

L'infermieristica durante il primo conflitto mondiale: studio storico sulle competenze nel soccorso in prima linea (1915-1918)

Nursing during the First World War: a historical study on front line rescue skills (1915-1918)

Danilo De Leo,¹ Giacomo Maria Cantù²

¹Infermiere U.O. di Pronto Soccorso, ASST Melegnano e Martesana, P.O. Cernusco sul Naviglio (MI); ²Infermiere di Pronto Soccorso, IRCCS San Gerardo dei Tintori, Monza, Italia

RIASSUNTO

Introduzione: la Grande Guerra fu il primo vero conflitto tra potenze economiche e industriali. L'Italia entrò in guerra il 24 maggio del 1915, ad un anno dallo scoppio del conflitto; uno sforzo pagato a duro prezzo dagli italiani (circa 680.000 morti e 460.000 ammalati, mutilati ed invalidi). L'organizzazione della sanità militare italiana risultò insoddisfacente per cui vennero formate e impiegate anche infermiere volontarie della Croce Rossa Italiana. Obiettivo della ricerca è stato analizzare alcuni elementi della storia dell'assistenza infermieristica dal 1915 al 1918. L'elaborato farà luce sul ruolo svolto e sulle competenze dal personale infermieristico sui campi di battaglia e negli ospedali delle retrovie.

Materiali e Metodi: gli autori hanno condotto uno studio con metodo storico, attraverso una ricerca condotta in archivi storici e tramite fonti digitalizzate istituzionali. La metodologia della ricerca storica, classificazione e interpretazione delle fonti segue il modello di Chabod, Droysen e Bloch.

Risultati: le infermiere della Croce Rossa Italiana risultavano in possesso di un'ottima preparazione sia nell'assistenza infermieristica ospedaliera che in teatri di guerra, sia nell'affiancare il personale medico che nell'applicare le tecniche di primo soccorso ai feriti del fronte.

Conclusioni: l'analisi condotta ha evidenziato l'importanza di un recupero consapevole della memoria storica dell'assistenza infermieristica come strumento per comprendere l'identità professionale e rafforzarne le fondamenta etiche e culturali della professione. Malgrado la professione infermieristica fosse ancora *invisibile* si può affermare che quell'identità professionale iniziò a formarsi proprio dal primo dopoguerra.

Key words: personale militare e infermieristico, assistenza sanitaria in guerra, primo soccorso feriti, sanità militare italiana.

ABSTRACT

Introduction: the Great War was the first major struggle between economic and industrial forces. Italy entered the war on May 24, 1915, one year after the conflict began; an effort that cost the Italians dearly. The Italian military health system's organization was inadequate, therefore volunteer nurses from the Italian Red Cross were trained and employed. The goal is to examine various aspects of nursing history from 1915 to 1918 in order to better understand the role and talents of nursing personnel on battlefields and in rear hospitals.

Materials and Methods: we used the historical method in our study, doing research in historical archives and institutional digitized sources. Chabod, Droysen, and Bloch provided the methodology for historical research, as well as the classification and interpretation of sources.

Results: the Italian Military Healthcare Organization, which provided care for the injured person, had to make a staged travel. The Italian Red Cross nurses were found to have good training in both hospital nursing and war zones, aiding medical staff and administering first aid to the injured on the front lines.

Conclusions: the study emphasized the relevance of intentional recovery of historical memory in nursing care as a tool for understanding professional identity and strengthening the profession's ethical and cultural foundations. Although the nursing profession remained unseen, professional identity began to emerge shortly after the First World War.

Key words: military and nursing personnel, war healthcare, first aid for the injured, Italian military healthcare.

Correspondente: Danilo De Leo, Infermiere U.O. di Pronto Soccorso, ASST Melegnano e Martesana, P.O. Cernusco sul Naviglio (MI), Italia.

E-mail: danilodeleo@gmail.com

Introduzione

La Prima guerra mondiale conosciuta anche come la Grande Guerra, che devastò gran parte dell’Europa, vide coinvolte per la prima volta anche le potenze extra-europee come Giappone e Stati Uniti d’America. Ciò che caratterizzò questo conflitto rispetto ai precedenti fu, oltre all’utilizzo di nuove armi (aerei, carri armati e sottomarini) il coinvolgimento totale di tutti gli Stati belligeranti anche a livello economico, amministrativo e politico.¹

Il *casus belli* fu l’assassinio, a Sarajevo, all’erede al trono austriaco Francesco Ferdinando e di sua moglie Sophie Chotek von Chotkowa da parte di uno studente nazionalista serbo. Si creò una serie di meccanismi dettati da alleanze tra gli stati per cui in pochi mesi si aprì il “grande” teatro di guerra nel continente europeo. L’Austria, spalleggiata dalla Germania, diede l’ultimatum alla Serbia invitandola alla sottomissione; la Serbia non acconsentì a tutte le richieste così l’Austria il 28 luglio 1914 dichiarò guerra alla Serbia; la Russia rispose schierandosi a favore della Serbia. Il 3 agosto 1914 la Germania dichiarò guerra alla Francia ed il 4 agosto 1914 l’Inghilterra dichiarò guerra alla Germania a causa della minaccia data dall’occupazione della costa belga da parte dei tedeschi.^{1,2}

Allo scoppio della Grande Guerra l’Italia assunse una posizione di neutralità, per poi entrare in guerra un anno dopo, il 24 maggio 1915. Nel contesto italiano molte istituzioni cittadine e private furono coinvolte: la mobilitazione riguardò in modo diretto ed indiretto tutta la popolazione italiana, con un impiego di forze che superava di gran lunga le previsioni da parte del governo. Ogni settore, dall’industria alla sanità, ed ogni istituzione operante sul territorio italiano (istituzioni comunali e militari, comitati cittadini su base volontaria fino alle istituzioni di volontariato come la Croce Rossa Italiana) si videro coinvolti nel più grande teatro internazionale dell’era contemporanea.³⁻⁶

L’arruolamento generale riguardò 4 milioni di cui 200.000 uomini effettivi delle classi comprese tra il 1874 e il 1900. L’esercito fu costituito in prevalenza da soldati semplici, di origine contadina, la cui destinazione ai reparti militari era determinata dall’età: i più giovani alla fanteria e gli anziani alla Milizia Territoriale.^{1,7,8}

Nonostante il corpo di Sanità del Regio Esercito Italiano risultasse insufficiente a fronteggiare l’elevato afflusso di feriti, vi era un’organizzazione che dal fronte alle retrovie garantiva ai militi feriti un’efficace trattamento e cura. Il percorso di soccorso sul campo ed assistenziale prevedeva delle tappe ben precise dalla Sanità dell’Esercito: i) Posto di Medicazione: primo luogo dove si prestava assistenza immediata ai feriti situato a circa 500 – 800 metri dalla linea di fuoco (le trincee); ii) Ospedale da campo: ove avvenivano i primi interventi salvavita (chirurgia interventistica, prime medicazioni) da parte del personale sanitario (medici e infermieri del corpo di Sanità del Regio Esercito, infermiere volontarie della Croce Rossa, aiutanti di sanità); iii) Ospedali d’Armata (detti anche Divisionali), situati lontani dalla linea del fuoco ove i feriti venivano stabilizzati, curati e completavano la loro convalescenza; iv) Ospedali Militari di Tappa o di Riserva: i 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’eventuale flusso di rientro dei convalescenti ai reparti.⁹⁻¹²

Scopo

Nonostante la letteratura in merito sia abbastanza prolissa ed abbondante, risulta comunque poco approfondito il ruolo svolto dal personale dedito all’assistenza dei feriti in battaglia. Scopo del presente elaborato è quello di analizzare alcuni elementi della storia dell’assistenza infermieristica nel periodo storico dal 1915 al 1918, gli anni del Primo Conflitto Mondiale. In particolar modo si intende

indagare sulle modalità con cui venivano prestate le cure ai feriti del Regio Esercito Italiano schierati in prima linea, rivolgendo particolare attenzione al paziente con patologie di tipo traumatico afferente al campo chirurgico ed ortopedico/traumatologico. L’elaborato farà luce sul ruolo e sulle competenze dal personale infermieristico maschile e femminile sui campi di battaglia e negli ospedali delle retrovie.

Materiali e Metodi

Questo studio propone un’analisi di fonti storiche documentarie scritte di tipo primario e secondario relative ai primi anni del Novecento italiano e la relativa interpretazione, da cui è possibile adoperare una ricostruzione storica su alcuni aspetti sanitari ed infermieristici del periodo considerato.

L’interesse a sviluppare tale argomento scaturisce da una serie di interrogativi (quesiti di ricerca): i) com’era organizzata in prima linea l’assistenza infermieristica e la Sanità Militare durante la Prima Guerra Mondiale? ii) Quali traumi e quali ferite venivano maggiormente riportate e trattate? iii) Quali furono le modalità di cura dei feriti in battaglia e quali erano le conoscenze in possesso del personale infermieristico dedito alla cura dei feriti durante gli eventi bellici?

La ricerca si è svolta nel periodo da Gennaio 2020 a Gennaio 2021; sono state consultate le opere citate in bibliografia; recuperate e visionate e fonti storiche di tipo primario nei seguenti luoghi: Biblioteca di Scienze della Storia e della Documentazione Storica (sede centrale Università degli studi di Milano); Biblioteca della Fondazione IRCCS Ca’ Granda Ospedale Maggiore Policlinico (Archivio Storico); Biblioteca Centrale del Comune di Milano (Palazzo Sormani); Biblioteca delle Civiche Raccolte Storiche (sede del Museo del Risorgimento, Palazzo Morando – Milano); Biblioteca Nazionale Braidense.

La metodologia utilizzata si articola nelle seguenti fasi: i) ricerca delle fonti: reperimento/consultazione e schedatura fonti ad interesse storico; ii) confronto e analisi delle fonti: classificazione secondo Chabod e Droyseen;^{13,14} verifica di autenticità delle fonti tramite esame estrinseco e intrinseco; analisi e confronto metodologico; iii) ricostruzione ordinata dei fatti e relativa interpretazione: presentare ed interpretare i contenuti tenendo conto della giusta contestualizzazione delle fonti;¹⁵⁻¹⁷ iv) ricostruzione e interpretazione dei fatti storici secondo la metodologia proposta da Bloch.^{18,19} Alcuni strumenti multimediali utilizzati: accesso al patrimonio culturale della Lombardia catalogato in SIRBeC - Sistema Informativo Regionale Beni Culturali. Le fonti storiche digitalizzate sono consultabili presso l’Archivio Storico della Biblioteca Nazionale Centrale di Roma, l’Archivio Digitale della Biblioteca Braidense di Milano, e l’Università Statale di Torino.

È stato preso in considerazione il materiale documentale a stampa dell’epoca riguardante il trattamento e la cura dei feriti in guerra dall’anno 1914 all’anno 1919. Una volta definiti i margini entro cui far rientrare la ricerca documentale e bibliografica sono stati consultati ed analizzati i materiali ritenuti utili a ricostruire le competenze in possesso del personale di assistenza: i) articoli a carattere medico-divulgativo nella rivista “L’Ospedale Maggiore”, anni (1914-1919);²⁰ ii) composizione ed inventario di un Ospedale di Guerra da 50 letti (1915); iv) manuale teorico utilizzato dalla Croce Rossa per la Scuola Infermieri (1916); v) manuale tecnico-pratico sui bendaggi e medicazioni per degli infermieri della Croce Rossa Militare (1918).

Si precisa che sono state riportate le parti salienti riprese dai testi dell’epoca senza modificarne il linguaggio utilizzato il quale può risultare, spesse volte, difforme dalla lingua italiana odierna.

Risultati

Organizzazione in prima linea dell'assistenza infermieristica e della Sanità Militare durante la Prima Guerra Mondiale

Sono giunte alcune testimonianze circa la carenza di materiali e di personale rispetto alle esigenze reali di cui si abbisognava. Lo zaino di sanità era custodito all'interno del Posto di Medicazione, mentre ad ogni soldato veniva affidato un pacchetto di medicazione con all'interno una benda sterile con due blocchi di garze asettiche (per il foro di entrata e per il foro di uscita). All'interno dello zaino di sanità erano presenti: bende di mussola, fasce di *cambric*, triangoli di stoffa, astuccio chirurgico. In dotazione inoltre avevano ferule, stecche per immobilizzare, qualche barella. Completava la dotazione la tintura di iodio, la morfina, l'atropina, l'ergotina, l'olio canforato e infine il siero antitetanico. All'interno del Posto di Medicazione si eseguivano medicazioni semplici, si decideva quali feriti erano abili a ritornare al combattimento in prima linea e quali dovevano essere spostati presso la *Sezione Sanità* per continuare le cure, infine i morenti e i gravissimi.²¹ La procedura di visita e determinazione delle cure di cui un ferito veniva svolta sia nelle trincee che nei posti di medicazione ed era regolamentata dal Regio Decreto del 9 maggio 1915 in cui veniva disciplinato l'utilizzo della cosiddetta tabella diagnostica mod. 905. Tale tabella veniva posta, mediante una apposita asola, sulla divisa del militare ferito e riportava in modo sintetico dati anagrafici, tipo di ferita e l'indicazione alla trasportabilità urgente o alla non trasportabilità del ferito.²¹ Il tagliando di colore verde apposto sulla divisa del ferito segnalava la trasportabilità presso l'ospedale più vicino; viceversa significava che il ferito era grave non trasportabile e quindi da trattare nel posto di medicazione più vicino alle linee del fuoco".²²⁻²⁵

Traumi e ferite maggiormente riportate e trattate

Da alcuni resoconti e pubblicazioni a carattere scientifico-divulgativo di alcuni chirurghi in prima linea possiamo ricavare utili informazioni sulla casistica dei feriti. La maggior parte delle ferite erano riportate agli arti superiori e inferiori. Molto spesso gli arti risultavano irrecuperabili e la chirurgia demolitiva per i medici sembrava l'unica via d'uscita. Una Circolare del comando supremo, datata 10 ottobre 1915, obbligava i medici di temporeggiare il più possibile perché era una pratica abbastanza cruda "la demolizione di parti del corpo così essenziali alla vita possa essere fatta a cuor leggero a danni dei nostri soldati".²⁶

Le ferite al torace nella maggior parte dei casi erano letali nell'immediato: "se il paziente dovesse sopravvivere allora il trattamento indicato sarebbe di tipo conservativo, spostandolo il meno possibile". Nelle fratture costali il dolore è una parte molto importante e alcuni autori consigliavano l'utilizzo della morfina per attenuarlo. Nel caso di fratture costali e perdita di sangue era consigliato l'utilizzo di un punto di sutura peri-costale. Questo punto di sutura permetteva la chiusura dell'arteria lesa comprendendola contro l'osso e favorendo l'emostasi.²⁵

Le ferite al cranio all'inizio della guerra erano maggiormente frequenti, ma vi fu un netto calo di tali ferite con la successiva introduzione di elmetti donati dall'Esercito Francese. Le ferite penetranti scomparvero velocemente ma continuarono ad essere presenti le ferite di tipo commotivo.²⁷

La chirurgia civile era solita intervenire in modo cruento quando si trattava di interventi addominali. Nell'ambito civile i pazienti operati all'addome riuscivano a sopravvivere grazie alle sale e alla sterilità. La chirurgia addominale in guerra invece tendeva ad essere conservativa e spesso si preferiva non intervenire. Il trattamento

abituale era il digiuno, oppiacei per il controllo del dolore ed il rallentamento peristaltico e la posizione semi-seduta per raccogliere alla base della cavità addominale i liquidi purulenti.²⁵

Le conoscenze e le competenze teoriche e pratiche del personale infermieristico

Così come riportato nei manuali d'epoca si denota che le infermiere volontarie impiegate presso gli ospedali da campo e/o territoriali dovevano avere un'ampia preparazione sia teorica che pratica nel trattamento di fratture. Nella fattispecie vengono minuziosamente descritti tutti i passaggi per eseguire un gesso di immobilizzazione di un'articolazione e/o di un arto fratturato. Veniva richiesta la conoscenza e la preparazione di bende gessate e conoscenza dei vari materiali da utilizzare per la preparazione.^{28,29}

Nel campo delle medicazioni di ferite da effettuarsi in maniera sterile in modo da scongiurare il più possibile le infezioni di ferite difficili.^{28,29}

I manuali didattici per infermiere volontarie erano molto dettagliati nel descrivere ogni tipo di fasciatura possibile, per ogni tipo di ferita: fasciature del capo come la "Cappellina di Ippocrate"; fasciature del tronco e degli arti come la "spica della spalla"; così come la cosiddetta fasciatura a "testuggine" del gomito o del ginocchio.^{28,29}

Non poteva mancare, vista la percentuale alta di amputazioni, la fasciatura ricorrente per moncone d'amputazione.²⁸

Altra particolarità erano i bendaggi eseguiti con bende a triangolo dette bende di Mayor-Esmarch.²⁸

Organizzazione delle sale operatorie

"La sala operatoria è formata dalla sala propriamente detta e da due anticamere, la prima dove si prepara il malato e il chirurgo, la seconda dove si trova l'autoclave e si sterilizzano i ferri.

Vi sono delle esperte infermiere che leggono per così dire nel pensiero e ad un semplice cenno porgono gli oggetti necessari. La disinfezione delle mani resta necessaria al pari del chirurgo, durante l'intervento ci possono essere problemi di mancamento e svenimento del paziente e l'infermiera deve provvedere a far trovare le iniezioni eccitanti pronte (canfora, etere, caffefina). Oltre ai ferri deve essere pronta a porgere gli aghi da sutura; come fili si possono utilizzare o la seta o il *catgut* (filo in fibra di animale) già pronti quando la casa produttrice li fornisce. Deve essere pronta anche la maschera per l'anestesia e una pinza per la lingua. Finita la seduta operatoria, l'infermiera deve sorvegliare il malato, osservando il polso e il respiro, curandosi della possibilità di vomito dovuta al cloroformio, della medicatura non venga imbrattata e che non rischi il soffocamento. Non potrà bere, ma solo inumidire le labbra, al massimo con il permesso del medico si potrà dare qualche pezzetto di ghiaccio. Occorrerà impedire che l'infermo si agiti risvegliandosi, soccorrendolo in caso di depressione od emorragia post-operatorie con iniezioni ipodermiche di sostanze eccitanti, in attesa del medico."²⁸

I soccorsi in urgenza

Per le ferite da arma da fuoco "la cura consiste nell'impedire l'ingresso e lo sviluppo dei germi nella ferita. Se non è presente immediatamente il chirurgo bisogna coprire con materiale antisettico la ferita, non bisogna toccarla perché potrebbe crearsi un danno perché non si conosce la pratica chirurgica. Le mani devono essere pulite, bordi della ferita lavati con alcool o sapone stando attenti a non far finire dentro il liquido nella ferita. Si deve irrigare la ferita allontanando corpi estranei e pulendola bene."²⁹

Per le fratture "la cura prevede l'immobilizzazione provvisoria con stecche improvvise e fasciature, bagno freddo, protezione della ferita o della lacerazione con medicatura asettica se la frattura

è accompagnata a lesioni delle parti molli. Per diminuire il dolore è necessario applicare ghiaccio sulla parte fratturata o l'acqua vegeto-minerale. Si immobilizza o con stecche o con apparecchi gessati o inamidati. Le stecche sono generalmente usate come soccorso d'urgenza. In mancanza delle stecche si possono usare pezzi di legno, ombrelli, bastoni, foderi di baionette o sciabole [...] il trasporto deve essere eseguito con cautela, si utilizzano le barelle apposite, nel caso in cui manchino si possono usare tavoli, porte, mezze finestre. Viene sconsigliato il materasso perché si avvallano.²⁹ Per le emorragie i manuali indicavano la compressione a monte dell'emorragia sia con le mani che con oggetti recuperabili in natura (sassi), una particolarità era l'indicazione, in caso di grosse emorragie degli arti inferiori, l'utilizzo di una forma rudimentale di *tourniquet* utilizzando cinghie o fasciature inserendovi un pezzo di legno da ruotare a vite.^{29,30}

Farmaci e presidi utilizzati

La somministrazione di farmaci avveniva per via orale: si utilizzavano sostanze come canfora, caffenna o etere. Veniva concesso anche al personale non medico di gestire infusioni ipodermiche delle stesse sostanze citate per via orale.^{29,31}

Norme comportamentali per il personale infermieristico

Nei suddetti manuali si dava disposizione alle infermiere di osservare un codice etico e comportamentale, fatto di osservanza delle prescrizioni mediche nel somministrare le giuste dosi di farmaci e di profonda conoscenza delle terapie e di tutte le sostanze in uso.³¹

Discussione

Si può affermare che l'organizzazione e la preparazione delle Volontarie della Croce Rossa era molto solida, ben organizzata secondo un metodo ed un criterio scientifico. La nozionistica era rivolta agli aspetti più pratici che teorici ma che rendevano le crocerossine capaci di assistere in modo impeccabile il chirurgo durante gli interventi, per un'altrettanta impeccabile assistenza al malato nella fase postchirurgica.

Farmaci e liquidi venivano somministrati per via ipodermica probabilmente perché non esistevano presidi adatti ad eseguire una terapia infusionale prolungata visto il carattere di estrema urgenza e velocità d'azione con cui si dovevano evadere o trattare i feriti dal fronte alle retrovie. Contestualizzando il discorso e considerando che ci si riferisce ai primi anni del '900 si apprende che l'unico antidolorifico era la morfina, l'unico antisettico era la tintura di iodio, uniche sostanze eccitanti olio di canfora, caffenna ed atropina; mentre tra i disinfettanti veniva annoverata anche la benzina.

Altra considerazione, nel periodo storico esaminato, riguarda l'assenza di un'organizzazione di categoria per cui un forte limite consisteva nel considerare la *professione* infermieristica come ausiliaria della medicina. Da un lato si può notare una forte produzione scientifica e divulgativa da parte della componente medica, contribuendo maggiormente alla crescita di conoscenze scientifiche e, di rimando, delle competenze atte a trattare eventi traumatici e/o chirurgici. Dall'altra parte vi era una categoria di persone, adeguatamente formate e preparate, seppure in modo disomogeneo, capaci di affiancare con dignità professionale i medici in prima linea e negli ospedali delle retrovie. Stando alle parole di un chirurgo del fronte (dott. Caneva)³⁰ si può apprendere quanto fossero utili e ricercati degli infermieri capaci di confezionare apparecchi gessati in piena autonomia.

Furono questi i primi passi che mossero verso la formazione di

quel pensiero professionale, nel contesto italiano, nonostante vi fossero stati in precedenza altri esempi di persone illuminate e pioniere come, ad esempio, l'infermiera volontaria della Croce Rossa Sita Camperio Meyer (agli inizi del '900).

Gli anni successivi alla Prima Guerra Mondiale furono caratterizzati da una serie di cambiamenti e di interventi politico/legislativi che portarono all'istituzione sulle Scuole Convitto (con il Regio Decreto Legge n.1382 del 1925), espressione di una prima risposta alle criticità riscontrate durante i duri anni di guerra. Le questioni da risolvere nel primo dopoguerra, con urgenza, furono legate alla formazione del personale dedito all'assistenza, alla composizione numerica ed alla necessaria modernizzazione per rispondere ad una sanità ancor più preparata a rispondere alle esigenze della popolazione ed alle istanze sociali.

Conclusioni

L'analisi condotta ha evidenziato l'importanza di un recupero consapevole della memoria storica dell'assistenza infermieristica, non come semplice esercizio retorico, ma come strumento per comprendere l'identità professionale e rafforzarne le fondamenta etiche e culturali. L'infermieristica, oggi sempre più orientata all'evidenza scientifica e all'efficienza tecnica, rischia talvolta di smarrire il legame profondo con le sue radici umanistiche e comunitarie. In questo senso, rileggere la storia della cura alla luce delle figure del passato – come l'esempio delle infermiere volontarie della Croce Rossa, l'operato del Corpo di Sanità Militare del Regio Esercito Italiano, offre l'opportunità di restituire valore all'assistenza nella sua interezza, come atto intellettuale, tecnico e relazionale. È stato indagato come tante procedure, tecniche e conoscenze, utilizzate in un tempo a noi lontano, siano ancora tutt'ora presenti soprattutto nel campo della traumatologia. Questo elaborato può rappresentare un punto di partenza per ulteriori ricerche che approfondiscano il contributo delle esperienze storiche alla formazione dell'identità infermieristica contemporanea, con particolare attenzione alla dimensione educativa dell'assistenza. Accogliere il passato nella cultura attuale significa riconoscerne l'eredità e trarre ispirazione per affrontare le sfide dell'assistenza con uno sguardo più ampio, capace di coniugare sapere, prassi e umanità.

Bibliografia

1. Isnenghi M, Rochat G. La grande guerra: 1914-1918. Bologna: Il Mulino; 2014.
2. Sabbatucci G, Vidotto V. Storia contemporanea: il Novecento. Nuova ed. aggiornata. Roma: GLF editori Laterza; 2008. 471 p.
3. Alessi R. Dall'Isonzo al Piave. Vol. 1. Milano: Mondadori; 1966. 341 p.
4. Staderini A. La grande guerra e il fronte interno. Studi in onore di George Mosse. Camerino: Università di Camerino; 1998.
5. Gibelli A. La grande guerra degli italiani, 1915-1918. Milano: Rizzoli; 2015.
6. Andreoletti A. Uomini, armi e campi di battaglia della grande guerra: fronte italiano 1915-1918. Fabi L., curatore. Milano: Mursia; 2005.
7. Sabbatucci G, Vidotto V. Storia contemporanea: dalla Grande Guerra a oggi. Nuova ed. aggiornata. Roma: Laterza; 2019.
8. Cosmacini G. Guerra e medicina: dall'antichità a oggi. 1 ed. Roma: Laterza; 2011. 210 p.
9. Istituto Superiore di Sanità. Memorie e attualità tra storia e

- salute. 1^a ed. Istituto Superiore di Sanità; 2015. 135 p.
10. Vergani C. Chirurghi in prima linea: storia degli ospedali chirurgici mobili nella Grande Guerra. Udine: Gaspari editore; 2020. 240 p.
 11. Scandaletti P, Mejer C, curatori. Le crocerossine nella grande guerra: aristocratiche e borghesi nei diari e negli ospedali militari; una via per l'emancipazione femminile. Udine: Gaspari; 2008. 318 p.
 12. Nataloni A, Bonetti O. La Sanità militare italiana durante la Grande Guerra: equipaggiamento, struttura e metodologie. Società Storica per la Guerra Bianca. Vol. 12. 2004.
 13. Chabod F, Firpo L. Lezioni di metodo storico. Nuova ed. Roma-Bari: Editori Laterza; 1988. 185 p.
 14. Droysen JG, Caianiello S. Istorica: lezionidi enciclopedia e metodologia della storia (1857). Napoli: Guida; 2003.
 15. Kelly J, Watson R. Instrument development and validation of a quality scale for historical research papers (QSHRP): a pilot study. *J Adv Nurs* 2014;70:2964–7.
 16. Gortner SR. Knowledge development in nursing: our historical roots and future opportunities. *Nurs Outlook* 2000;48:60–7.
 17. Mansell D. Sources in nursing historical research: a thorny methodological problem. *Can J Nurs Res Can Rech En Sci Infirme* 1995;27:83–6.
 18. Bloch M. Apologia della storia o Mestiere di storico. Seconda edizione. Torino: Einaudi; 2009. 254 p.
 19. Bloch M, Pitocco F. Storici e storia. Bloch E, curatore. Torino: Einaudi; 1997. 314 p.
 20. Ospedale Maggiore Milano. L'Ospedale Maggiore. Rivista mensile illustrata di storia, amministrazione, tecnica edilizia, dottrina e pratica sanitaria in rapporto all'assistenza ospitali era in genere ed in ispecie all'Ospedale Maggiore di Milano. 1914.
 21. Lustig A. La preparazione e la difesa sanitaria dell'esercito. 1^a ed. Milano: Ravà & C.; 1915. 40 p. Disponibile presso: [http://bd.fondazionegramsci.org/bookreader/libri/Op_It_St_c ont_135_La_preparazione_e_la_difesa_sanitaria_dellesercito.htm#page/1\(mode/1up](http://bd.fondazionegramsci.org/bookreader/libri/Op_It_St_c ont_135_La_preparazione_e_la_difesa_sanitaria_dellesercito.htm#page/1(mode/1up)
 22. Vittorio E. III. Regio Decreto del 9 Maggio 1915. Sez. II, 656 mag 5, 1915.
 23. Ministero della Guerra. L'Esercito Italiano nella Grande Guerra. Vol. III. Istituto poligrafo dello stato; 1916. 349 p.
 24. Croce Rossa Italiana. Composizione ed inventario di un Ospedale di Guerra da 50 letti [Internet]. Roma: Tipografia delle Mantellate; 1915. 166 p. Disponibile presso: http://digitale.bnc.roma.sbn.it/printedbooks/bnrc_142624/bnrc_142624_001
 25. Uffreduzzi O. Guida per il chirurgo in guerra. 1^a ed. Torino: Unione tipografica editrice tornese; 1915. 197 p. Disponibile presso: <https://www.grandeguerra.unito.it/items/viewer/608#page/%22null%22/mode/1up>
 26. SMREI. Circolare n° 457 Operazioni demolitive sui feriti. 457 ott 10, 1915.
 27. Caneva L. Una difesa metallica contro le ferite del cranio. 1915; Disponibile presso: <http://digitale.bnc.roma.sbn.it/tecadigitale/giornale/CFI0360608/1915/unico>
 28. CRI. Guida per la preparazione del materiale da medicazione, con appunti sulla confezione degli accessori dell'ospedale, sulla sterilizzazione del materiale, sulla preparazione delle fasce gessate e sull'applicazione delle fasciature e dei bendaggi più usuali. 1^a ed. Roma: Tipografia del senato; 1918. 106 p. Disponibile presso: http://digitale.bnc.roma.sbn.it/printedbooks/bnrc_995582/bnrc_995582_001
 29. CRI. Le Lezioni della scuola infermieri. 2^a ed. Udine: Stabilimento Tipografico Friulano; 1916. 82 p. Disponibile presso: http://digitale.bnc.roma.sbn.it/printedbooks/bnrc_142862/bnrc_142862_001
 30. Caneva F. Trattamento delle fratture di femore d'arma da fuoco in guerra. 27 aprile 1917; Disponibile presso: <http://digitale.bnc.roma.sbn.it/tecadigitale/giornale/CFI0360608/1917/unico>
 31. Collini O. Notizie storiche e consigli per i militi e infermieri della Croce Rossa Italiana. 1^a ed. Padova: Tipografia del seminario; 1917. 16 p. Disponibile presso: http://digitale.bnc.roma.sbn.it/printedbooks/bnrc_142923/bnrc_142923_001

Materiale supplementare online

Allegato 1 – Alcune stime della Prima Guerra Mondiale.

Allegato 2 – Classificazione e analisi delle fonti storiche.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano di non avere potenziali conflitti di interesse e tutti gli autori confermano l'accuratezza.

Disponibilità di dati e materiali: tutti i dati analizzati in questo studio sono disponibili nel presente articolo.

Approvazione etica, consenso alla partecipazione, e consenso alla pubblicazione: non applicabile.

Ricevuto: 24 Giugno 2024. Accettato: 28 Giugno 2025.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (CC BY-NC 4.0).

©Copyright: the Author(s), 2025

Licensor PAGEPress, Italy (on behalf of ANIARTI, Italy).

Scenario 2025; 42:598

doi:10.4081/scenario.2025.598

Publisher's note: all claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, the editors and the reviewers. Any product that may be evaluated in this article or claim that may be made by its manufacturer is not guaranteed or endorsed by the publisher.