

Dott. CARMELO MANGANARO

Tenente colonnello medico

LA PROTEZIONE DEI FERITI
E DEI MALATI DA ATTI OSTILI
DURANTE LO STATO DI GUERRA

Estratto da "Le Forze Sanitarie", N. 20, del 30 ottobre 1936·XV

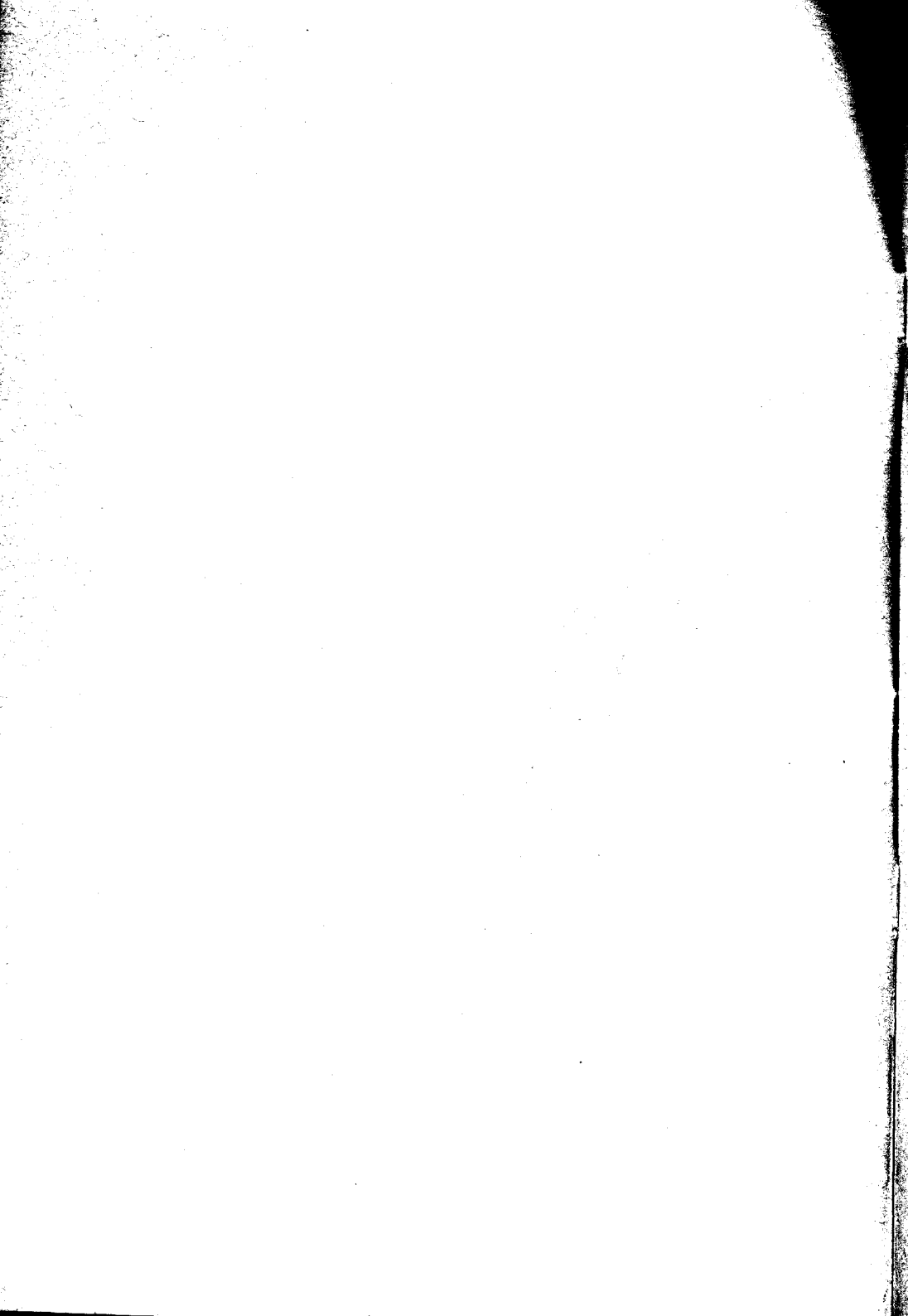
Ma

B

56

52

STABILIMENTO TIPOGRAFICO "EUROPA",
ROMA - VIA DELL'ANIMA, 46

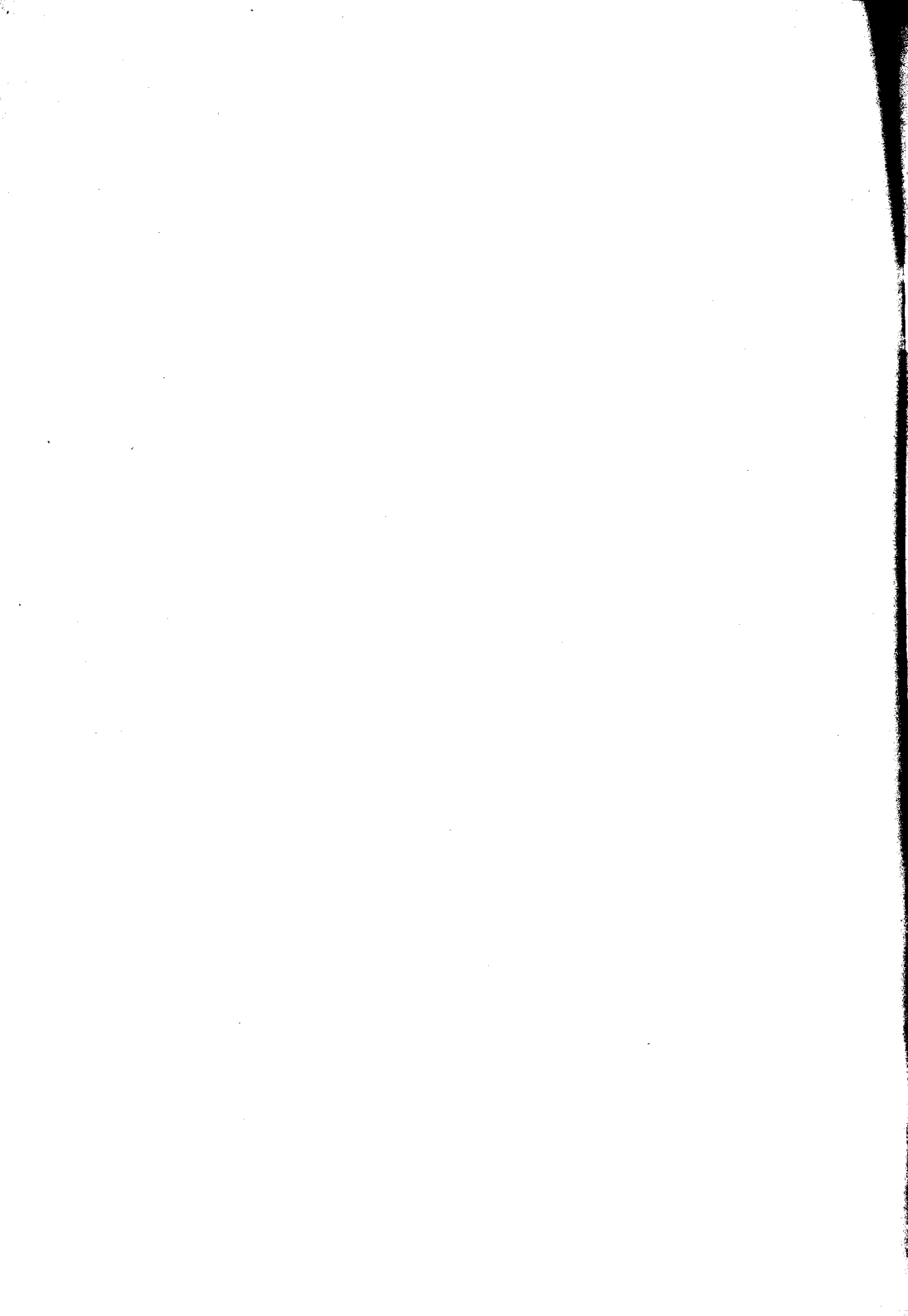


Dott. CARMELO MANGANARO
Tenente colonnello medico

LA PROTEZIONE DEI FERITI
E DEI MALATI DA ATTI OSTILI
DURANTE LO STATO DI GUERRA

Estratto da "Le Forze Sanitarie", N. 20, del 30 ottobre 1936·XV

STABILIMENTO TIPOGRAFICO "EUROPA",
ROMA - VIA DELL'ANIMA, 46



Nella organizzazione del servizio sanitario di guerra, presso tutti gli eserciti, è considerata la costituzione di treni ospedali, attrezzati in modo particolare, per renderli adatti al trasporto di malati e feriti che hanno bisogno di viaggiare coricati. Le vetture di codesti treni sono contrassegnate con una croce rossa in campo bianco, dipinta sul tetto.

Accade talvolta che il numero dei treni, così preparati, non è sufficiente a far fronte alle necessità di sgombero, specie durante le battaglie cruente e di lunga durata e allora si formano treni sanitari improvvisati, costituiti con treni merci vuoti, di ritorno, i quali si impiegano per il trasporto di malati e feriti non particolarmente gravi e per viaggi di breve durata, senza particolare attrezzamento dei veicoli.

Quale sarà la sorte di codesti treni improvvisati in caso di intercettazione del convoglio da parte del nemico o di attacco aereo?

La convenzione di Ginevra del 1929, all'articolo 17, detta le norme da osservarsi da parte dei belligeranti, per i veicoli predisposti per gli sgomberi sanitari che circolino isolatamente o in convoglio.

Orbene, da che cosa è rivelata la predisposizione di un veicolo allo sgombero di malati e feriti? Dal segno distintivo, croce rossa in campo bianco, art. 19 e 20, dipinto sull'imperiale e ai lati del veicolo e dal particolare attrezzamento di esso.

E' evidente per tanto che i treni sanitari improvvisati mancheranno dei segni prescritti dalla convenzione di Ginevra per il loro specifico impiego, la qual cosa non solo farà considerare, in caso di cattura, il materiale rotabile come preda bellica, ma il personale militare preposto al trasporto e quello sanitario sarà considerato prigioniero di guerra e non sarà restituito.

Nè vi può essere dubbio intorno a ciò, perchè il regolare mandato da dare al personale militare del treno è soltanto considerato per i ve-

icoli del servizio sanitario dal 4° comma dello stesso art. 17, mentre il penultimo comma dice testualmente: i mezzi di trasporto militari, che non siano quelli del servizio sanitario, potranno essere catturati.

La sorte dei feriti e dei malati dovrebbe essere garantita dall'art. 1 della convenzione: « dovranno essere rispettati e protetti in ogni circostanza ». Ma la intercettazione del convoglio, che non ha segni distintivi propri di un mezzo di trasporto sanitario, sarà presumibilmente preceduta da atti di guerra, dai quali perciò non saranno risparmiati feriti e malati.

Lo sviluppo preso dall'aviazione e il suo potere offensivo, non soltanto sul campo di battaglia ma in ogni parte del territorio nemico, fanno ritenere indubbio che uno degli obiettivi principali che all'aviazione verrà assegnato sarà l'interruzione delle vie di comunicazione e la distruzione dei convogli e di qualunque mezzo di trasporto, specialmente nel territorio dell'esercito operante, nel quale, presumibilmente, ogni cosa è impiegata per i bisogni dell'esercito. Dal bombardamento aereo non saranno, in nessun caso, risparmiati i treni sanitari improvvisati, perchè essi non portano alcun segno esteriore del loro particolare, occasionale, impiego.

Ormai la protezione dei feriti e dei malati non può più essere presa in considerazione solo sul campo di battaglia e nelle formazioni sanitarie avanzate. Il rischio dell'offesa aerea ha completamente modificato questo concetto, perchè accanto al fronte degli eserciti belligeranti, si costituirà un fronte di offesa nemica all'interno del paese e non è quasi possibile limitarne la estensione. E' perciò che le providenze e le providenze per tutto ciò che si riferisce alla sorte dei feriti e dei malati non devono essere trascurate in nessuna delle particolari situazioni, nelle quali il ferito verrà a trovarsi, dal momento in cui è colpito.

Prendo ora in esame il trasporto e la prote-

zione dei feriti dalla formazione sanitaria più avanzata (sezione di sanità) nelle formazioni, presso le quali avranno il primo trattamento chirurgico, perchè la motorizzazione di grandi unità dell'esercito, per la guerra manovrata, dà al servizio di sgombero una importanza sempre maggiore.

La potenza di fuoco delle armi moderne aveva fatto perdere alle truppe operanti la mobilità, ma il trasporto di esse con mezzi meccanici - l'impiego di armi blindate, che va sempre più diffondendosi, hanno consentito di eseguire non soltanto considerevoli spostamenti di grandi masse di uomini, ma pure la possibilità di combattere e di avanzare sul campo di battaglia, al coperto dai colpi del nemico.

L'attacco, ormai, può manifestarsi improvviso in ogni parte del fronte, almeno al principio di una guerra e il campo delle operazioni può spostarsi rapidamente.

Pertanto il servizio sanitario verrà a trovarsi in condizioni assai difficili, essendo evidente che il trattamento chirurgico dei feriti, nella zona di primo sgombero, diventerà praticamente impossibile. Difatti, poichè le battaglie non saranno precedute da una lunga preparazione e l'attacco potrà essere portato o si manifesterà inatteso in ogni parte del fronte; poichè i mezzi di offesa si perfezionano continuamente e perciò le perdite saranno considerevoli in breve spazio di tempo; poichè la mobilità delle truppe difficilmente consentirà un utile impiego delle formazioni sanitarie di corpo d'armata, è sullo sgombero dei feriti a grande distanza che dovrà essere basata l'organizzazione del servizio sanitario, poichè soltanto nella zona di secondo sgombero potranno esservi le condizioni indispensabili per il normale funzionamento degli ospedali, i quali, ricevendo i feriti dalle formazioni di smistamento e di sgombero, provvederanno al trattamento chirurgico. Lo sgombero dei feriti sarà un compito grave e di difficile soluzione, se non si potrà disporre, con larghezza quasi illimitata, di tutti i mezzi di trasporto più moderni. Per far ciò sarà necessario ricorrere all'impiego di automezzi vuoti di ritorno o anche di colonne di automezzi comuni assegnate, occasionalmente, dai comandi e dalle intendenze, al servizio sanitario, per cooperare allo sgombero dei feriti, insieme con le sezioni d'autoambulanza. Ma il nemico non desisterà certo dal portare la sua offesa sulle vie di comunicazione o con le artiglierie di lunga portata o, più probabilmente, con l'aviazione.

Se i convogli di sgombero dei feriti potessero marciare isolati, magari attraverso a vie di scarsa importanza, si potrebbe essere indotti a ritenere che fossero meno facilmente soggetti ad atti ostili. Ma nella maggior parte dei casi dovranno

incolonnarsi sulle maggiori vie di comunicazione, su quelle cioè più battute dagli aeroplani nemici. Fatalmente ne subiranno le conseguenze i feriti tanto più che gli aeroplani non potranno essere indotti a risparmiare le colonne di automezzi, occasionalmente adibite al servizio sanitario, perchè mancheranno del segno distintivo della convenzione di Ginevra.

Inoltre un attacco di sorpresa sulle vie di sgombero può essere fatto da reparti motorizzati, i quali siano riusciti a penetrare profondamente fra le linee nemiche. In tal caso feriti e malati saranno aggrediti, sempre perchè nessun segno indicherà agli aggressori che si trovano di fronte a mezzi di trasporto impiegati allo sgombero dei colpiti sul campo di battaglia.

SCICHELÉ in un suo pregevole studio critico sulla convenzione di Ginevra (1) ha proposto di provvedere i centri di smistamento dei feriti di emblemi mobili, con la croce rossa in campo bianco, per i veicoli e di bracciali per il personale militare addetto ai trasporti, affinché siano distribuiti gli uni e gli altri solo per la durata del viaggio che essi compiono a scopo sanitario. L'autore non si nasconde la obiezione che un belligerante poco scrupoloso abusò di codesti segni per proteggere colonne di veicoli impiegati al trasporto di rifornimenti di guerra per le truppe operanti. Egli aggiunge però che il sospetto sistematico è riprovevole, perchè ogni convenzione impone obblighi, che sono anche una garanzia per le parti contraenti. Difatti la esecuzione di essi è associata a vantaggi e ad inconvenienti reciproci: sfruttare dei primi ed eludere i secondi non soltanto sarebbe una grave mancanza ad un impegno di onore, ma giustificerebbe atti di rappresaglia. Tutti i patti fra nazioni sono basati sulla fiducia e sulla lealtà delle parti contraenti e non può far eccezione a questa regola la convenzione di Ginevra.

Tuttavia non si può fare a meno dal domandarsi se la soluzione proposta da SCICHELÉ, senza dubbio logica e pratica, corrisponda alla lettera dell'art. 17 della convenzione di Ginevra, il quale considera soltanto i veicoli *predisposti* agli sgomberi sanitari, escludendo implicitamente quelli improvvisati.

Per ciò che riguarda l'aviazione sanitaria, come è noto, in base alle disposizioni dell'art. 18 della convenzione, gli aeroplani sanitari devono essere dipinti in bianco e portare la croce rossa; rimane pertanto escluso l'impiego, per lo sgombero dei feriti, di aeroplani che non siano predestinate a tale uso, non essendo possibile improvvisare la speciale colorazione degli apparecchi.

(1) SCICHELÉ: *La convention de Genève e la guerre moderne*, «Revue de Service de Santé Militaire», numero 6, 1935.

* * *

Le formazioni sanitarie avanzate (ospedali da campo) e, per conseguenza, i feriti e i malati che vi sostano, più o meno a lungo, saranno protetti da atti ostili?

Teoricamente sì, in pratica no.

Il tiro eseguito da artiglierie a lunga portata, per un dato bersaglio ha oscillazioni notevoli nel punto di scoppio dei proiettili ed è impossibile avere la certezza di non colpire qualche formazione sanitaria, tenendo in considerazione che si tratta quasi sempre di tiro indiretto. Se poi il bombardamento è fatto con proiettili caricati a gas o con proiettili incendiari sono imprevedibili le conseguenze che potrà averne una formazione sanitaria, anche se lo scoppio ha luogo a distanza tale da evitare i rischi derivanti dalla esplosione del proiettile.

Per i bombardamenti aerei la situazione è peggiore, perchè lo scarto che può avere una bomba lanciata a certe altezze da un aeroplano, rispetto al bersaglio preso di mira, può raggiungere i mille metri. Su questo argomento dovrò tornare ad intrattenermi in seguito.

Intanto è facile osservare che ogni formazione sanitaria avanzata non potrà praticamente essere isolata a tal segno da avere intorno a sé uno spazio libero del raggio di un chilometro.

In una mia precedente pubblicazione (1) ho riferito intorno alla proposta fatta da SCICKELÉ nel 1932 all'Ufficio internazionale di documentazione di medicina militare. Egli ha sostenuto l'opportunità di riunire in una stessa località le formazioni sanitarie di ricovero, in modo da costituire veri villaggi o piccole città sanitarie, la ubicazione delle quali dovrebbe essere comunicata al nemico, affinché fosse facilmente eliminata l'occasione, pure involontaria, di atti ostili. La proposta, intorno alla quale anche il Congresso di medicina militare internazionale del 1933, tenutosi a Madrid, ha espresso un voto di favore, ha trovato nuova eco in un congresso di tecnici e di filantropi che, ad invito del Principe di Monaco, si è riunito in quella capitale per ricercare e formulare progetti intorno ai mezzi ed ai provvedimenti atti a migliorare la sorte dei feriti e dei malati in guerra.

Indipendentemente dalla opportunità di proteggere da atti di guerra le formazioni sanitarie, altre considerazioni vi sono in favore della creazione dei villaggi sanitari.

Ho detto precedentemente che la motorizzazione di grandi unità, l'adozione di armi a tiro rapido, l'impiego di carri blindati capaci di portare una cruenta azione di fuoco in qualunque

punto, la tendenza alla guerra manovrata possono rendere impossibile l'installazione di formazioni ospedaliere mobili nella zona di corpo d'armata. D'altra parte è indispensabile che il servizio sanitario si metta in grado di far fronte alle esigenze di ricovero e di cura dei feriti delle prime grandi battaglie, e nelle quali il numero dei feriti potrà raggiungere proporzioni imprevedibili. È ovvio pertanto che sarà assai più facile improvvisare un grande centro di ricovero in un grosso villaggio o in una cittadina, relativamente vicina, alle truppe operanti, sfruttando fabbricati e tutte le risorse di illuminazione, di approvvigionamento idrico, ecc., preesistenti, ed impiegando, immediatamente, i materiali delle stesse formazioni mobili, assegnate alle grandi unità di prima linea, anzichè dover creare tutto *ex novo*.

Inoltre la costituzione di villaggi sanitari o, magari, dove e quando è possibile l'aggruppamento in una stessa località degli ospedali da campo delle grandi unità di prima linea, agevola lo sgombero dei feriti dai centri di smistamento, perchè impedisce la dispersione dei mezzi di trasporto; consente di sfruttare al massimo grado le unità specializzate (nuclei chirurgici e specialmente ambulanze radiologiche); favorisce il trattamento chirurgico più razionale dei feriti, potendosi più facilmente raggiungere il fine di ricoverare il ferito colà dove potrà avere il trattamento tecnico che il caso richiede. Si deve difatti tenere sempre presente che ricovero e terapia sono due fattori inscindibili; che in ogni circostanza l'organizzazione del servizio è dominata dalla clinica e dalla tecnica e che a codesti canoni deve essere adeguato l'impiego dei mezzi disponibili.

Se la creazione di villaggi ospedalieri può diminuire fortemente, durante le ore del giorno, il rischio che i feriti siano nuovamente colpiti sul letto di dolore e consente che essi godano di quella tranquillità di spirito, tanto necessaria a chi ha provato l'orrore e la devastazione del campo di battaglia, nessuna protezione può essere per le formazioni ospedaliere rispetto al bombardamento notturno, eseguito da aerei. Le segnalazioni luminose riproducenti l'emblema della convenzione di Ginevra, anche se intermittenti o da accendersi in caso di allarme, trovano un logico ostacolo presso i comandi tattici, perchè non si deve trascurare il fatto che potrebbero costituire, per il nemico che conosce l'ubicazione del centro ospedaliero, un ottimo punto di riferimento alla ricerca di altri centri di risorse vitali per le truppe operanti.

Rimane infine da considerare sino a qual punto l'emblema della convenzione di Ginevra, messo in vista, nelle formazioni sanitarie, nei convogli per il trasporto dei feriti, ecc., secondo

(1) C. MANGANO: *Il servizio sanitario militare in guerra*. Casa editrice poligrafica universitaria, Firenze, 1935.

tutte le norme prescritte protegga dalle aggressioni aeree.

Allorchè, durante la guerra italo-etioptica, le agenzie d'informazioni abissine e quelle che avevano la mira di nuocere all'Italia avevano voluto far credere al mondo che gli aviatori italiani avevano intenzionalmente bombardato formazioni della Croce Rossa, messe a disposizione dell'ex Negus da talune nazioni, l'Olanda ha fatto eseguire all'aerodromo militare di Soesterberg, esperienze per accertare la visibilità degli emblemi della Croce Rossa da parte dei piloti aviatori, non potendosi a priori escludere l'ipotesi che una formazione sanitaria fosse colpita dal bombardamento aereo per difetto di visibilità delle insegne.

Si è fatto uso, per codeste esperienze, di emblemi nei quali, su un panno bianco di sei metri di lato, era dipinta una croce rossa, avente le braccia lunghe tre metri e la larghezza della striscia colorata in rosso ottanta centimetri; dimensioni approssimativamente uguali a quelle delle insegne dipinte sulle tende degli ospedali da campo. A 3500 metri di altezza, stando il telone disteso sull'erba, è stato visto soltanto il panno bianco; a 2500 metri la croce rossa era appena percepita e soltanto perchè se ne conosceva l'esistenza; a 1500 metri era visibile agli osservatori che ne conoscevano l'esistenza, vagamente visibile agli altri.

Le osservazioni fatte coll'emblema successivamente disteso, su un edificio, su un fondo sabbioso, su una prateria non hanno modificato i risultati e quando i piloti non conoscevano la esatta ubicazione dell'emblema l'ordine di visibilità rispetto alla ubicazione stessa era il seguente: prateria, sabbia, edificio. Le osservazioni sono state fatte a mezzogiorno, con cielo sereno, ottima visibilità e condizioni atmosferiche favorevoli.

Il colonnello BEST, comandante il corpo d'aviazione di Soesterberg, ha così concluso la sua relazione: « Gli emblemi della Croce Rossa, ordinariamente in uso, sono insufficienti ad attirare l'attenzione dei piloti, al di sopra dei 1500 metri, specialmente se si tiene conto delle condizioni di visibilità, non sempre così favorevoli come quelle scelte per le esperienze fatte ».

D'altra parte, gli apparecchi da bombardamento, provvisti di ammortizzamento dello scoppio dei motori, in buone condizioni atmosferiche e cielo sereno, possono esser sentiti sino all'altezza di 5000 metri. Pertanto se gli attacchi debbono essere fatti di sorpresa e si vuole evitare la vulnerabilità degli aeroplani al tiro controaereo è opportuno che siano eseguiti ad una altezza di sei o settemila metri. In questo caso però il punto di scoppio delle bombe, rispetto

al bersaglio preso di mira, può avere uno scarto fino a mille metri. Affinchè questo sia mantenuto fra cinquanta e sessanta metri è necessario che il bombardamento, il quale abbia luogo fra i 3000 e i 5000 metri, sia effettuato da un velivolo che si presenti sul bersaglio seguendo una linea retta e mantenendo un'altitudine costante per più di due minuti, tempo sufficiente a regolare, con precisione, il tiro antiaereo e a rendere assai vulnerabile l'apparecchio in volo.

La conseguenza di queste premesse è che i bombardamenti aerei, per tutelare quanto più è possibile l'incolumità degli apparecchi e dei piloti, saranno fatti da grandi altezze e le formazioni sanitarie isolate non saranno sottratte al rischio di essere colpite, a causa della mancata visibilità dei segni distintivi in uso e del possibile scarto dello scoppio delle bombe.

Sul primo punto il colonnello BEST ha scritto che l'emblema per essere percepito, intorno ai 4000 metri di altezza, con favorevoli condizioni di visibilità, dovrebbe avere le seguenti dimensioni: fondo bianco di 50 metri di lato con croce rossa che abbia anch'essa le braccia di 50 metri di diametro e l'ampiezza della colorazione rossa di 10 metri.

IULLIOT, membro direttivo del Comitato giuridico internazionale di aviazione, dopo aver conosciuto il risultato delle esperienze fatte a Soesterberg ha sollecitato (1) il parere del generale medico EPAULARD, direttore del servizio sanitario in Algeria. In base agli insegnamenti della guerra al Marocco e alle prove di bombardamento eseguite dalle squadre d'Algeria, EPAULARD e BILLET hanno comunicato i seguenti risultati:

1) L'emblema della Croce Rossa, usato da una formazione sanitaria, deve avere dimensioni tali da renderlo visibile alle altezze normali per il bombardamento aereo. Poichè tale altezza è oggi calcolata di 6000 metri le dimensioni suggerite dal BEST non sono sufficienti e devono essere elevate al doppio da lui previsto.

2) Avendo le esperienze di lancio a quella altezza dato uno scarto, nello scoppio, che può raggiungere i mille metri dal bersaglio preso di mira, ogni formazione sanitaria, che abbia insegne delle dimensioni precedentemente descritte, deve avere, a partire dalla sua periferia, uno spazio libero da qualunque altro apprestamento militare, almeno di 1000 metri.

Le conclusioni che si possono dedurre da ciò che ho esposto non sono certo rassicuranti per la sorte dei feriti, durante lo stato di guerra.

(1) CH. L. IULLIOT: *Aviation et Croix Rouge*. « Revue internationale de la Croix Rouge ». Genève, n. 210.

Lo spirito della convenzione di Ginevra, informato al concetto che un ferito e un malato, allorchè sono allontanati dal campo di battaglia, non devono più essere soggetti al rischio di un atto ostile da parte del nemico, avrà, in una guerra futura, scarse possibilità di essere rispettato, soprattutto per lo sviluppo dei mezzi di offesa aerea.

Non vi è dubbio però che la creazione di villaggi sanitari costituirebbe, nelle ore diurne, una sicura garanzia contro i bombardamenti, perchè i segni della convenzione di Ginevra po-

trebbero avere le maggiori dimensioni considerate ed essere multipli. Sarebbe inoltre agevole isolarli per il raggio di un chilometro dalla loro periferia, senza intralciare in modo considerevole le operazioni delle truppe, tenendo conto della distanza dalla linea di combattimento dei centri, nei quali i villaggi sanitari dovrebbero essere creati.

Il servizio sanitario in guerra ha bisogno, per il compimento della sua missione umanitaria, di codesti asili inviolabili, vere oasi di pace in mezzo alla furia devastatrice della battaglia.



54033

~~314752~~

