EDITORIALE
LEADING ARTICLE

Ann. Ital. Chir., LXXII, 6, 2001

La medicina della catastrofe. Appunti storici

M.E. Rossetti, *Professore Emerito dell'Università di Basel (Svizzera)*

Riassunto

La medicina della catastrofe, derivata dalla medicina militare e di guerra, fu iniziata in Svizzera negli anni 70 all'Università di Basilea, ripresa dalle altre facoltà e integrata dall'autorità politica nel programma d'insegnamento. Materia pesante e difficile, fu resa più accettabile combinata con la medicina d'urgenza in tutte le sue forme, individuale e poi di massa, con l'analisi delle misure "ideali" nella pratica giornaliera confrontate con quelle possibili nella catastrofe, con la selezione o triage quale compito il più difficile anche sul piano etico. Su questa base furono creati gli stati maggiori di crisi con i servizi coordinati: autorità politica, polizia, vigili del fuoco, sanità civile e militare, samaritani.

Abstract

CATASTROPHE MEDICINE. HISTARIACAL NOTES

Catastrophe medicine, which originated from military and war medicine, was introduced in Switzerland by the University of Basel in the 70s it was then adopted from other Faculties and included it in the instruction program from the political authority. It is a hard and difficult subject because more agreeable together with emergency medicine in all its aspects. Emergency medicine differs from catastrophe medicine in the analysis of "ideal" measures in daily practice in front of the necessary selection or triage, difficult task even on the ethical plan. With this concept, Emergency State of Crisis developed with all of is correlated services: political authority, police, National Fire Department, civil and military health, Samaritan organization.

Fui iniziatore e insegnante universitario sul tema. Riassumo qui momenti e vicissitudini sull'introduzione non facile di una materia importante sul piano teorico e pratico. Le catastrofi hanno colpito da sempre a memoria d'uomo il nostro pianeta in una gamma di varianti che possono essere suddivise in due categorie principali pur con frequenti ed importanti connessi, scatenate 1) dalla natura, 2) dall'uomo.

Le *catastrofi naturali* con mutamenti solo relativi nell'arco dei millenni, anche se la natura ha subito pesanti evoluzioni per mano dell'uomo; le *catastrofi tecnologiche* scatenate o volute in pace e in guerra da sviluppi tecnici di ogni genere, chimici, biologici, sovente in fasi incontrollabili.

Una medicina della catastrofe ci fu da sempre, forzatamente, anche se il nome è stato creato da pochi decenni. La cosiddetta medicina di massa è stata per secoli improvvisazione senza condotta né coordinazione. Sappiamo delle tragedie immani delle epidemie con l'esempio più brutale della peste nell'antichità e nel medioevo, dei terremoti; sappiamo delle forme primitive e improvvisate di aiuto ai feriti e morenti per secoli fino alle guerre napoleoniche, un aiuto che non doveva turbare la manovra e la condotta delle truppe. Le vittime venivano lasciate sul posto in balia della popolazione civile, coinvolta direttamente o indirettamente nel conflitto, nel disastro collettivo; ci immaginiamo la psicosomatica e il debriefing in tali situazioni. Nel 1859 il ginevrino Henri Dunant visse l'orrendo spettacolo di Solferino con migliaia di morti, morenti, feriti senza che fosse loro portato alcun aiuto. Da qui nacquero quindi le Convenzioni di Ginevra e la Croce Rossa. Una *medicina della catastrofe* organizzata derivò per altro verso dalla medicina e chirurgia militari, più precisamente dalla medicina di guerra.

Riassumo quanto mi è stato possibile per me contribuire di persona, non solo nella mia attività universitaria ma anche quale chirurgo dell'armata svizzera e docente nelle nostre Scuole per ufficiali sanitari, pur senza esperienza diretta su campi di battaglia. Eravamo nella fase della guerra fredda, del cosiddetto equilibrio del terrore. Negli anni 60 riformammo pertanto l'insegnamento per i futuri medici dell'esercito, finora concentrato su condotta tattica, selezione sanitaria per la leva e sostegno medico delle truppe in servizio.

Pervenuto in Redazione il 19 Settembre 2001

La chirurgia di guerra era concentrata in poche conferenze di veterani al fronte con le missioni in tutta Europa della nostra Croce Rossa, una tematica ascoltatissima e di grande interesse, ma forzatamente teorica. Decidemmo allora di introdurre un vasto insegnamento con componente pratica in medicina e chirurgia d'urgenza, individuale e di massa. Oltre l'insegnamento teorico gli allievi venivano allenati per gruppi e nel dettaglio tecnico per i primi anni sul cadavere, poi su preparati sempre più raffinati e perfezionati con un programma preciso: rianimazione – accesso alle vie respiratorie con intubazione, coniotomia, tracheotomia – accesso al sistema venoso periferico, succlavia e giugulare, per l'apporto volemico in tutte le forme di shock – drenaggi delle cavità – cateterismi – tecnica dello sbrigliamento e trattamento aperto – uso del fissatore esterno.

Dopo esperienza pluriennali nell'ambito militare si discusse e si decise di portare la tematica teorica e gli esercizi pratici nell'insegnamento universitario per tutti gli studenti e studentesse di medicina, indipendente da futuri compiti nell'esercito, che assorbiva allora circa il 40% degli allievi dopo l'esame di stato.

Nasceva così la *medicina delle catastrofi*.

Iniziammo con il consenso politico, con il sostegno dell'allora Medico in capo dell'esercito Ge. R. Käser, e con l'aiuto del Dr. Carlo Grassi, redattore del Bollettino dei medici svizzeri, la rivista ufficiale che raggiunge tutti i medici di ogni età e funzione.

Entrambe le personalità citate furono per questo insignite del Dottorato Honoris causa dell'Università di Basilea. Mio collaboratore dall'inizio fu il docente in chirurgia Jean Henri Dunant (nomen est omen), oggi consigliere nazionale al nostro parlamento.

Il corso compatto di 3 giorni era previsto innanzitutto per gli studenti e studentesse all'ultimo anno prima dell'esame di stato, quindi già preparati sui piani clinico e tecnico, ed anche da un anno di pratica ospedaliera. Vennero convocati anche i medici della protezione civile, il personale della medicina d'urgenza, gli istruttori dell'organizzazione "samaritani". Medici pratici e ospedalieri erano i benvenuti ma senza specifica convocazione ufficiale.

Avevamo in media 500-600 partecipanti per ogni corso. Collaboravano con me specialisti di tutta la tematica indicata nella Tab. I, che riassume il programma iniziato a Basilea nel 1970, ripreso dalle 5 facoltà svizzere e dal 1980 integrato dal governo federale come materia obbligatoria e d'esame, come proposto dalla nostra commissione interfacoltà.

Specialisti portavano sovente esperienze dirette vissute su luoghi di catastrofi internazionali e intercontinentali. I corsi hanno contribuito in modo essenziale a perfezionare gli stati maggiori di crisi a tutti i livelli con elementi civili (polizia, vigili del fuoco, sanità, "samaritani") e militari, il cosiddetto *servizio sanitario coordinato*. Un *piano della catastrofe* fu introdotto o, se già esistente, perfezionato, in ogni struttura ospedaliera di ogni dimensione, centrale o periferica, curando soprattutto la coordinazione geografica ad ogni livello e distanza.

Tab. I – MEDICINA D'URGENZA E DELLA CATASTROFE

– Introduzione: concezioni, definizioni, limiti, etica
– Triage quale problema fondamentale
– Aspetto psicologico e psichiatrico. Briefing e Debriefing
– Epidemie: profilassì e terapie possibili
– Catastrofe chimica, biologica, atomica
– Terremoto
– Incendio: ustioni e/o avvelenamento polmonare da fumo o gas
– Analgesia e anestesia
– Generalità e aspetti speciali del politrauma con:
– sistema osseo, neurochirurgia, otorino- e maxi-facciale, problematica toraco-addominale, urologia, la lesione vertebrale
– Ruolo nazionale e internazionale della Croce Rossa

Ogni ospedale è rapidamente scompensato dall'afflusso in massa; il triage delle vittime deve tener conto non solo delle distanze ma delle possibilità tecniche e specialistiche. Nella fase dei primi corsi, eravamo in piena guerra fredda, studenti "fondamentalisti" (per usare un termine oggi di moda), vedevano in questo insegnamento una militarizzazione degli studi e organizzavano un'opposizione talvolta caotica; ricordo le tricoteuses imitanti il parlamento a la Robespierre, adagiate con aghi e lana provocatoriamente davanti al docente.

In seguito questa mentalità scomparve, comprendendo l'importanza ed efficacia della preparazione ed organizzazione in eventi vissuti o analizzati dai media, al posto di improvvisazioni con eroismi individuali e disastri collettivi. La volontà di aiuto i propri simili è una qualità umana, nel bene e nel male, indipendente da geografia razza colore, incidente o impatto individuale o di massa. Concezione, nomenclatura, presenza di stati maggior polivalenti a più livelli, creazione e frequente discussione dei piani coordinati ed in ogni ospedale (non regolamenti da nascondere nei cassetti!) e contatti geografici degli ospedali oltre confini statali o politici, sono i fattori necessari per attutire nel limite del possibile il trauma collettivo in tempo di pace come nella guerra. È importante motivare ed allenare tutto il personale sanitario fin dal periodo degli studi universitari e quindi in seguito con questa materia scomoda e pesante nella teoria, vitale per la popolazione nella pratica e nella tragedia.

Ho avuto l'onore di portare ed illustrare questa tematica, su invito, in diverse università italiane, con i responsabili funzionari e politici come partner, con scambio utilissimo di concetti ed esperienze.

Autore corrispondente:

Prof. Mario E. ROSSETTI
Università di Basilea
Rennweg, 51
CH-52 BASILEA - SVIZZERA