

**Un approccio Sistemico alla “Medicina dell’ Emergenza”
(un contributo “operativo”).**

A Systemic Approach to “Emergency Medicine”
(An “Operative” Contribution)

di Roberto Raffaele Pepe

Dirigente medico e responsabile sanitario
Centro Intervento Emergenze Nord Ovest
Croce Rossa Italiana
robertoraffaele.pepe@cri.it

Sommario:

attraverso momenti deduttivi (dalle indicazioni sistemiche generali al particolare) e azioni induttive (dettate dall’ esperienza del particolare verso una visione generale sistemica) l’ autore ha tentato di analizzare i punti caldi (hard zone) nei quali il professionista (medico, infermiere e soccorritore) può trovarsi coinvolto come attore principale senza avere le armi sufficienti per uscire il ”bruciato meno possibile” da una emergenza!

Parole chiave:

medicina, epistemologia sistemica, emergenza, complessità, burnout, cibernetica.

Summary: Through deductive moments (from general systemic indications to a particular instance) and inductive actions (dictated by the experience of a particular instance towards a general systemic view) the author has tried to analyse the “hard zones” where a professional (physician, nurse and rescuer) may be involved as a main actor without having enough means of getting out of an emergency as “little burnt out as possible” !

Keywords:

medicine , systemic epistemology , emergency , complexity , burnout, cybernetics

Un giorno decisi di ammazzarmi
E salii su un gelso per impiccarmi!
Però ne vidi i frutti e ne mangiai!
Erano buoni e ne diedi ai ragazzi
che passavano là sotto.
E li vidi felici e così anch’ io
lo divenni.
E’ tutto si è risolto?
Nulla si è risolto, però il
mio pensiero da allora è cambiato.
(tratto dal film “Il Sapore della Ciliegia”
1997 di Abbas Kiarostami).

“Vi è un corridoio di un grande albergo , ove sono cento porte che si aprono su cento camere. In una c’è un inginocchiatoio e un uomo che vuole riconquistare la fede – in un’ altra uno scrittoio e un uomo che vuol uccidere ogni metafisica – in una terza un laboratorio e un uomo che vuol trovare dei nuovi punti di presa sul futuro...Ma il corridoio è di tutti e tutti ci passano: e se qualche volta

accadono delle conversazioni fra i vari ospiti nessun cameriere è così villano da impedirle”. Così rappresenta Papini il pragmatismo, con questa “teoria corridoio” (pag. 13-14 Bruno de Finetti, 2006, pag. 13-14).

Questo racconto ci dà due spunti (utili per cominciare il cammino lungo l’epistemologia): l’accettazione/ascolto di ciò che emerge di nuovo (da cui “emergenza” osservata da una finestra sistemica) e – il secondo spunto – “tutto è relativo” nel senso “in relazione con e fra...”.

Questi due spunti li possiamo immaginare come i due “bastoncini sistemici” che ci aiuteranno a superare le asperità che incontreremo in questo viatico epistemologico.

Prima di tuffarci nel “vortice sistemico” descriviamo il corridoio cioè la “Medicina dell’Emergenza”. Essa è quella branca della Scienza medica che non si occupa dell’urgenza (questa importante materia è svolta dalla “Medicina d’Urgenza”) bensì di tutta l’organizzazione (logistica) l’amministrazione (comando e servizi) e le strutture sanitarie mobili (ospedali da campo e Posti Medici Avanzati – PMA) da dispiegare ogni qual volta le normali strutture sanitarie presenti sul territorio non siano più in grado di rispondere alle esigenze delle vittime, perché coinvolte – le strutture - a loro volta dalla stessa catastrofe (Maxi-Emergenza).

Volendo semplificare – per i non addetti ai lavori – esistono due scuole di pensiero in Italia: la scuola francese (detta “Medicina delle catastrofi”) che sviluppò il protocollo MDM Medical Disaster Manager, e la scuola inglese (detta “Major Incident”) che sviluppò il protocollo MIMMS (Medical Management and Support o MIMMS). Entrambe provengono da pregresse e molteplici esperienze fatte dai gruppi sanitari militari in teatri bellici. Le due scuole hanno standardizzato delle linee guida sia formative che operative rivolte al personale sanitario, logista ed amministrativo. I modelli operativi – sia quello di scuola francese che quello di scuola inglese – sono applicabili nei contesti civili e militari e in ambienti extra-ospedalieri o ambienti intra-ospedalieri, nell’ambito sempre della cosiddetta Maxi-Emergenza.

Nella medicina d’emergenza, un approccio sistemico prevede due facce della stessa moneta: da un lato lo sviluppo costruttivo del pensiero scientifico, il più appariscente, come per l’albero quello della chioma, anche perché è ad esso che sono direttamente appesi i frutti. Dall’altro l’approfondimento critico dei principi, l’analisi acuta di concetti e di metodi (la filosofia come l’affondarsi sottoterra delle radici) (pag. 69 ibidem).

Una fra le prime asperità da circumnavigare e non affrontare di petto, è l’illusione della “evidenza” che è sempre stata ed è l’ostacolo maggiore contro cui si spunta troppo spesso lo spirito critico, il divano più comodo su cui la pigrizia dell’intelletto beatamente si adagia (pag 74 ibidem). Ci suggerisce Bruno de Finetti che “Non vi è più, nella previsione scientifica, una certezza assoluta, v’è soltanto una certa probabilità che può al massimo divenire tanto grande da meritare il nome di certezza pratica”. (pag 77 ibidem). Nell’ambito della “Medicina della Emergenza” trovo utile, utilizzando lo strumento dell’analogia, le tre dimensioni del conflitto descritte da Wilfred Bion (A cura di Umberta Telfener e Luca Casadio, 2003, pag. 213):

La prima intrapsichica

(ogni mondo che si para innanzi a qualcuno suscita un bisogno di conoscenza contingente a un bisogno di negazione).

La seconda culturale

(nel veder fronteggiati almeno due soggetti, ognuno di essi è impegnato in processi di reciproca interpretazione, in flussi dialogici, in forme di negoziazione, in strategie discorsive, in processi di cooperazione interpretativa).

La terza interpersonale/ gruppale/ istituzionale

(a livello collettivo agiscono patrimoni di lunga durata molto diversi tra loro e si producono situazioni di “sorpresa tecnica” in cui il conflitto può degenerare ma anche essere generatore di opportunità).

Ora applichiamo le suddette tre dimensioni di W. Bion sul racconto realmente accaduto a Lampedusa l' 8 maggio 2011.

Mi trovavo, nel ruolo di direttore sanitario del P.M.A. (Posto Medico Avanzato) sul molo, sottostante il lato est dell' aeroporto di Lampedusa. Con i colleghi medici ed infermieri avevamo appena concluso l' ultimo triage clinico (identificare i casi più gravi – codici rossi – dai meno gravi) su circa 180 profughi sbarcati e provenienti dalle coste libiche; erano le 23.15! “Attenti, quel barcone va contro le rocce, ha il timone rotto di sicuro!” La mia natura montanara – in primis – e un po' di presunta esperienza, mi hanno subito fatto capire la veridicità di quel nuovo allarme lanciato da un pescatore lampedusano, quest' ultimo sì vero esperto (**prima dimensione di Bion**) sul comportamento anomalo di quella carcassa galleggiante che proveniva verso di noi. Ci girammo tutti verso il mare aperto e a circa mezzo miglio di distanza, illuminati solo dai ¾ di luna ascendente, riuscimmo ad intravedere una luce verde che rapidamente si spostava verso le rocce e non verso il molo come avrebbe dovuto. Tutta la squadra mi guardò con un silenzio eloquente: che facciamo? Con Gina (infermiera langarola – tipica donna delle Langhe cuneesi, decisa e di poche parole) (**seconda dimensione di Bion**) il tempo di uno sguardo e già eravamo, lei ed io, sulla prima ambulanza 4X4 guidata da Enrico (mio sergente già in quei dell' Iraq nella missione Antica Babilonia del 2003). Ebbi solo il tempo di dire a Claudio (ottimo ufficiale ortopedico veneto): “Prendi l'altra ambulanza e seguici col Beppe (infermiere sala gessi dello stesso ospedale ove lavorava Claudio), saliamo sul lato nord dell' aeroporto per portarci sopra dall' alto delle rocce”. In quei momenti ti escono dalla bocca parole chiare che non sono ordini ma hanno quel peso tale da farti capire e rispettare. Nei dieci minuti successivi – il tempo di arrivare sull' obiettivo – Gina aveva già ricontrollato tutto il mio zaino per l' urgenza e controllato il DAE. Claudio , l'ortopedico veneto, col Beppe cominciarono a scendere dalle rocce, mentre io riuscii dall'alto a vedere il barcone che sbandava (scusate i termini scorretti e non marinari) contro le rocce, sbattuto dalle onde. Non tanto ciò che si riusciva vedere, ma le urla e le grida riempivano tutti i nostri sensi (nel buio le stesse urla e grida assumono una tonalità e “peso” completamente diversi ed accentuati). Cominciai anche a capire l' entità delle altre forze in campo: quattro carabinieri, cinque uomini della Guardia Costiera e sette volontari “laici” (non medici/infermieri ma persone formate per aiutarci nell'emergenza di questo tipo, durante la quale se credi di far tutto da solo ed essere il migliore, chi legge ora si è già dato la risposta corretta, “saresti solo un presuntuoso!”) (**terza dimensione di Bion**). Convinto di aver capito un poco di ciò che mi stava accadendo tutt' intorno, scesi anch' io con la fedele Gina e sentii urlare: un medico, un medico! Era un carabiniere dalla divisa fosforescente che, un'istante dopo, mi prese per la giacca vento e, come una gazzella (ma credetemi, ancora oggi non so come abbia fatto) mi portò davanti ad una ragazza di colore, che poteva aver non più di vent' anni, adagiata con la schiena su uno sperone di roccia e con forti contrazioni addominali. Sempre il carabiniere-guida (non ho mai potuto conoscere il suo vero nome) (**prima e seconda dimensione di Bion** in un flusso comunicativo sistemico) mi grida: “Stai sicuro dottore, ti tengo ben forte” mentre io mi accingevo col palmo della mano sinistra a controllare l' addome della ragazza (visibilmente incinta al nono mese) e con la mano destra a sfilarmi dalla casacca il fonendo per sentire il battito sia della mamma che del pupetto. Ci fu un attimo di puro silenzio (così lo ricordo) durante il quale riuscii a sentire solo tre cose: i toni cardiaci della madre, il battito del feto e la forte mano sulla mia spalla destra del carabiniere-guida con la sua schiena rivolta verso le onde ed io che tentavo di capire l' entità dell'impegno del canale del parto! OHHH fu l'esclamazione che in quel momento colse tutti noi, profughi e soccorritori – all'

accendersi di una torre faro provvidenzialmente portata dai VVFF dell'aeroporto di Lampedusa sul luogo della tragedia (**terza dimensione di Bion**). Intanto Gina mi dice – senza che io le avessi chiesto qualcosa (**seconda dimensione di Bion**) – “Stai sereno Raffaele, Claudio e Beppe sono su una frattura scomposta tibia-perone qui sopra di noi (capii solo dopo al defusing che il buon Claudio intercettò un profugo in un anfratto di roccia col piede completamente lussato da una brutta caduta nel momento di gettarsi dal barcone sulle rocce taglienti. Come si dice in questi casi: l'ortopedico giusto al momento giusto – fattore C). Intanto – grazie alla torre faro accesa – riuscii a vedere che la testa del pupo non aveva ancora impegnato il canale – per cui – ottenuto uno sguardo di fiducia da parte della mamma e sentite le parole confortanti di Gina, risalimmo tutti e quattro più uno (Mamma, Raffaele, Gina, carabiniere-guida più il Bimbo) verso la cima delle rocce ove l'ambulanza con i lampeggianti blu accesi ci attendeva. “Bravi, bravi venite piano su di qui” era la voce calda e rassicurante del mio autista Enrico che rapidamente ci portò tutti e cinque agli ambulatori dell'ASL di Lampedusa. Alle ore 4.30 del mattino, all'albeggiare, ci ritrovammo tutti sul piazzale dell'ASL dell'isola: mi è difficile trovare le parole armoniche per descrivere il comune stato d'animo che avvolge l'insieme dei componenti di una squadra di soccorritori nei cosiddetti istanti-post evento: è non descrivibile ma è ben chiaro in ciascuno di noi, allora come oggi!

Nella trama di questo racconto (tratto da una mia esperienza professionale reale) abbiamo introdotto in grassetto le tre fasi di Bion le quali si sono alternate lungo il vortice sistemico, in modo armonico sino alla buona riuscita della missione stessa. La chiave che ci permette di aprire correttamente qualsiasi porta sul nostro corridoio è “il contesto”. Gregory Bateson lo descrisse così: *“Prive di contesto, le parole e le azioni non hanno alcun significato. Ciò vale non solo per la comunicazione verbale umana ma per qualunque comunicazione, per tutti i processi mentali, per tutta la mente, compreso ciò che dice all'anemone di mare come deve crescere e all'ameba cosa fare il momento successivo”*. (Gregory Bateson, 2008, pag. 30). Nella medicina dell'emergenza il principio batesoniano del contesto è così applicato: se un ospedale da campo viene costruito in zona di guerra (Afghanistan, Iraq, ecc) anche l'uso della divisa, il rapporto gerarchico e le regole di ingaggio cambieranno di valenza rispetto ad un analogo ospedale montato in un ambiente colpito da calamità naturale (terremoti, alluvioni ecc). Il tutto nel rispetto del nostro voler *“danzare le nostre interazioni quotidiane in forme meno degradanti, meno aggressive, meno distruttive. In forme maggiormente rispettose di noi stessi, degli altri, dei contesti sociali e naturali che abbiamo. Che ci consentano di riconoscere e coltivare la nostra creaturale sensibilità alla struttura che connette”* (Sergio Manghi, 2004, pag. 70-71). In Medicina dell'Emergenza il contesto è la “complessità” che, vista in chiave cibernetica, è creatrice di opportunità. Stare nella complessità è l'assioma del soccorritore in emergenza: “Passare dal Caos al Caos organizzato”!

Possiamo ora tornare, con la chiave del “contesto”, al nostro corridoio: una delle porte che ora apriamo è “L'emergenza come rimozione sociale della minaccia”. Ogni giorno siamo letteralmente bombardati da informazioni apocalittiche su ciò che avviene nel mondo. La novità, però, è che queste informazioni vengono ricevute e interiorizzate dall'opinione pubblica esattamente come veniva recepita la crisi. In altri termini: veniamo a conoscenza delle catastrofi e delle minacce attraverso una serie di informazioni diffuse dai media, e regolarmente l'opinione pubblica si inquieta e grida allo scandalo, facendo aumentare la paura, che diventa sempre più generalizzata. Ma, a poco a poco, anche se continua a costruire una minaccia, la catastrofe smette di essere una “attualità” o passa in secondo piano grazie all'arrivo di una nuova minaccia ... E' così che le nuove minacce vengono accettate, diventando parte integrante dell'orizzonte normale, o perlomeno normalizzato, della nostra quotidianità (Miguel Benasayag e Gérard Schmit, 2007, pag. 49). Come dice Guy Debord in “La società dello spettacolo” se le persone non trovano quel che desiderano si accontentano di desiderare quello che trovano (pag 63 ibidem).

Ora noi usiamo il secondo bastoncino sistemico: “tutto è relativo”. Non dobbiamo cadere nella

trappola della “banalizzazione dell'emergenza” (“Nei primi giorni del terremoto tutto va bene, dove coio coio”) (Heinz von Foerster, 1987, 128); invece tutto è relazione e quindi dobbiamo non tacere mai davanti ad una catastrofe e soprattutto nel dopo-catastrofe dobbiamo mantenere vivo ogni livello di comunicazione efficace. Il filosofo russo Michail M. Bachtin ci ammonisce: “Per il mondo e anche per l' essere umano non vi è nulla di peggio che la mancanza di risposta. Questo è il peggio che ci può capitare nei nostri rapporti sociali: essere senza risposta”. (citato da Tom Arnkil in: Il mestiere degli altri. Prendersi cura delle connessioni, integrazioni, “fare ponte”, facilitare l' incontro. Lezione da YouTube del 14 febbraio 2014). Questo aforisma di Bachtin lo renderei obbligatorio in ogni briefing tecnico o in ogni unità di crisi che scandiscono tutto il lavoro quotidiano delle squadre coinvolte nell'emergenza. Quante volte mi è capitato di non “ricever risposta” venendo così a crearsi degli equivoci pericolosi, malsani capaci di portare verso l' anomia (confusione fra il mezzo ed il fine): non confondere il mezzo col fine; se ciò avviene si casca in un disturbo comportamentale che in medicina porta il nome di "anomia". L'anomia e' stata descritta per la prima volta da Robert K. Merton. (riprendendo un termine introdotto dal filosofo Emile Durkheim) e con questo termine Merton dice: “Quando ci si trova di fronte ad una discontinuità tra lo scopo e il mezzo per raggiungerlo”. Detta anche " teoria della devianza" per cui il burocrate (ma può anche capitare al medico o al giurista) usa una modalità di adattamento detta "ritualismo" caratterizzata da una osservanza rigida delle regole (il mezzo) senza condividere gli scopi sociali del sistema (fine) in cui lui opera.

Apriamo un' altra porta che ci porta sulla stanza del “Fronteggiare il vuoto”. In ogni emergenza, conflitto, situazione di crisi c'è il vuoto, ma è un vuoto con un' apertura: sul piano dello spazio mentale individuale, e anche del cuore, quel vuoto è un incentivo (primo bastoncino sistemico ”emergenza come emergere qualche cosa altro”). Il vuoto soprattutto a livello di massa, genera invece quello che alcuni antropologi (Gustave Le Bon “Psicologia delle folle”) chiamano l' horror vacui. Le masse, secondo W. R. Bion (“Apprendere dall' esperienza”), sono portate prevalentemente alla psicosi, per cui il vuoto invece di essere sperimentato come una finestra, un varco che si apre sulla crisi, è visto come un abisso in cui si sprofonda. Allora la sfida che ci fronteggia è rivolta alla capacità di orientarci secondo emozioni e sentimenti (Luigi Pagliarini, 2012, pag. 26), verso una nuova finestra aperta sul cambiamento e non verso l'abisso senza uscita.

Se ora proviamo a spostarci dalla vittima come “osservatore direttamente coinvolto dall' emergenza” agli operatori visti come “coloro che osservano da esperti l' emergenza” vediamo che questa mia dicotomia ha solo un valore didattico ma non sistemico. In una visione sistemica, gli operatori della Medicina dell' Emergenza, sono coinvolti (loro malgrado) in un flusso comunicativo che li butta come su di “una canoa che scende in un torrente in piena” (Malaguti Elena, Boris Cyrulnik 2005). Come fanno a sopravvivere i cosiddetti “esperti d' emergenza” a questo torrente in piena o a non cadere nel burnout? Quali strumenti possono trovare dalla “sistemica”?

Per rispondere a questi quesiti fondamentali, apriamo altre porte sul corridoio: la porta dell' autoipoiesi e la porta della trama/ordito.

La porta dell'autoipoiesi chiama direttamente il soccorritore in prima persona ad entrare nella stanza di Maturana e Varela (due neurofisiologi cileni) mentre la porta della trama/ordito è da aprirsi da parte dell'organizzazione di cui fanno parte i soccorritori (VVFF, 118, Croce Rossa Italiana, Esercito, Arma dei Carabinieri, ecc).

Entriamo nella stanza dell'autoipoiesi: ci accolgono Maturana e Varela. Maturana ci invita e sederci e ci dice subito: vede soccorritore: “Tutto ciò che è detto è detto da un osservatore”!E questo a noi soccorritori, se a prima vista può confondere le idee (vi ricordate il vortice sistemico?) pensandoci bene è proprio quello che ci succede nel quotidiano: arriviamo su di un' emergenza e siamo noi che dobbiamo ricostruire l'emergenza stessa, intervenendo sui sopravvissuti ma anche sulle salme, sui colleghi e sulle strutture, ognuno secondo le proprie competenze ma sempre come osservatore, osservatore attivo! Ma Varela coglie il nostro stordimento da vortice sistemico e, con Maturana ci racconta una storia: la storia di un'isola in Qualche Luogo, in cui gli abitanti desideravano fortemente andare altrove... Il problema, tuttavia, era che l'arte e la scienza del nuoto e

della navigazione non erano mai state sviluppate - o forse erano state perse già da qualche tempo... E di tanto in tanto giungeva presso di essi qualche studioso. Allora si verificava un dialogo come quello che segue:

Voglio imparare a nuotare.

Che condizione poni per ottenere ciò?

Nessuna. Desidero solamente portare con me la mia tonnellata di cavolo.

Quale cavolo?

Il cibo di cui avrò bisogno dall'altra parte o dovunque andrò a stare.

Ma ci sono altri cibi dall'altra parte.

Non capisco cosa vuoi dire. Non sono sicuro. Devo portare il mio cavolo.

Ma con tanto peso addosso, una tonnellata di cavolo, non potrai nuotare.

Allora è inutile che impari a nuotare. Tu lo chiami un peso. Io lo chiamo il mio nutrimento essenziale.

Supponiamo, come in un'allegoria, di non parlare di cavoli ma di idee acquisite o presunzioni o certezze?

Mmmm... Vado a portare i miei cavoli dove c'è qualcuno che comprende le mie necessità".

Termina così il libro di Humberto Maturana e di Francisco Varela "L'albero della conoscenza" e anche la nostra visita ai due neurofisiologi cileni.

Entriamo ora nella stanza della trama e dell'ordito. Cominciamo a prendere confidenza con alcuni strumenti che possono "salvare" il quadro di comando delle Alte Direzioni: VVFF, 118, Protezione Civile, Croce Rossa Italiana, Esercito, Arma dei Carabinieri.

In particolare si possono vedere i tre fattori di successo (trama) e i quattro aspetti trasversali (ordito) il tutto con un approccio integrato e sistemico in un contesto d'emergenza!

I tre fattori della trama sono

Qualità del Sistema di Governo

Qualità della Leadership

Qualità della Cultura

I quattro aspetti trasversali dell'ordito sono

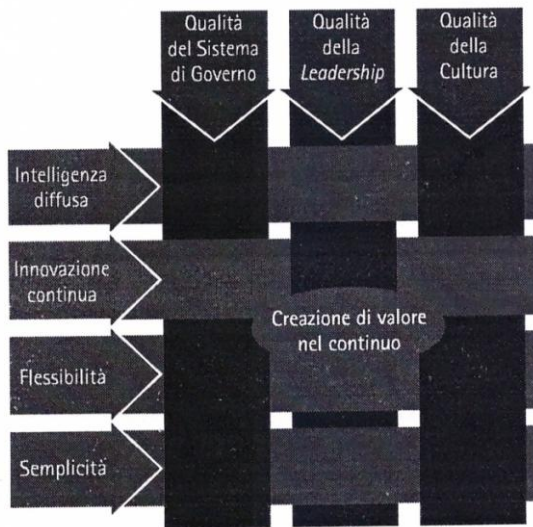
Intelligenza diffusa

Innovazione continua

Flessibilità

Semplicità

La trama e l'ordito



("Lettera " del n° 20 Agosto-Settembre 2008 Club The European House-Ambrosetti - titolo "La trama e l' ordito: il quadro di comando per le Alte Direzioni").

Marco Bianciardi distingue fra il "contesto" nella logica classica e il "con-textus" cibernetico"; quest'ultimo non è quindi concepibile, immaginabile, o descrivibile come separato, a se stante, indipendente, autonomo, rispetto a ciò cui farebbe da contesto (pag. 33 ibidem). "Trama-Ordito=Context". Dobbiamo postulare che il termine "contesto" trovi le proprie radici nell' esperienza stessa del tessere, nel concreto fare del tessitore. La parola "contesto" evoca allora il tessuto stesso, e fili del tessuto in quanto con-tessuti, o tessuti insieme, e - quindi - il tessuto nel suo essere un intreccio tra trama ed ordito. A mio avviso la calzante metafora (trama/ordito) che accompagna tutta la pubblicazione di Bianciardi, ci aiuta anche ad immergerci nel "complesso flusso del dialogo in emergenza" per il quale solo un "buon cucito fra fabula e intreccio, ci può portare ad un buon tappeto"!

“Per attraversare i confini che si creano da questo intreccio – settori – occorre il dialogo visto come l’arte dell’attraversamento dei confini” come ci ricorda Tom Arnkil. (Il mestiere degli altri. Prendersi cura delle connessioni, integrazioni, “fare ponte”, facilitare l’incontro. Sua lezione visibile su YouTube del 14 febbraio 2014).

Sappiamo dall’esperienza quotidiana come sia difficile nell’emergenza - alle volte impossibile - il dialogo suggerito da Tom Arnkil. Molti enti - coinvolti in contesti di emergenza - hanno Alte Scuole di Formazione ma non dialogano fra loro, non gettano ponti per attraversare i confini e questa mancanza di visione sistemica può inficiare il successo di un’operazione di emergenza (sia in ambiti civili che teatri militari).

Un’ altra porta per il soccorritore esperto: l’aprirebbe subito con disinvoltura ma poi, leggendo bene i contenuti della camera, ne rimarrebbe spiazzato: l’esercizio del gesto del dono. Fare del bene può rientrare nel capitolo de "L'esercizio del dono" che ben ci indicò col "Saggio sul dono" l' etnologo francese Marcel Mauss nel 1923 (ove l' autore descrive - con lucidità - il "tripode sostenente il dono" - sapientemente ripreso dal regista Gabriel Axel nel film "Il pranzo di Babette" - 1987): l'esercizio del donare richiede la conoscenza di un tripode: saper scambiare, gratuità nel gesto stesso e saper agire con gli altri. Quest' ultima gamba del tripode (saper agire con gli altri) andrebbe applicata in questa società o "*fauna umanoide disperata e disperante che non crede e non serve a nulla, ove nessuno fa il suo mestiere, tutti parlano da soli anche in compagnia e passano da una festa all'altra per nascondersi il proprio funerale*" (Marco Travaglio "La grande vuotezza". 5

marzo 2014 Il Fatto Quotidiano). Vi ricordate il secondo bastoncino epistemologico “non è tutto relativo bensì è tutto in relazione a.. e con..), usatelo ora! Come ben presentato da Sorrentino nel suo film "La Grande Bellezza" ove si salva solo chi muore, o fugge in campagna: è un mondo pieno di vuoto che non può permettersi neppure il registro del tragico: infatti rimane nel grottesco (non banalizzare l' emergenza). Come rischia di cadere nel grottesco colui che decide di "fare del bene" senza essersi formato-addestrato prima (il burnout è dietro l'angolo nelle cosiddette professioni d'aiuto) e senza aver condiviso le regole del gioco (da vedersi come vere e proprie regole di ingaggio) col ricevente il dono.

E qui il soccorritore curioso e preoccupato a non bruciarsi correrà ad aprire la porta con scritto “Dall' empatia all' exotopia”. Per decenni ci hanno insegnato a “essere empatici, voi medici, ma anche voi infermieri con i pazienti. Il paziente non è un numero, un oggetto” con corsi, stage, workshop su empatia medico-paziente declinata nei più svariati contesti. Ma ora, che succede? I colleghi Depalmas Cristiano e Allodola Valeri Ferro (entrambi universitari) pubblicano, sul vol. 13, N. 3. 2013: 22-31 della rivista Tutor, il lavoro dal titolo “L' inganno dell' empatia in ambito sanitario. Dall' empatia all' exotopia: dicotomia del senso attraverso l' uso riflessivo dei film”. Un apparente cambio di paradigma per noi operatori esperti d'emergenza e “desiderosi di essere empatici, sino alla morte!”. Perché “apparente cambio di paradigma?”. Siamo di fronte ad un *crossing disciplinare*: quando una disciplina scientifica amplia il suo tessuto teorico, è inevitabile che le direzioni della ricerca ed i problemi dei range osservativi si sovrappongano a quelli di altre scienze, innescando un processo esponenziale di aumento di conoscenze, e forme di interazione metodologica assai raffinate. (Ignazio Licata, 2010, pag. 16). Ma l' approccio per “cambiamenti di paradigma” (Kuhn 1999) non è più sufficiente a spiegare le catene di ragionamento collettivo che emergono nella comunità scientifica e ne guidano le scelte ed in giudizi in modo dinamico, riorganizzandosi e modificandosi in continuazione con l' arrivo di nuovi dati e scenari (pag. 17 ibidem) - tanto più reale nel contesto della medicina d' emergenza. Leggendo il lavoro sull' inganno dell'empatia, si intravede uno spiraglio: non dobbiamo più avere – come operatori in emergenza – la capacità di porsi nella situazione di un'altra persona o, più esattamente, di comprendere immediatamente i processi psichici dell'altro. (Enciclopedia Treccani) ma dobbiamo imparare ad acquisire la “*capacità come professionisti di deconcentrarsi dai propri modelli di costruzione socio-cognitiva della realtà senza, però, annullarsi nella prospettiva del paziente*” (Depalmas-Allodola ibidem). E' quello che viene definito da Bachtin “Exotopia”(Bachtin “Per una filosofia dell' atto responsabile” 2009 pag 8). Nell'empatia, infatti, l'operatore isola e decontestualizza alcuni tratti dell'esperienza dell'altro per comprenderla in base alla propria esperienza, quindi mantenendo valido il proprio contesto; simula, in qualche modo, di “mettersi nelle scarpe dell' altro” ma in realtà - all' ultimo momento - “mette l'altro nelle proprie scarpe” (Sclavi M., 2003). Nell' exotopia, invece, la ricerca inizia quando, avendo cercato di mettersi nelle scarpe dell' altro, ci si accorge che non ci vanno bene (Depalmas-Allodola pag. 24 ibidem). Possiamo dire, utilizzando altre parole: incontrarsi ma non mescolarsi! E' un bel crossing disciplinare per il soccorritore che si trova giornalmente coinvolto in situazione di emergenza cercando di uscirne fuori, il meno bruciato possibile!

Forse ora , arrivati verso la fine di questo percorso, il soccorritore esperto si troverà assalito dai dubbi: combattuto fra un desiderio di cose pratiche (pragmatismo) e un desiderio di stigmatizzare tutto ciò che ha letto sino ad ora in questo lavoro come “utopia”!

Allora vi invito ad aprire la porta dell' Utopia. In essa troverete: “L'utopia concreta” che era il percorso, quanto mai attuale, che Alexander Langer, ci indicò col suo impegno politico ed intellettuale come deputato europeo, politico sub tirolese ma soprattutto "uomo di confine" capace cioè di stare nella e con la complessità delle cose e degli uomini...appunto un "utopista concreto"! "Sul mio ponte si transita in entrambe le direzioni, e sono contento di poter contribuire a fare circolare idee e persone"...La rilettura dei suoi scritti ("Pacifismo concreto. La guerra in ex Jugoslavia e i conflitti etnici") mi ha aiutato e mi aiuta tutt' ora a dar senso al mio operare nei

contesti più "complessi" e bisognosi di "utopia langheriana"...<http://www.rai.tv/.../ContentItem-11d1ae22-ea35-4b75-875f..>

E seguendo il filo d' Arianna srotolato da Langer, mi ritornano le parole di G. Papini. Egli definì il pragmatismo come *"lo stile comune di tutti quelli che pensano per agire, cioè che preferiscono verità provvisorie ma operanti, all' ebbrezza delle parole"*. Nel confrontarmi col mio quotidiano lavoro, non posso discostarmi dal frame tracciato da Papini, pur nell' accettazione positiva di un dialogo e/o scambio di opinioni, sostenuto da un desiderio di "gettare ponti".

Nel desiderio di gettare ponti proviamo ad aprire la porta "Oltre la visione manichea": Nel contesto del volontariato in emergenza (sia esso laico che cattolico) una cornice dai "lati molto barocchi, direi pacchiani" è "il dover fare del bene contro il male". Peccato che nei debriefing post evento calamitoso mi trovo spesso davanti a soccorritori dal cui racconto si evince "la caduta vertiginosa in questo inganno manicheo" che può portare al burnout. Non nasciamo né buoni né cattivi, bensì mimetici, cioè desiderosi e imitanti (René Girard, 2008, 305-313). *"Proiettati gli uni verso gli altri, cercando ciascuno nell'altro il filo conduttore della propria esistenza, della propria identità. Individui autonomi lo si diventa, e lo si ridiventa, rispecchiandosi senza posa gli uni negli altri. Nel bene come nel male. Nella stabilità come nel cambiamento"*. (Manghi Sergio, 2011, pag. 113-121). L' antropologo-filosofo francese conclude la sua opera del 2007 "Achever Clausewitz" con il titolo: "Conclusioni. Nell'ora del pericolo" ove egli sembra così ammonire noi soccorritori in emergenza: *"siamo desiderosi non di capire ma di rassicurarci e voler rassicurare contribuisce sempre al disastro"* (pag. 313 ibidem).

Ci aiuta a "gettare altri ponti" il collega Christian Pristipino ("Riflessioni Sistemiche" – N° 11, 176-190), se avremmo il desiderio di aprire l' ultima porta attraverso la quale entriamo in una camera con un tavolo al centro circondato da sei "sedie instabili": sono i confini della medicina attuale (quindi anche della Medicina d' Emergenza) che Pristipino descrive così:

Prima sedia = Discrepanza tra mole crescente di dati scientifici e miglioramento dello stato di salute
Seconda sedia = Nosologia medica inadeguata alla complessità delle patologie e delle loro interrelazioni

Terza sedia = Assenza di modelli di personalizzazione dei dati scientifici

Quarta sedia = Marcato rallentamento nell'efficienza del sistema sanitari, tendente alla paralisi

Quinta sedia = Diffidenza reciproca crescente nella relazioni di cura e burnout professionale

Sesta sedia = I conflitti di interesse.

Come possiamo vedere su alcune di queste sedie abbiamo già provato a sederci nelle stanze precedentemente frequentate e sapere che altri professionisti provano gli stessi "turbamenti sistemici" è un sano invito a procedere lungo questo cammino per approdare alla collinetta della complessità (come la definisce Luciano Lodoli sulla pagina dell' AIEMS in FB) non per voler stare dall'alto verso il basso ma per riuscire a espormi maggiormente ai raggi del sole e potermi così meglio orientare , con l' ombra da essi formata, sul suolo dell' emergenza!

CONCLUSIONI

Dopo aver aperto varie porte ed essersi seduto su varie instabili sedie (che ci richiamano alla complessità connaturata all' emergenza), il soccorritore/lettore ha diritto di riposarsi al centro del corridoio e di domandare: va bene mi son fatto prendere dal vortice sistemico ma per poter continuare ad operare in emergenza non devo anche essere formato, anzi riformato in chiave sistemica? Si certo ma secondo un percorso formativo "sottrattivo", tale da poter arrivare alla meta, con la capacità di ridurre le nozioni e sostituirle con le azioni. Per "Sottrattivo" intendo un percorso il cui sapere non è trasmesso da esperto a discente ma in un percorso di enazione fra esperto e discente. (Lanciano Nicoletta, 2014, pag. 50). Per enazione intendiamo una conoscenza non frutto di una mera elaborazione di dati ma in quanto azione incarnata e enattiva nel senso di una azione del pensiero, in un' elaborazione personale, che comporta emozione e che esige motivazione e

sensu (pag. 50 ibidem). Italo Calvino (nella sua prima delle sei Lezioni Americane, quella sulla "Leggerezza") ci crea – a mio avviso -il giusto contesto sistemico capace di accogliere il desiderio del soccorritore che vuol essere formato. Ma questa mia ultima richiesta ci porterebbe ora molto lontano! Mi viene in aiuto il film di Cronenberg "Cosmopolis" tratto dal romanzo omonimo di Don DeLillo. In questo momento storico così confuso e perennemente sull'orlo della tragedia economica e sociale, il film di Cronenberg è di grande ispirazione, perché ci offre una riflessione fondamentale: quello che facciamo e quello che siamo sono il nulla. Siamo di passaggio, per quanto potenti o per quanto microbi della società moderna, stritolati in un meccanismo basato su regole che non conosce nessuno realmente e che possono essere cambiate in ogni momento, perché di fatto non esistono.

DeLillo prima col il testo e Cronenberg poi sullo schermo ci portano una pièce degna del teatro dell'assurdo, ma soprattutto ci offrono un' apocalisse annunciata, dalla quale usciranno vincitori i deboli del giorno prima, abituati a combattere senza niente (un niente frutto di sane sottrazioni derivanti da nozioni e terminanti in azioni). Una cosa che pochi ricchi sanno fare. Io in queste parole ci vedo molta "Cibernetica". Illusione? Forse!

P.S. Ho spesso usato l' aggettivo "esperto" con una duplice valenza: la prima di rispetto verso l'operato di molti colleghi che hanno e continuano ad operare nei contesti sempre più difficili. La seconda "ironica" cioè dettata dal mio desiderio di "non prendermi mai troppo sul serio", come mi insegnò il Prof. Turco G.C. già primario nell' ospedale Martini ASL-TO e del quale sono stato allievo indegno, ma riconoscente.

Bibliografia

Bianciardi Marco

http://win.associazioneculturaleepisteme.com/articoli/Complessit%C3%A0_del_concetto_di_contes to.pdf

Bruno de Finetti, 2006, "L' invenzione della verità", ed. Raffaello Cortina, Milano.

Calvino Italo "Lezioni Americane: sei proposte per il prossimo millennio".

Capra Fritjof e P. Luigi Luisi, 2014 "Vita e Natura. Una visione sistemica". Ed. Librerie Fiduciarie Aboca.

Corten Irina "Fiori di Morya: il tema del pellegrinaggio spirituale nella poesia di Nicholas Roerich".

David E. Hogan, J.L. Burstein, 2007 "Disaster Medicine" ed. Lippincott, London

Depalmas Cristiano e Allodola Valeri Ferro: "L' inganno dell' empatia in ambito sanitario. Dall' empatia all' exotopia: dicotomia del senso attraverso l' uso riflessivo dei film". Rivista "Tutor" vol. 13, N. 3. 2013: 22-31. <http://www.fupress.net/index.php/tutor/article/view/14215>

Federazione Relazioni Pubbliche Italiana: La trama e l'ordito: il quadro di comando per le Alte Direzioni – Club The European House-Ambrosetti – Lettera del Agosto-Settembre 2008 n° 20 "La trama e l' ordito: il quadro di comando per le Alte Direzioni".

Le Bon Gustav, 2004 "Psicologia delle Folle" ed. TEAMilano.

Bateson Gregory, 2008 "Mente e Natura", ed. Adelphi, Milano.

von Foerster Heinz, 1987, "Sistemi che Osservano" ed Astrolabio, Roma.

Maturana Humberto R., Varela Francisco J., 1985, "Autopoiesi e cognizione. La realizzazione del vivente" Marsilio Editori, Venezia.

Mackway-Jones Kevin e Michelutti M., 2013, "MIMMS Major Incident Medical Management and Support" ed. Edi-Ermes, Milano.

Lanciano Nicoletta, 2014, "Responsabilità nell' educazione e nei gruppi". Rivista "Riflessioni Sistemiche" n° 10, pag. 50-61.

Licata Ignazio, 2010 "Leggi di Protezione, Analogie e Metafore Interattive. La ragionevole efficacia del Crossing Disciplinare". Rivista "Riflessioni Sistemiche" n° 3 pag. 16-24.

Pagliarini Luigi, 2012, "Violenza e Bellezza. Il conflitto negli individui e nella società". Ed Guerini e Associati, Milano.

Malaguti Elena, Boris Cyrulnik 2005 "Costruire la resilienza. La riorganizzazione positiva della vita e la creazione di legami significativi" Ed. Erickson, Milano.

Manghi Sergio, 2004, "La conoscenza ecologica. Attualità di Gregory Bateson". Ed. Raffaello Cortina, Milano.

Bachtin Michail M., 2009, "Per una filosofia dell' atto responsabile". Ed. Pensa MultiMedia, Lecce.

Benasayag Miguel, Gérard Schmit, 2007, "L' epoca delle passioni tristi", ed. Feltrinelli, Milano

Pristipino Christian, 2015, Rivista "Riflessioni Sistemiche" – N° 11, 176-190.

Girard Renè, 2008 "Portare Clausewitz all' estremo" Ed. Adelphi, Milano, pag 305-313"

Noto Renè e Huguenard Pierre, 1989, " Medicina delle Catastrofi" Ed. Masson, Milano.

Sclavi M. 2003 "Arte di ascoltare e mondi possibili. Come si esce dalle cornici di cui siamo parte". Ed. Bruno Mondadori, Milano.

Telfener Humberta e Casadio Luca, 2003, "Sistemica. Voci e percorsi nella complessità", ed Bollati Boringhieri, Torino.

Filmografia

"Il Pranzo di Babette" 1987, regia di Gabriel Axel

"Il Sapore della Ciliegia" 1997, regia di Abbas Kiarostami

"Cosmopolis" 2012, regia di David Cronenberg

"La Grande Bellezza" 2013, regia di Paolo Sorrentino