese, tranne alcuni, in cui furono ammassati i macchinari dismessi dai laboratori⁵⁰. Nei mesi successivi preparò l'impianto del futuro Ospedale Di Venere, che fu inaugurato il 1° settembre del 1923, portando a compimento l'attività iniziata negli anni del conflitto⁵¹.

⁴⁹ ID., *Relazione sull'attività svolta nel 1920, 1921, 1922*, Cooperativa tipografica Castaldi, Roma 1923, p. 68.

⁵⁰ ASB, *Prefettura, Gabinetto, 1 serie*, b. 20, fasc. 9, Lettera di Francesco Damiani al prefetto di Bari, Bari, 4 aprile 1922. Una lettera del 23 aprile 1923 dello stesso Damiani al prefetto attesta che ancora dopo un anno l'Opera nazionale non aveva liberato tutti i locali della Scuola.

⁵¹ A. CIAULA, G. CIAULA, R. DE ADESSIS, *op. cit.*, p. 68. L'ospedale Di Venere fu istituito anche con l'intento di offrire alla Facoltà di Medicina della costituenda Università di Bari una prima struttura policlinica per la formazione degli studenti (ASB, *Comune di Bari, III deposito post-unitario*, b. 578, fasc. 2, Lettera di Francesco Damiani al sindaco, Bari, 1° luglio 1922).

Malato di guerra

Ci sono aspetti della medicina e della sanità, nel quadro di quello che è stato chiamato il “fronte interno” della Grande Guerra, a Bari e nei territori limitrofi, ancora poco studiati. Lo strazio dei combattimenti incombeva sia sulle regioni coinvolte in prima linea che su quelle distanti dagli scontri, giocoforza coinvolte e stravolte dal riflesso dei fuochi lontani. Uno spazio “misto”, di transito, non omogeneo, in cui si sovrapponevano e si intersecavano le logiche della guerra con quelle della vita civile: distante, quest’ultima, solo in termini spaziali, ma vicina in termini sentimentali ed emozionali. Dalle epidemie di malattie infettive, alle questioni della psichiatria di guerra, dall’organizzazione sanitaria all’individuazione di alcune figure significative, si tratteggia un affresco, anche se incompleto e parziale, che evidenzia la necessità di nuove e più approfondite ricerche. Il testo rappresenta un contributo originale che si aggiunge ai recenti studi sull’argomento, con lo scopo di dettagliare con una più adulta coscienza storica questo doloroso ed eroico capitolo delle vicende del territorio.

Contributi di Benedetta Campanile, Francesco Paolo de Ceglia, Lucia De Frenza, Liborio Dibattista, Pasquale Guaragnella, Vito Antonio Leuzzi, Luigi Masella, Elisa Montanari, Caterina Tisci.

Liborio Dibattista è docente di Storia e Filosofia della scienza presso l’Università degli Studi di Bari Aldo Moro. Si occupa di storia delle neuroscienze e di epistemologia delle scienze della vita. Ha pubblicato di recente *Emozioni infettive. Saggi storico-filosofici sul contagio emozionale* (Mimesis 2015); *Storia della SLA. Forme nel tempo della malattia di Charcot* (FrancoAngeli 2016).



“Seminario di Storia della Scienza” – Centro di ricerca dell’Università degli Studi di Bari Aldo Moro, dell’Università del Salento, dell’Università del Molise, dell’Università della Basilicata, del Politecnico di Bari e dell’Università di Foggia.

In copertina

Sala operatoria dell’Ospedale della Pubblica Assistenza di Bari, inizi del Novecento.

ISBN 978-88-255-9739-7



9 788854 897397

12,00 euro