

BREVE ELOGIO dell'INESTIMABILE nella RELAZIONE di DONO*di Philippe CHANIAL

La relazione di cura come relazione di dono

Suggeriamo alcuni elementi per definire la relazione di cura come una relazione di dono al fine di mostrare in che misura una gestione della sanità ridotta ad un punto di vista esclusivamente contabile costituisca una minaccia verso la sua stessa natura intrinseca.

Anzitutto occorre sottolineare la sua specifica temporalità: il dono di cura è in primo luogo un dono di tempo. Infatti, il dono di cura non si può ridurre ad semplice gesto tecnico e puntuale. Gli anglosassoni distinguono, così, il *care* (la cura, l'attenzione verso gli altri, la sollecitudine nei confronti degli altri) e il *cure* (il gesto che cura).

In questo senso, la relazione di cura si costruisce nel tempo. In una parola, curare significa donare tempo e dare tempo al tempo. Ciò presuppone che coloro che curano possano, almeno in parte, essere padroni di questo tempo. Ora, l'imperativo gestionale che ingiunge di ottimizzare il tempo dei pazienti e delle équipes impegnate nella cura misconosce e calpesta questa temporalità specifica della relazione di cura. Ciò pone i quadri ospedalieri, incaricati di organizzare praticamente questo tempo, in una situazione molto delicata e perfino impossibile.

Le testimonianze, in proposito, sono numerose.

Dovrei anche precisare: dare tempo ai *tempi*, al plurale. Infatti, seconda caratteristica, è proprio del dono di cura di essere fondamentalmente contestuale. Anche in casi formalmente identici stando a questa o a quella nomenclatura, non possono essere trattati allo stesso modo. A questo titolo, il dono di cura presuppone un'intelligenza della singolarità delle situazioni, della singolarità delle persone e delle relazioni che sono state con queste ultime instaurate. Esso si fonda su un'autonomia necessaria, che ha poco a che fare con lo slogan oggi in voga sull'autonomia. Per dirla diversamente, presuppone una dimensione etica, sensibile, che gli è propria, specialmente una capacità di essere colpiti da altri, un'altra sempre al singolare, dalla sua sofferenza – una dimensione informale e invisibile di empatia, di simpatia, di *care* (...) – e di rispondervi non solo con efficacia, ma anche con tatto e sollecitudine. Cercando in qualche modo l'impossibile, la buona distanza. Sotto questo profilo, il giudizio pratico, in situazione, di coloro che prestano cura richiede ciò che Aristotele chiamava la *phronesis*, una saggezza tutta pratica, più che un imperativo categorico decontestualizzato, formale e formalizzabile. Poiché l'atto di cura è indissociabilmente dono di relazione e dono di sé, chiunque siano coloro che prestano la cura, esso sembra resistere, per sua stessa natura, al modello dello scambio mercantile o alle imposizioni della valutazione contabile. Protocollare ad oltranza significa ignorare questa contingenza, negare i saper-fare discreti e tutto il lavoro invisibile sottesi alla relazione di dono.

Terzo elemento: il dono non è mai soltanto individuale. Non si restringe mai al colloquio singolare prestatore di cura-paziente, ma scaturisce da tutto un insieme di cooperazioni formali ed informali. E' in un certo senso un'impresa collettiva, che presuppone dei collegamenti (...), delle forme multiple di aiuto tra coloro che prestano la cura e la trasmissione informale di saper-fare impliciti e discreti. Ora, sistematizzare le valutazioni individuali non equivale a misconoscere e negare questa dimensione collettiva?

Dono di cura, dono di vita

Infine, quarto elemento: il dono di cura è anche e in primo luogo dono di vita. E' ciò che si potrebbe chiamare la delicata essenza della relazione di cura. Ciò che qui soprattutto si scambia è ciò che si dona: molto semplicemente, la vita. E' sufficiente essere stato ricoverato, sia pure per qualche giorno, in ospedale per percepire e sentire tutta l'importanza delle mille piccole attenzioni, apparentemente le più anodine, che costituiscono la buona cura e simboleggiano diversamente questo dono di vita. Tutto ciò è molto banale, ma in verità la prerogativa di chi presta la cura non è quella di donare senza esservi formalmente tenuto? Cioè, di donare molte cose in cambio di nulla? *Something for nothing* (A. Gouldner). Sotto questo riguardo, al dono di cura inerisce una dimensione di generosità, che va al di là del *do ut des* – niente senza niente – della relazione salariale o mercantile e di ogni protocollo codificato.

Eppure, non si tratta di tessere l'elogio del volontariato. Al contrario, la questione è quella del riconoscimento di ciò che è effettivamente un lavoro. Ma è anche la questione del riconoscimento di un fatto antropologico essenziale: nessuna società, nessuna cultura, nessuna relazione potrebbe esistere senza una parte di gratuità, di dono o di generosità. Gratuità di ciò che si riceve dagli altri – uomini, donne, bambini; morti o vivi -, ma anche dalle istituzioni, perfino dagli dei. Gratuità di ciò che si dona loro, in cambio di nulla, senza alcun calcolo e talvolta senza che questi donatori vi abbiano diritto o lo meritino. Non è così che circola la vita, si annodano i legami e si formano le identità?

Da questo punto di vista, la relazione di cura, proprio perché è esperienza della malattia, della vulnerabilità, perfino patto contro la morte, si trova al centro di questo dono di vita. Chi presta la cura procura qualcosa di vitale – qualcosa che non ha prezzo. Ma è esattamente questa la difficoltà della relazione di cura. Dal lato del prestatore di cura, c'è tutto il rischio del pathos, dell'identificazione con il paziente che può diventare quasi fusionale,

talvolta fisica. Dal lato del paziente, c'è in primo luogo il rischio di abbandonarsi totalmente a chi presta la cura, non solo di accordargli la propria fiducia, ma di affidargli e consegnargli il proprio corpo, la propria vita in attesa di questo contro-dono vitale. In un recente articolo Isabelle Marin (“Don et sacrifice en cancerologie”, in Ph. Chaniel, a cura di, *La société vue du don. Manuel de sociologie anti-utilitariste appliquée*, La Découverte, Paris 2008) ricordava una paziente, sotto chemioterapia, che, accostandosi ad una nuova infermiera, le dice: “Ah! Che fortuna, ho un regalo per voi”. L’infermiera, allettata, chiede: “Che regalo?”. “Ma, suavia, il mio cancro!”, risponde l’ammalata. Regalo avvelenato quant’altri mai! Dono di un corpo sofferente, sicuramente già da tempo biopsizzato, espantato, trafitto di punture, che esige una contropartita, talvolta fino all’accanimento: “Bisogna dargli qualcosa!”. In realtà, la frontiera tra il dono e il sacrificio è spesso fluida e si passa spesso dall’uno all’altro. Non aggiungo altro, salvo per precisare questo punto: osservare l’atto di sé come relazione di dono consente di mostrare che se questa relazione è profondamente asimmetrica, se questo scambio è radicalmente ineguale, tuttavia integra una certa dimensione di reciprocità, anch’essa invisibile. Infatti, se il paziente riceve molto, anche lui non dà meno. Il suo non è solo un dono di fiducia o di riconoscimento. Credo che non sia illegittimo parlare di un “lavoro” implicito proprio del malato. Ciò è evidente nei servizi di dialisi o nelle unità di rieducazione. O, diversamente, nel campo della psichiatria. Ma anche alcune cose semplici come lavarsi, pettinarsi, alzarsi, nutrirsi, fornire delle informazioni utili alla diagnosi, tossire, respirare al momento opportuno, ecc., sono anche indispensabili all’esercizio medico. Pensiamo al lavoro del lutto, del lutto di se stessi, attraverso le regole della buona morte che il paziente in fin di vita è tenuto ad osservare: controllo delle emozioni, padronanza di sé, ecc. Ma, ancora una volta, come misurare, da un punto di vista contabile, questo contributo informale dei malati che contraddice così apertamente tanto il modello del consumatore di cura quanto quello del semplice paziente, colui che subisce, per essere ridotto, sotto lo sguardo biomedico, alla sua patologia?

Per concludere: dalla relazione all’istituzione

In questo breve testo, non era mia intenzione fare, ingenuamente, l’apologia della gratuità nella relazione di cura, e in questo modo contrapporre da un lato il buon dono e dall’altro la cattiva gestione, la gratuità generosa e la contabilità venale, la relazione delicata e l’istituzione grossolana. E con ciò demonizzare ogni forma di regolazione esterna a questa relazione. Come ho accennato prima, questa parte di dono non è priva di ambiguità ed è attraversata da molteplici tensioni. Soprattutto la tensione insuperabile tra, da un lato, l’*attenzione verso l’altro*, posta sul registro della sollecitudine personale, sempre singolare, al di fuori di ogni equivalenza (mercantile o contabile), talvolta al limite della dismisura quando l’identificazione con il paziente è troppo forte, la domanda del paziente è troppo imperiosa, e, dall’altro, l’*attenzione verso l’atto*, come gesto tecnico, professionale, istituzionale, che presuppone delle procedure e dei protocolli, garanti della “buona distanza”, ma con il rischio, questa volta, di spersonalizzare la relazione, di inscrivere in un processo di lavoro razionalizzato e formalizzato o di soccombere al fantasma dell’onnipotenza. Di qui i dilemmi propri del gesto di cura, tra prossimità e distanza, ingerenza e indifferenza, autonomia e dipendenza, ecc.

In questo senso, sopravvalutando la sua dimensione relazionale, non si tratta di negare l’importanza delle mediazioni istituzionali dell’atto di cura. E’ evidente che la relazione di cura ha bisogno di terzi. Ora, al di là delle sue infinite varianti, il fondo dottrinale comune a tutte le scuole del *New Public Management*, non è il rifiuto o il rigetto dell’istituzione. Come se niente dovesse essere istituito e perenne, come se tutto dovesse divenire mutevole, duttile, malleabile. Permanentemente riformabile. Questa allergia, addirittura questa fobia dell’istituzione, comune a tutti i riformatori, forse meriterebbe un buon esame, anzi più di uno. Infatti, per uscire dall’ambito sanitario, paragonare i magistrati a dei piselli intercambiabili e trattare i ricercatori del proprio paese come fannulloni, capaci solo di andare a cercare un po’ di luce e di calore nel loro ufficio girandosi i pollici, esprime uno strano odio del corpo. Almeno dei corpi costituiti.

Quest’odio dei corpi è anche il sintomo di un sacro orrore della gratuità.

Infatti, in questi corpi non sono forse incarnate le “gratuità pubbliche” che le nostre società dispensano ai loro membri e grazie alle quali possono mettersi alla prova come degli insiemi dal destino solidale?

Non è forse a questo titolo che i servizi pubblici (educazione, sanità, giustizia, ecc.), che sono i simboli e gli agenti di queste gratuità istituite, costituiscono i pilastri essenziali – inestimabili – di un mondo comune?

Allora, forse, si potrà afferrare più chiaramente quanto il loro indebolimento, per usare un eufemismo, minacci di spezzare il circolo virtuoso tra gratuità relazionale e gratuità istituita, tra dono e istituzione.

(Traduzione italiana di Francesco FISTETTI)

* Il saggio di Philippe CHANIAL, di cui vengono qui tradotti gli ultimi tre paragrafi, si può leggere integralmente sul numero 35 della *Revue du MAUSS premier semestre* 2010, dedicato al tema della gratuità ed intitolato “*La gratuité. Éloge de l’inestimable*”.