

# Immaginazione collaborativa. Medicina difensiva, conflitto nella cura, cura del conflitto

DI SERGIO MANGHI

## Riassunto

*Il fenomeno della medicina difensiva va letto come sintomo di una "scena della cura", quale quella attuale, attraversata da una crescente conflittualità. Una conflittualità favorita dal "circolo vizioso" innescatosi tra desiderio di salute integrale, da un lato, e risposta tecnico-scientifica altamente efficace a tale desiderio, dall'altro, dove l'efficacia non appaga il "bisogno", ma al contrario lo incoraggia a coltivare aspettative supplementari – com'è proprio della logica del "desiderio". Tale "circolo" genera sentimenti di delusione che spingono gli utenti ad azioni di rivalsa e i professionisti a misure di difesa. Migliorare gli aspetti tecnico-procedurali della cura (appropriatezza, efficacia, normativa) è necessario quanto insufficiente. Si rende necessario investire risorse sugli aspetti relazionali e di senso in gioco nella scena della cura. Superando il paradigma "provvidenzialista" desiderio-risposta, a dominante tecnico-procedurale, e sviluppando immaginazione collaborativa.*

## Abstract

*The phenomenon of defensive medicine should be seen as a symptom of a "care scene", like the current one, crossed by a growing conflictuality. This conflictuality is favored by a "vicious circle" between the growing desire to integral health, on the one hand, and highly effective techno-scientific response to this desire, on the other hand, where the effectiveness does not satisfy the "need", but instead encourages it to cultivate additional expectations – according to the inner logic of "desire". This "circle" generates feelings of frustration that encourage users to legal recourses and professionals to defensive measures. Improve the technical and procedural aspects of care (appropriateness, effectiveness, legislation) is necessary as insufficient. It is necessary to commit resources in relational aspects and in sensemaking processes, which are the basis of the "care scene". Overcoming the "providentialist" desire-response paradigm, focused on technical-procedural priorities, and developing collaborative imagination.*

*Polemos è padre di tutte le cose, di tutte re;  
e gli uni disvela come dèi e gli altri come uomini,  
gli uni fa schiavi gli altri liberi.*  
Eraclito

### **Premessa**

Il fenomeno della cosiddetta "medicina difensiva",\* ovvero delle pratiche diagnostiche e terapeutiche non motivate da esigenze di cura dei pazienti ma di protezione dei medici dalle azioni di rivalsa dei pazienti, in sede civile o penale, sta assumendo proporzioni allarmanti. Tali da farne un fenomeno di portata sociale generale, e non certo solo medica, o medico-legale, se si pensa che nel nostro paese, secondo le stime ufficiali (Relazione conclusiva della *Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulla cause dei disavanzi sanitari regionali*, 22.01.2013), il costo annuale per la prescrizione di farmaci, visite specialistiche, ricoveri ospedalieri, esami di laboratorio e strumentali, effettuate dai medici per tutelarsi appunto dai rischi di cause legali, ammonta a circa 10 miliardi di euro (0,75% del Prodotto interno lordo e 10,5% della spesa sanitaria nazionale). Senza contare quella quota ulteriore di medicina difensiva detta "negativa", consistente nell'omettere in vario modo le prestazioni di cura (in base al vecchio principio per cui *chi non fa non falla*), che non può avere una misura in termini di costo finanziario, ma il cui danno sanitario, morale e culturale si commenta da sé, senza bisogno di troppe argomentazioni.

Da parte mia, in quanto sociologo, e più precisamente da sociologo interessato all'intreccio tra processi culturali e dinamiche comunicative, non ho da proporre misure tecniche per far fronte al problema, naturalmente, sul fronte del miglioramento della normativa legale o della appropriatezza biomedica delle cure. Quel che mi sento di suggerire, sulla base di studi che svolgo da tempo sulle pratiche interattive in ambito sociosanitario, riguarda piuttosto l'attenzione alle dinamiche relazionali e sociali che hanno luogo oggi nella *scena della cura* (cfr. part. Manghi, 2005; Lusardi, Manghi, 2013; cfr. anche Lusardi, 2012), e che a mio avviso costituiscono il luogo privilegiato verso il quale dirigere lo sguardo per individuare il nucleo essenziale del problema in questione.

Questa *scena*, sempre più popolata di attori e desideri differenziati, densamente tecnicizzata e velocizzata, talora fino al punto da non lasciare materialmente spazio al pensiero e all'ascolto reciproco, è attraversata oggi da una conflittualità endemica, in una misura mai data prima *nell'intera storia delle pratiche di cura*. Una spirale di aspettative crescenti, a rischio di delusione, da una

---

\* Il presente articolo è il testo, ampiamente esteso e rielaborato, di una relazione presentata alla Giornata di studio "Il Dilemma della Cura", tenutasi il 24 novembre 2015 presso la Società Medica Chirurgica di Bologna, promossa dal Prof. Giampiero Uccchino, al quale va la mia gratitudine per l'invito e per l'opportunità, che ne è scaturita, di sviluppare le presenti riflessioni.

ose, di tutte re;  
ri come uomini,  
i gli altri liberi.  
Eraclito

delle pratiche  
pazienti ma di  
civile o penale,  
no di portata  
pensa che nel  
la Commissione  
e dei disavanzi  
ne di farmaci,  
e strumentali,  
ili, ammonta a  
5% della spesa  
licina difensiva  
tazioni di cura  
può avere una  
ale e culturale

da sociologo  
cative, non ho  
nte, sul fronte  
iomedica delle  
lgo da tempo  
to l'attenzione  
ena della cura  
2012), e che a  
re lo sguardo

differenziati,  
non lasciare  
ersata oggi da  
era storia delle  
usione, da una

ne presentata alla  
la Società Medica  
ia gratitudine per

parte, e di risposte sempre più tecnicamente "potenti", dall'altra, che tendono ad alimentare quelle aspettative, delusioni incluse. Ed è nella cornice di questa "spirale", caratterizzante l'attuale *scena della cura*, che mi propongo di situare il fenomeno, e potremmo ben dire il *sintomo*, della medicina difensiva.

In assenza di una diagnosi sociologica "appropriata", per dirla in gergo medico, di questa conflittualità endemica, difficilmente si potranno individuare "terapie appropriate"; e le misure di ordine tecnico, medico e legale adottate — com'è naturalmente indispensabile — per limitare o regolare tale conflittualità, rischieranno di risultare scarsamente efficaci, provocando, come si dice, un mero "spostamento del sintomo", piuttosto che prendendosene cura.

Per riuscire a esporre in breve un'argomentazione che mal si presta, o almeno così pare a me, alla brevità, la scomporrò in una serie di passaggi molto sintetici, dieci in tutto, da prendersi quasi come se fossero degli *abstract*, giusto un poco più estesi, per altrettanti capitoli di un saggio tutto da scriversi. Procederò dunque più per affermazioni che per dimostrazioni, come si usa appunto negli *abstract*, e i riferimenti bibliografici saranno ridotti al minimo essenziale.

### 1. Il conflitto nella cura

Anzitutto, un'evidenza. Credo difficilmente confutabile. La *scena della cura* è oggi attraversata da innumerevoli conflitti. Conflitti interpersonali, di riconoscimento reciproco, clinici, giudiziari, interprofessionali, interculturali, economici, organizzativi, territoriali, d'interesse, di potere, di status, di genere. E anche, dobbiamo aggiungere, conflitti informativo-interpretativi, associati al proliferare irreversibile dei linguaggi professionali, delle specializzazioni biomediche, delle tipologie di medicina, dei mezzi d'informazione di massa più vari. Linguaggi che nella loro crescente eterogeneità sono *costitutivamente irriducibili*, a dispetto di una persistente credenza "illuministica", a un regime unificato di "corretta informazione" (cfr. Manghi, 2004, 2008), comportando di conseguenza incessanti, laboriose negoziazioni di senso tra diversi attori della scena della cura — con i conflitti, appunto, che sono

La scena della cura non è certo il solo *contesto di senso* del nostro presente a essere attraversato da una crescente conflittualità. Basta guardarsi attorno, senza bendarsi gli occhi di fronte alla violenza crescente che percorre la scena planetaria e a quella che affiora così tanto facilmente nelle nostre interazioni quotidiane. La nota emozionale dominante del nostro tempo è infatti, com'è stato bene argomentato, quella del risentimento (Tomelleri, 2015).

E però la scena della cura ha una sua peculiarità, che non deve sfuggire: è ogni giorno di più il *contesto di senso* sul quale vengono caricate le aspettative più vitali, e più diverse, delle donne e degli uomini di questo nostro tempo vorticoso, un tempo sempre più esigente verso lo sviluppo delle singole individualità. Le quote dei bilanci regionali investite in sanità, largamente dominanti rispetto a quelle inerenti altre "materie", parlano da sole, in proposito. E le cifre del

cosiddetto "contenzioso", che oppone utenti e sanitari (denunce più che raddoppiate in 20 anni, secondo calcoli delle compagnie assicurative: cfr. Focarelli, 2015), sono lì a dirci quanta conflittualità relazionale e sociale tenda a concentrarsi, insieme a quelle aspettative crescenti, nei luoghi della sanità.

I fatidici "tagli" di questi ultimi anni ai bilanci sanitari concorrono naturalmente a una delusione di aspettative di cura, o di accesso alle cure, e a inasprire la conflittualità in atto. Ma non ne sono la spiegazione principale. Le dinamiche di questa conflittualità hanno preso forma, per l'essenziale, da processi innescati ben prima del "biennio nero" 2007-2008 e le conseguenti politiche di *austerità*, come cercherò di dire meglio più avanti. Ma prima di proseguire è opportuno soffermarci, onde evitare qualche malinteso, su cosa stiamo qui intendendo con il termine "conflitto".

## 2. Conflitto: nel male come nel bene

Poiché nel senso comune la parola *conflitto* non gode di buona fama, è bene precisare che in queste note mi atterrò al principio "eracliteo" (incorporato da tanta scienza sociale, che qui per brevità non sarò a richiamare), per il quale il conflitto non è una malattia delle relazioni umane da combattere, sedare o semplicemente contenere, ma una loro condizione fisiologica, e come tale ineliminabile, *tanto nel male quanto nel bene*. Una condizione della quale possiamo divenire «schiavi» o attraverso la quale farci più «liberi», per dirlo con parole di Eraclito, a seconda di come sappiamo abitarla, volta a volta,, e di come sappiamo *prendercene cura*. A seconda, cioè, di quanto ci lasceremo prendere nella spirale difensivo-aggressiva del "colpo su colpo", oppure nella spirale generativa della possibile *collaborazione* (Sennet, 2012; Tomelleri, Artioli, 2013).

Ha scritto Gregory Bateson: «In un combattimento a due è difficile che ciascun avversario riesca a vedere più in là della dicotomia tra vittoria e sconfitta [...]. Il giocatore deve sempre guardare a una prospettiva più lontana, a una Gestalt più vasta» (Bateson, 1979, trad. it. pag. 294).

## 3. La scena della cura

Ho impiegato ripetutamente la nozione di *scena della cura*. A costo di una qualche pedanteria, è bene che sia almeno un po' più chiaro cosa intendo qui con questo termine, abbozzato per la prima volta nell'ambito di una ricerca sulle interazioni comunicative in ambito medico, ormai una quindicina d'anni fa (Manghi, 2005: cfr., più recente, Lusardi, Manghi, 2013).

In breve, e con l'accetta, potremmo dire così: la scena della cura è l'insieme *situato*, dinamico e interconnesso, degli attori e delle azioni, delle emozioni e delle rappresentazioni che momento per momento concorrono a determinare, come in una "danza interattiva" (Bateson, 1979), ogni singolo gesto del processo di cura. Due precisazioni mi sembrano necessarie, per specificare meglio il senso di questa definizione.

La prima. In questa *scena*, così definita, la componente prestativa, medico-sanitaria, non è che una parte. Una parte importante, va da sé, in quanto fornisce un "codice simbolico" che differenzia la scena della cura da altre "scene" interattive: educative, politiche, religiose, familiari, ecc. Ma una parte che della scena della cura non determina tuttavia l'essenziale, quanto all'aspetto qui al centro dell'attenzione: la sua natura di "scena interattiva", di "fatto sociale", di "opera comune", che si realizza momento per momento attraverso incessanti pratiche relazionali e comunicative, alle quali prendono parte attiva, in forme largamente informali, implicite e inconsapevoli, *tutti* gli attori coinvolti, tanto "esperti" quanto "profani". Anche in quei luoghi di cura dove la densità degli artefatti tecnologici è più elevata e sembrerebbe determinare linearmente i comportamenti degli attori umani, l'interazione sociale è fondamentale (Lusardi, 2009, 2012). Costituisce, per così dire, la "trama" sulla quale si disegna l'"ordito" degli interventi tecnico-professionali. La scena della cura, in breve, viene qui intesa come "oggetto" propriamente *sociale*, prima che come "oggetto" *sanitario*.

La seconda. Gli attori effettivamente coinvolti nella "trama interattiva" in atto nel qui e ora della scena della cura non sono mai soltanto quelli presenti fisicamente in essa, come un'idea di comunicazione alquanto ingenua e fuorviante, ma molto diffusa (il noto schema emittente-messaggio-ricevente), induce troppo spesso a ritenere. Gli esseri umani sono perennemente immersi, fin dalla nascita, in processi comunicativi insieme micro e macrosociali (cfr. Pearce, 1989). E non cessano neppure per una frazione di secondo di immaginare, inconsciamente presentificandola, l'intera "costellazione" delle alterità rilevanti per il loro agire e interagire nel qui e ora, per diadi, triadi o gruppi. Lo fanno attraverso straordinarie abilità inconsapevoli, involontarie e intuitive, e per questo sfugge facilmente alla coscienza quante e quali siano le "alterità" volta a volta assunte come rilevanti. Come "partner" di più vaste "danze interattive", per riprendere la metafora sopra richiamata, che non smettono di "danzare" (metafora che aiuta a comprendere i limiti dello schema lineare emittente-ricevente: distinzione impossibile da tracciare, nei movimenti di chi sta danzando).

In altre parole: l'agire umano è molto strettamente vincolato alle rappresentazioni del contesto relazionale e sociale nel quale prende forma. Questa considerazione di carattere generale sulla natura delle nostre interazioni comunicative è importante al fine di intendere la nozione di scena della cura implicata in queste note: un medico, per non fare che un esempio, baderà a interagire con un paziente in modo tale da mantenersi anche in coerenza ("danzante"), e pure severamente, con certi colleghi assenti, con l'infermiera che arriverà tra un'ora, con il familiare del paziente fuori dall'uscio, con quel fastidioso giornalista sempre pronto a scrivere di malasanita, con quel tal maestro che sta continuando a venerare anche se è defunto da un pezzo, financo con un certo Ippocrate che defunto lo è da ben più tempo – e così via, senza trascurare, naturalmente, le presenze soprannaturali, per chi sia credente (ma anche per chi sia superstizioso).

Nel prossimo paragrafo abbozzerò una descrizione della vasta popolazione di attori che va "danzando" nella scena attuale della cura, e spero così che il punto sia più chiaro.

#### 4. La scena attuale della cura

Nel nostro tempo, la popolazione di "danzatori" che concorre potenzialmente a determinare, direttamente o per via di "mappatura mentale", la scena della cura, è più vasta e variegata di quanto non sia mai stato nell'intera storia umana. Tentiamone una descrizione approssimativa, distinguendone tre "versanti": quello della domanda di salute, quello delle risposte istituzionalmente preposte a questa domanda, quello delle agenzie "terze" che intervengono nella scena della cura in forme non istituzionali o indirette.

Sul versante della *domanda* che bussa alla porta della medicina: pazienti, familiari, aiuti esterni come le badanti e altri ancora. Dove i familiari, ma non solo essi, sono sempre più presenti, nell'accompagnamento non solo dei minori ma anche degli anziani, sempre più cronicizzati dal successo della medicina. E dove i pazienti sono sempre più numerosi e sempre più eterogenei per caratteristiche individuali, sociali ed etniche, spesso in attesa.

Sul versante delle risposte a questa domanda di salute: medici di famiglia, specialisti di vario genere, ospedalieri e ambulatoriali, infermieri, anch'essi variamente differenziati in sottocategorie, manager sanitari e organizzativi, tecnici e tecnologi di vario ordine, riabilitatori, psicologi, operatori sociosanitari, educatori, assistenti sociali e altro ancora, senza dimenticare gli "sportellisti" delle prenotazioni, che i pazienti non trascurano certo di includere nella percezione e nella valutazione dell'appropriatezza della cura.

E c'è poi il complesso versante degli attori sociali "terzi", che oggi influenzano sempre più capillarmente i contesti di senso della cura: volontari, associazioni di malati, avvocati, assicuratori, agenzie culturali e religiose, giornalisti di vario ordine e grado, e così via. Senza trascurare, naturalmente, le case farmaceutiche, le altre aziende produttrici di beni d'interesse sanitario, non propriamente ininfluenti, come sappiamo, su quel che accade nella scena della cura.

Scena alquanto complessa, dunque. Vortice di azioni e reazioni tra una quantità crescente di attori eterogenei, presenti e assenti insieme, nel qui e ora della "scena", privi ormai – *irreversibilmente* – di un linguaggio comune e di una verticalità simbolica condivisa. Un vortice attraversato dalla conflittualità endemica che dicevamo, ricondotta attimo per attimo, da parte degli attori "in scena", a condizioni di agibilità interattiva, in virtù di sottili, sofisticati, diffusi *saperi relazionali*. Saperi, sia consentito aggiungere, ancora largamente in attesa del dovuto *riconoscimento*, nella duplice accezione della parola: percezione d'esistenza e grata attribuzione di valore.

## 5. Ambivalenze

La conflittualità qui in esame, da cui hanno preso le mosse queste note, racconta di una condizione sociale fortemente ambivalente. Nel senso che include dinamiche interattive, comunicative e simboliche allo stesso tempo involutive ed evolutive. Ciascuno dei numerosi attori coinvolti, direttamente o indirettamente, nella nuova scena della cura, *nessuno escluso*, sperimenta incertezze, oscillazioni e dilemmi, che nessun'altra epoca storica, neppure recente, ha mai conosciuto, per estensione e ambivalenza, e che tendono a polarizzarsi in direzioni opposte e compresenti.

Per un verso, le dinamiche conflittuali tendono ad assumere una forma difensivo-aggressiva, motivata negli attori stessi dalla percezione di un accresciuto "rischio vittimario" (cfr. Manghi, 2009). Ovvero dal timore di venire esclusi dai diritti acquisiti o comunque rivendicati ritenendoli legittimi. Dal lato dei curati, è il timore di non essere trattati adeguatamente rispetto agli elevati standard prospettati dalla medicina più avanzata. E dal lato dei curanti, il timore non essere tutelati adeguatamente rispetto all'errore, vero o presunto che sia – e qui potremmo parlare a buon titolo di "diritto all'errore". Una sorta di doppio timore incrociato, insomma, che rischia di impennarsi in una *escalation* di reciprocità negative, le quali tendono ad alimentare il conflitto piuttosto che favorire il prendersene cura. Accrescendo il volume del cosiddetto "contenzioso", e delle risorse, anche psichiche, investite in forme di attacco e di difesa, per dirla con una metafora militare. Ovvero, ricordando Eraclito, rendendoci più «schiavi», invece che più «liberi», dei circoli viziosi in atto.

Per un altro verso, al fondo inseparabile dal primo, quelle stesse dinamiche conflittuali mettono capo a nuovi tentativi di pratiche sociali generative. Ovvero, di quel che nel titolo di queste note ho chiamato *immaginazione collaborativa*. E cioè capacità di «guardare a una prospettiva più lontana, a una Gestalt più vasta», guadagnando spazi di libertà insieme creativa e relazionale, nel vorticoso, quotidiano inseguimento in atto dell'ultimo stimolo al quale reagire. Capacità di trasformare le tensioni conflittuali e i rischi vittimari in nuove alleanze di cura: alleanze interpersonali, interprofessionali, intra e inter-organizzative, più ampiamente territoriali, sociali e culturali.

## 6. Politica: pedalare o reimmaginare?

La condizione di conflittualità endemica che ci troviamo a vivere nel nostro tempo, mai sperimentata prima nella scena della cura, non è certo destinata ad attenuarsi. Da un lato, per le tendenze alla decrescita economica già in corso, e destinate a durare a lungo (Magatti, 2012). Dall'altro, per l'accesso crescente ai sistemi sanitari di richieste impellenti e dai confini indeterminati: la domanda di "medicina del desiderio", espressa in particolare dalle nuove generazioni (ma ben più generalizzata), dove la distinzione tra salute materiale e salute spirituale si va liquefacendo (e ci torneremo); la domanda di "manutenzione", per così

dire, da parte di svariate tipologie di utenti *cronicizzate*, rese dagli stessi successi della medicina fortemente dipendenti dai servizi sociosanitari; e la vasta domanda di salute, ancora largamente da decifrare, che bussa alle porte della società dei diritti, in arrivo dai luoghi più disgraziati del pianeta.

Se le cose stanno così, quanto meno se stanno in misura significativa così, dovremo pertanto chiederci: cosa derivare, da questa condizione – diciamo – intensamente “eraclitea”, per un servizio sanitario come il nostro, che ha in alcune regioni italiane, tra cui l’Emilia Romagna, il privilegio di situarsi ai primi posti nelle classifiche mondiali, volendo fare il possibile per conservare lo spirito del welfare universalistico che, sia pure con grandi lacune, continua a fungere da riferimento ideale per la nostra sanità? Si dovrà tener duro e pedalare, per dirla con una metafora ciclistica, in una prospettiva “continuista”, chiedendo ai professionisti che operano all’interfaccia più diretto con l’utenza di abitare il conflitto della cura con spirito sacrificale? Oppure sarà necessario provarsi a introdurre una discontinuità, mettendo al centro dell’attenzione le “trame interattive” fino ad oggi lasciate sullo sfondo, nei cui vortici prende forma tale conflitto? Prendendo atto che le trasformazioni in corso hanno la natura della radicale mutazione antropologica, e che pertanto diventa vitale, per mantenere e rigenerare il nostro prezioso welfare, sapersi reimmaginare dentro il nuovo e più largo contesto di “danze interattive”, fortemente conflittuali, che è soltanto appena avviato?

Non si tratta di opzioni alternative, beninteso, tanto meno nell’immediato. E tuttavia, non possiamo sfuggire alle scelte di prospettiva. O meglio, possiamo e come: pagando però costi crescenti. Come infatti già sta accadendo in larga misura, del resto, a partire dalla grandi questioni planetarie del dissesto climatico e della guerra civile globale, per venire alle questioni della nostra ordinaria quotidianità, nelle quali il desiderio di *star bene* in senso integrale nel *qui e ora* è sempre più intenso, fino anche al palesemente incontentabile.

In questo quadro, anche la politica, come la medicina, è tentata di farsi *difensiva*, spostando le sfide più difficili su altri attori (magistratura, economia, religione e così via: sanità inclusa) o su chi verrà nel turno elettorale successivo. E dunque anche la politica, come la medicina, è chiamata oggi saper compiere esercizi di reimmaginazione. A saper «guardare a una Gestalt più vasta».

### 7. Quando è cominciato tutto questo?

Tentare di reimmaginare la scena della cura, ovvero tentare di aggirare le nostre stesse “mappature” più abituali della scena della cura, comporta, forse come prima mossa, che cerchiamo di comprendere quando e come ha preso corpo “tutto questo”, storicamente parlando. Compito immane, beninteso. Qui cercherò di suggerire appena un’ombra di ipotesi, per poi derivarne qualche riflessione intorno alle priorità sulle quali varrà la pena dirigere in prospettiva le nostre straordinarie – niente affatto scarse – risorse umane, professionali, organizzative e politico-culturali.



zate, rese dagli stessi successi  
iosanitari; e la vasta domanda  
ia alle porte della società dei  
a.

no in misura significativa così,  
esta condizione – diciamo –  
me il nostro, che ha in alcune  
di situarsi ai primi posti nelle  
riservare lo spirito del welfare  
inua a fungere da riferimento  
pedalare, per dirla con una  
, chiedendo ai professionisti  
i abitare il conflitto della cura  
provarsi a introdurre una  
e “trame interattive” fino ad  
ma tale conflitto? Prendendo  
ura della radicale mutazione  
tenere e rigenerare il nostro  
uovo e più largo contesto di  
oltanto appena avviato?

, tanto meno nell'immediato.  
ettiva. O meglio, possiamo e  
i già sta accadendo in larga  
netarie del dissesto climatico  
izioni della nostra ordinaria  
enso integrale nel *qui e ora* è  
ontentabile.

medicina, è tentata di farsi  
ori (magistratura, economia,  
l turno elettorale successivo.  
iamata oggi saper compiere  
na Gestalt più vasta».

ovvero tentare di aggirare le  
della cura, comporta, forse  
e quando e come ha preso  
pito immane, beninteso. Qui  
, per poi derivarne qualche  
na dirigere in prospettiva le  
sorse umane, professionali,

Dovremo parlare, a rigore, di due inizi, uno remoto e uno recente. Il primo può essere riassunto, con una brevità inversamente proporzionale all'attenzione che meriterebbe, in una celebre frase di Nietzsche, spesso ripetuta e tuttavia mai abbastanza meditata nelle sue valenze antropologiche, relazionali e sociali: il «Dio è morto» dell'aforisma 125 della *Gaia scienza*. Dove la parola “Dio” indica, quanto meno nell'uso che intendo farne in questa sede (ispirata a Girard, 2002), al di là di questioni di fede, un dispositivo antropologico verticale e omogeneizzante di regolazione del “traffico quotidiano” delle interazioni umane, conflitti inclusi. Anzi, ricordando Eraclito, conflitti anzitutto.

Per l'intera storia di *homo sapiens sapiens* le interazioni umane si sono regolate attraverso un qualche principio d'ordine sociale e culturale più o meno omogeneo organizzato verticalmente. Poi, quasi di colpo, se così si può dire, in appena pochi secoli, questo principio è stato prima indebolito e limitato, poi molto rapidamente spiazzato (sto naturalmente parlando di tendenze dominanti, non assolute) dal principio della libertà individuale, tanto politica quanto economica e, sempre più, esistenziale: il tema del diritto all'autorealizzazione soggettiva, per com'è tematizzato nel senso comune contemporaneo.

Nel bene come nel male, è con la crisi del principio gerarchico che le nostre società, le società europee anzitutto, sono divenute teatro, sempre più dinamicamente vorticoso, di conflitti crescenti: religiosi, nazionali, di classe, poi di generazione, di genere e sempre più – oggi – tra individui, nella forma prevalente della competizione neoliberalistico-consumistica. È in questa cornice sempre più radicalmente de-gerarchizzata, via via più orizzontale e conflittuale, che va compresa anche la crescita esponenziale della “medicina del desiderio”: dal lato delle domande, sempre più esigenti, come dal lato delle risposte, sempre più tecnologicamente *promettenti*.

#### 8. Orizzontali, dunque conflittuali

E siamo così a quello che sopra ho chiamato l'inizio recente: gli anni 60-70 del secolo scorso. Quando le basi, culturali e fiscali insieme, del primo, “glorioso” welfare universalistico, nato nel dopoguerra, non hanno più tenuto. Quando, in particolare, diremo qui, non ha più tenuto la prevalente *scena della cura* che lo caratterizzava. Nella quale il “traffico interattivo” quotidiano, conflitti inclusi, reali e potenziali, era regolato da saperi ancora tendenzialmente omogenei, moralmente e gerarchicamente sovraordinati. E nella quale la cura poteva essere ricondotta costantemente allo schema asimmetrico bisogno-risposta, condiviso da curati e curanti: i problemi di là, le competenze di qua. Uno schema, potremmo dire in gergo psicoanalitico, pater-materno, in quanto insieme autorevole e accogliente. O con una metafora religiosa, che richiama i noti studi di Ivan Illich: provvidenzialistico.

Il moltiplicarsi, lungo la seconda metà del secolo scorso, delle istanze di libertà e di rivendicazione dei diritti, nonché dell'autonomia dei linguaggi più

differenziati, istituzionali, professionali e soggettivi, ha in poco tempo messo sotto scacco il principio verticale d'autorità. L'orizzontalità individualistica e competitiva della logica di mercato, orientata al godimento narcisistico dell'attimo, è divenuta sempre più magneticamente modello culturale diffuso. E la regolazione dei conflitti è divenuta via via, sempre più, una questione affidata immediatamente agli attori in campo, sempre più numerosi ed eterogenei. Sempre più immediatamente vicini. Simili e prossimi. Per certi aspetti gradevolmente prossimi, per altri drammaticamente prossimi.

Un processo sociale e culturale, sia consentito insistere, per la prima volta nella storia umana. Non solo dal dopoguerra, ma dai primi vagiti culturali della nostra iperlitigiosa – dunque ipercreativa – specie vivente.

### 9. Il desiderio e la tecnica

In quei decenni altamente creativi del secolo scorso, insieme all'automatismo plurimillenario del principio gerarchico, sono venute meno anche le condizioni dello schema bisogno-risposta sopra richiamato. Il bisogno, spinto che si presuppone più o meno saziabile, ha incorporato sempre più immediatamente il desiderio, spinto per definizione insaziabile (Girard, 2011, Recalcati, 2012). Dalla salute come guarigione dalla malattia, più o meno acuta, e ritorno a occuparsi d'altro che non fosse salute (lavoro, amore, sport, politica, guerra, religione...), si è transitati alla salute come dimensione integrale dell'esistenza e come preoccupazione prima e costante, fin da prima della nascita. Star bene. *Fitness*.

Il primo welfare prometteva: dalla culla alla bara. Oggi, in virtù dei prodigi promessi dal connubio fra medicina e tecnica, il discorso è: da prima ancora della culla a ben dopo la bara. Le fantasie di lunga vita possibile e d'immortalità sono proprie degli esseri umani di ogni tempo. Ma solo nel nostro tempo sono caricate di un diffuso alone di realismo tecno-scientifico. Al punto che la morte viene sempre più connotata come *problema*, piuttosto che come *limite*: «lo vedo la malattia e la morte, a qualsiasi età, come dei problemi da risolvere», leggiamo in un best seller americano di alcuni anni fa (Kurzweil, Grossman, 2004).

Come ha scritto il noto sociologo Zygmunt Bauman: «Le strade verso l'immortalità un tempo riservate a pochi eletti sono stracolme di folle ansiose di guadagnarvi l'accesso» (Bauman, 2001, trad. it. p. 306).

In presenza di questa trasformazione vertiginosa, le abitudini di pensiero, di "mappatura mentale", attive nella scena della cura, per un verso hanno mantenuto forti continuità rispetto all'epoca del primo welfare, per l'altro hanno introdotto una marcata discontinuità. Per dirla in breve: la continuità ha riguardato la promessa *provvidenzialistica*, la discontinuità ha coinciso con il potenziamento della componente *oggettivante*, tecnico-scientifico-procedurale, della cura.

Oggi ci accorgiamo quanto paradossalmente il "provvidenzialismo" del nostro pur prezioso welfare, che ha accompagnato trasformazioni radicali, altamente drammatiche, come l'uscita dalla guerra, dai totalitarismi, dalla povertà e

dalle tradizioni contadino-patriarcali, abbia finito per colludere, come ammonivano da tempo un Illich o un Rosanvallon, con atteggiamenti di *dipendenza* dei cittadini dai servizi e di riduzione delle capacità autonome di cura reciproca nei territori, nelle comunità, nelle famiglie. Una dipendenza che conduce *ovviamente* ad atteggiamenti diffusamente rivendicativi, una volta che la promessa previdenziale-provvidenziale del welfare non si dimostri all'altezza delle attese.

Non c'è pertanto da stupirsi, ma semmai da interrogarsi, se la progressiva connotazione del desiderio come bisogno, e *ipso facto* come diritto, per l'affermarsi di quella cultura del godimento narcisistico che si diceva, molto sensibile alla promessa di "potenza" di una medicina fortemente associata agli straordinari progressi della tecnologia, si accompagna a delusione e risentimento, e a un intensificarsi delle azioni di rivalsa per lo scarto frustrante tra quel desiderio e questa promessa.

Le spese maggiori di questo circolo vizioso – in termini di rischio vittimario e di *burn out*, ma anche di sottoutilizzo delle risorse umane e professionali accumulate – le fanno naturalmente i professionisti che operano sul "fronte" delle relazioni più ravvicinate con l'utenza, ma i ritmi sempre più accelerati delle pratiche lavorative necessarie a posizionarsi efficacemente su questo "fronte" comportano l'intensificarsi della conflittualità anche nelle interazioni quotidiane tra i professionisti.

### 10. Conclusioni: immaginazione collaborativa

In questo scenario diventa quanto mai importante investire risorse sullo sviluppo dei saperi relazionali, comunicativi, sociali, antropologici necessari a prendersi cura del conflitto, per sperare di poterlo trasformare in riconoscimento reciproco e in opportunità collaborativa. Ovvero di quei saperi che sono indispensabili a rimanere in ascolto, nel piccolo come nel grande, dei segni che questo nostro tempo iperconflittuale, dunque – ricordando un'ultima volta Eraclito – potenzialmente ipercreativo, ci porta tra le mani.

Al paradigma inerziale "bisogno-risposta" va sostituito un altro paradigma, capace di portare in primo piano questi saperi. Un paradigma che potremmo definire in termini di *immaginazione collaborativa*. Non si tratta di assumere un principio morale solidarista e di applicarlo "dall'esterno" ai conflitti in atto nella scena della cura. Il termine vuole indicare piuttosto un'urgenza pratica, associata a una realistica diagnosi sociologica di quei conflitti, o per meglio dire delle loro "impennate" involutive. Una diagnosi che situa il nucleo critico principale di tali "impennate" nell'ambito relazionale delle "danze interattive" in atto nella scena della cura, prima ancora che (e oltre che) nell'ambito tecnico-procedurale della "inappropriatezza" delle cure e delle norme legali-organizzative.

In una prospettiva di lungo termine, c'incombe di saper leggere nelle radicali ambivalenze che caratterizzano gli attuali conflitti nella scena della cura l'alternativa tra due scenari-tipo diversi: uno scenario a dominante tecnico-procedurale e uno a dominante simbolico-relazionale (cfr. Lusardi, Manghi, 2013).

Il primo scenario, oggi corposamente in campo, scommette sul potenziamento tecno-scientifico e tecno-organizzativo della promessa "provvidenzialista" di risposta al bisogno – ormai desiderio. All'inseguimento, ogni giorno più veloce, della soddisfazione massima possibile delle aspettative di perfezione fisica e spirituale – a risorse finanziarie calanti.

Il secondo scenario, oggi alquanto più fragile, e tuttavia non insignificante, scommette sulla priorità da assegnare alle dimensioni interattive e simboliche, ovvero di *sensu*, della scena della cura, lavorando alla difficile transizione dallo sguardo "provvidenzialista" allo sguardo *collaborativo* su questa stessa *scena*. Assumendola come luogo condiviso e negoziale di rigenerazione del senso, ancor prima (e oltre che) di prestazione sanitaria. Come sfida di *sensemaking* (Weick, 1995), ancor prima che (e oltre che) di *problem solving*. Cogliendo nella scena della cura quella «Gestalt più vasta», nella quale tutti gli attori coinvolti si riconoscono reciprocamente portatori *de facto* sia di domande sia di competenze di vario genere, che si combinano insieme momento per momento, attraverso incessanti pratiche interattive.

Questo secondo scenario chiede di saper interpretare la conflittualità endemica del nostro tempo come il sintomo diffuso di una "gravidanza sociale" in atto, di cui prendersi cura con la dovuta attenzione, insieme clinica e sociale. Una gravidanza difficile, dobbiamo saperlo, ma come ogni gravidanza, promettente. E le nostre risorse umane, relazionali, scientifiche e organizzative, per prendercene cura, dopo oltre mezzo secolo di welfare, non possono essere descritte vittimisticamente come scarse.

Soltanto una scena della cura capace di valorizzare le competenze relazionali e di *sensemaking* di cui essa si nutre momento per momento può essere in grado di prendersi cura creativamente del conflitto che oggi la attraversa diffusamente. E dunque, per venire alla conclusione, anche di incidere sul nucleo critico che alimenta la medicina difensiva. Ciò in quanto solo per questa via diventa possibile affrontare il tema del nostro ammalarci, soffrire e morire, come una questione di senso dell'esistenza, e non come un «problema da risolvere» confidando nella promessa mitica di superare ogni limite, che anima oggi la tecnoscienza – con le delusioni, i risentimenti e le azioni di rivalsa che ne conseguono.

Quando i limiti della condizione umana cessano di essere la fonte viva di senso delle nostre esistenze, ha scritto un acuto filosofo contemporaneo, Jean-Pierre Dupuy, «si perde qualcosa di infinitamente prezioso in cambio dell'inseguimento di un sogno puerile» (2008, p. 105).

#### Riferimenti bibliografici

- Bateson G. (1979) *Mind and Nature: A Necessary Unity*, Dutton, New York (trad. it. *Mente e natura. Un'unità necessaria*, Adelphi, Milano, 1984).

te sul potenzia-  
"provvidenziali-  
ogni giorno più  
i perfezione fisi-

on insignificante,  
re e simboliche,  
ransizione dallo  
ta stessa scena.  
del senso, ancor  
making (Weick,  
ndo nella scena  
ori coinvolti si  
a di competenze  
ento, attraverso

la conflittualità  
vidanza sociale"  
clinica e sociale.  
za, promettente.  
anizzative, per  
possono essere

stenze relazionali  
essere in grado  
sa diffusamente.  
cleo critico che  
diventa possibile  
una questione di  
confidando nella  
scienza – con le

la fonte viva di  
mporaneo, Jean-  
oso in cambio

New York (trad.

- Bauman Z. (2001), *The Individualized Society*, Polity Press, Cambridge (trad. it. *La società individualizzata*, Il Mulino, Bologna, 2002).
- Dupuy, J.-P. (2008), *La marque du sacré*, Flammarion, Paris.
- Kurzweil R., Grossman T. (2004), *Fantastic Voyage. Live Long Enough to Live forever*, Rodale Press, New York.
- Focarelli D. (2015), "Responsabilità sanitaria e assicurazioni: criticità e proposte", relazione al Convegno *La responsabilità sanitaria: problemi e prospettive*, Roma, 20 marzo 2015, pdf (in [www.ania.it](http://www.ania.it)).
- Girard R. (2002), *Cinque saggi su Nietzsche*, in R. Girard, G. Fornari, *Il caso Nietzsche. La ribellione fallita dell'Anticristo*, Genova-Milano, Marietti, 2002, pp. 11-119.
- Girard R. (2011), *Géométries du désir*, Edition de L'Herne, Paris (trad. it. *Geometrie del desiderio*, Raffaello Cortina, Milano, 2012).
- Lusardi R. (2009), "Abitare la Terapia intensiva, tra pratiche, tecnologie e corpi", in *Rassegna Italiana di Sociologia*, 50, , pp. 75-100.
- Lusardi R. (2012), *Corpi, tecnologie e pratiche di cura. Uno studio etnografico in terapia intensiva*, Franco Angeli, Milano.
- Lusardi R., Manghi S. (2013), "I limiti del sapere tecnico. Saperi sociali nella scena della cura", in G. Vicarelli, a cura di, *Cura e salute. Prospettive sociologiche*, Carocci, Roma, pp. 145-174.
- Magatti M. (2012), *La grande contrazione. I fallimenti della libertà e le vie del suo riscatto*, Feltrinelli, Milano.
- Manghi S. (2004), *La conoscenza ecologica. Attualità di Gregory Bateson*, Raffaello Cortina, Milano.
- Manghi S. (2005), *Il medico, il paziente e l'altro. Un'indagine sull'interazione comunicativa nelle pratiche mediche*, Franco Angeli, Milano.
- Manghi S. (2008), "La sfida del paziente informato. Come cambia il vocabolario relazionale dei medici nella società dell'informazione", in A. Pozzi, M. Toscani, a cura di, *Tra il dire e lo scrivere. Saggi sull'oralità di ritorno*, Unicopli, Milano, pp. 199-222.
- Manghi S., (2009), "Indignazione, riparazione, perdono. Dalla difesa delle vittime alla cultura della vittima", in A. Bosi, S. Manghi, a cura di, *Lo sguardo della vittima. Verso una nuova civiltà delle relazioni*, Scritti in onore di Carmine Ventimiglia, Angeli, Milano, pp. 15-27.
- Pearce W.B. (1989), *Communication and the Human Condition*. Southern Illinois University Press, Chicago (trad. it. *Comunicazione e Condizione Umana*, Franco Angeli, Milano, 1993).
- Recalcati M. (2012), *Ritratti del desiderio*, Raffaello Cortina, Milano.
- Sennet R. (2012), *Together: The Rituals, Pleasures, and Politics of Cooperation*, Yale University Press, New Haven, CT (trad. it. 2012; *Insieme. Rituali, piaceri, politiche della collaborazione*, Feltrinelli, Milano 2012).
- Tomelleri S. (2015), *Ressentiment. Reflections on Mimetic Desire and Society*, Michigan State University Press, East Lansing, MI.
- Tomelleri S., Artioli G., a cura (2013), *Scoprire la collaborazione resiliente*, Angeli, Milano.
- Weick K.E. (1995), *Sensemaking in Organizations*, Sage Publications, London (trad. it. *Senso e significato nell'organizzazione*, Raffaello Cortina, Milano 1997).