

# Sapere, parlare, tacere

Antonio Autiero

**Il “silenzio terapeutico” è la consapevolezza che determinate situazioni vanno accompagnate, piuttosto che elaborate verbalmente o verbosamente.**

*Sapere/parlare/tacere*: quando parliamo di queste tre attività dell'uomo e andiamo alla ricerca della loro valenza etica, soprattutto nell'ambito di un discorso di bioetica e biodiritto sul tema della medicina e della salute, abbiamo a che fare con attività che, a seconda delle specifiche aree in cui vanno a collocarsi, assumono colori diversi. Sapere/parlare/tacere nell'ambito della medicina, per esempio, è diverso nel fine vita o nel contesto della diagnostica o, ancora, nel contesto della riabilitazione. È bene tenere presente questa considerazione, per non mettere nello stesso contenitore cose diverse, la cui colorazione è diversa a seconda degli ambiti.

Che cosa è interessante sapere intorno al “sapere”? La nostra società è definita come *Wissensgesellschaft* (società del sapere) e questa non è una realtà ovvia e scontata, ma piuttosto il risultato di grandi trasformazioni a cui la nostra società è stata assoggettata nel corso della sua storia culturale.

La storia dello spirito della nostra società ha subito una grande trasformazione da quella che solitamente si può nominare come la svolta della modernità. Proprio nell'epoca moderna il sapere – pur da sempre attività correlata all'essere al mondo dell'uomo – ha acquisito una nuova centralità. La svolta moderna che determina la società del sapere può essere scandita su due fronti differenziati e pur tuttavia legati tra di loro: la svolta della modernità è, da una parte, soprattutto quella del XVII secolo, una svolta a grande coefficiente scientifico; più tardi, si assiste alla svolta antropologica, e questo rappresenta il riferimento più attinente ai fini dell'argomento qui trattato.

La svolta scientifica pone al centro della consapevolezza umana quel processo di acquisizione di sapere riguardante prevalentemente l'aspetto tecnico naturalistico del mondo e dell'uomo nel mondo. Questo comporta nella storia della medicina un'acquisizione di nozioni attorno al corpo: i sistemi di anatomia e fisiologia sono l'oggetto di questa grande svolta dell'epoca moderna sotto il profilo della consapevolezza scientifica. Bacon, Galilei e anche Cartesio sono i grandi protagonisti di questa convergenza (in particolare sul corpo umano). La società del sapere che prende le mosse da questa svolta scientifica della modernità ci fornisce una possibilità di conoscenze intorno al corpo. Questo è un primo gradino, che si trova in contatto molto stretto con un secondo gradino caratterizzante la svolta della modernità: il movimento di ribaltamento dei parametri di comprensione dell'uomo

e della visione che l'uomo ha di sé stesso. La svolta antropologica (*die antropologische Wende*) è usata per primo da Immanuel Kant quando, volendo contrapporre a un processo conoscitivo di che cosa sia l'essere dell'uomo e di che cosa sia per l'uomo la conoscenza di sé, riscatta questa forma di conoscenza da quei movimenti che dall'esterno imprimevano all'uomo una determinata connotazione (sistemi eteronomi, leggi che dall'esterno imponevano all'uomo una determinata conoscenza di sé), giungendo invece a sistemi autonomi.

Legata a questa svolta antropologica per Kant c'è l'acquisizione della categoria di autonomia e di partecipazione: tutto questo, nella storia dell'Europa di quell'epoca, va sotto il nome di Illuminismo, *die Aufklärung*. Kant nella sua opera *Was ist die Aufklärung?* (Che cos'è l'Illuminismo?), afferma che tale movimento di pensiero è un processo dinamico, dunque mai chiuso; iniziato, ma mai portato a termine, sempre in atto e il cui scopo è il riscatto che l'uomo deve raggiungere rispetto alle forze esterne che lo determinano. Si tratta quindi di un riscatto dell'uomo da sistemi eteronomi: l'Illuminismo è un movimento di emancipazione e in esso appaiono alcuni elementi tipici della svolta antropologica dell'epoca moderna; in particolare, i sistemi di informazione e di partecipazione entrano nel cuore stesso di questo movimento di riscatto ed emancipazione.

Si può allora cogliere un dato molto importante da questa prima

lettura: la società del sapere da una parte offre una quantità di informazioni (quindi l'informazione è l'oggetto del nostro sapere), d'altra parte, nella società del sapere – nell'accezione moderna illuministica del termine – l'uomo è chiamato ed è messo in condizione di sapere di più riguardo a se stesso. In tale accezione, il sapere non è soltanto relegato a un nucleo di oggetti o di cose sapute, ma rappresenta un movimento di autoriscatto dall'ignoranza di sé ed è dunque in stretta connessione con l'autoconsapevolezza, l'autocoscienza. Kant afferma che in questa autonomia della volontà, quindi etica e morale, dell'uomo risiede la radice della sua dignità: da questo punto di vista, dignità e autonomia sono in stretto rapporto. Pertanto, in un medesimo circuito troviamo dignità, autonomia, informazione e sapere di sé, autoconsapevolezza.

Nell'analisi di questo lemma – il sapere – pare importante sottolineare la svolta antropologica, in particolare la svolta illuministica, perché mentre Kant nel 1792 pubblicava le sue opere fondamentali (come per esempio la *Metafisica dei costumi*), un medico-filosofo della stessa epoca, Johann Karl Osterhausen, pubblica nel 1798 una piccola opera (interessante anche sotto il profilo della storia dell'etica medica) che porta il titolo *Medizinische Aufklärung*, in merito all'Illuminismo medico. Mentre per Kant il processo dell'Illuminismo è descritto in termini di dinamica di riscatto dalla eteronomia, quindi come percorso di emancipazione, esso può toccare il cuore stesso dell'uomo anche

quando è malato e anche la stessa medicina, che esce dalla svolta scienziata del XVII secolo rinnovata sotto i punti di angolazione della fisiologia, patologia (basti pensare a questo proposito al tema dell'anatomia nella scuola padovana).

Questa stessa medicina diventa una sorta di primordiale filosofia dell'emancipazione e ciò significa che la medesima angolazione del pensiero del processo di partecipazione e di informazione in merito alla sensazione di ciò che si ha intorno a se stessi, tocca anche l'uomo malato e l'atto medico. Anche la medicina dunque tocca ed è permeata da questo movimento dell'*Aufklärung*. Questo procedimento di emancipazione che tocca anche la medicina comporta che le strutture dell'atto medico e del rapporto che esso tende a instaurare, di volta in volta, con i suoi attori abbia anch'esso a che fare con il tema della comunicazione e dell'informazione.

Passiamo ora al secondo lemma: il parlare in medicina. Va sottolineato come questo secondo passaggio sia fortemente legato al primo (il tema del sapere all'interno della svolta antropologica e scienziata della società moderna). In che cosa consiste il parlare o il parlarsi come momento dell'atto medico e come forma di relazione, tra gli attori implicati nell'atto medico?

Questa comunicazione diventa il tessuto connettivo del processo terapeutico. Qui va fatto un piccolo passo indietro: Ivan Illich, critico della cultura medica della modernità, in *Nemesi medica* (1976) afferma

che la storia della medicina (e in particolare del rapporto medico-paziente) ha coniugato forme di accostamento e di distacco dal parlare, ponendo la parola al centro dell'attività degli attori implicati. Inizialmente, sostiene Illich, la medicina è sorta come attività di relazione parlante tra diversi soggetti; va forse aggiunto: all'interno di un codice di comportamento segnato dalle venature del paternalismo di cui il giuramento di Ippocrate può essere un punto di riferimento. All'inizio, curare una persona significava inglobarla all'interno di un circuito di relazione locutoria. La storia della medicina ci insegna come i primi luoghi di cura fossero prevalentemente affiancati alle istituzioni religiose: i templi di Esculapio, i luoghi di ospitalità dei pazienti dove il sacerdote intratteneva relazioni di carattere comunicativo con le persone che avevano bisogno del suo aiuto. In tale prospettiva, emerge chiaramente come la parola fosse parte integrante del processo terapeutico.

Le varie svolte che sono avvenute nel corso della storia della medicina – afferma Illich – hanno portato a una perdita di centralità della parola nel rapporto medico-paziente, in primis in rapporto alla nuova centralità del farmaco, che nel rapporto medico paziente sostituiva il centrale luogo di impatto terapeutico della parola. La prescrizione medica del farmaco prende il posto di quella che nell'antichità era rappresentata dalla prescrizione locutoria, accompagnata da elementi più o meno naturali nella cura delle malattie.

Illich individua poi una terza evoluzione, alla quale consegue un ulteriore spostamento: molta dell'attività terapeutica e dell'attesa di una sua buona riuscita viene affidata a una terza struttura, l'apparecchiatura. Oggi, soprattutto in rapporto alle avanzate tecnologie, le apparecchiature non sono più solo diagnostiche ma vanno a incidere sull'eventuale problema che hanno rilevato. In alcuni ambiti si parla, con un termine avveniristico, di *teragnostica*: terapia e diagnostica. Basti pensare, per esempio, a una colonscopia che verifica la presenza di una poliposi e, allo stesso tempo, interviene chirurgicamente.

Per Illich questa evoluzione affascinante deve portare a un recupero di valenza comunicativa in una medicina che non rinnega né il farmaco, né l'apparecchiatura (quindi non si tratta di un ritorno al premoderno), ma conserva la parte migliore della modernizzazione nella medicina, ridonandole un rinnovato riscontro della migliore risorsa, la comunicazione. In tale prospettiva, il ritorno alla parola non rappresenta una sorta di passaggio all'indietro, ma piuttosto una riscoperta, che cambia il contesto in cui avviene.

Quest'aspetto va sottolineato, poiché esiste anche un limite alla parola e, per comprendere questo passaggio, è utile ritornare a una reminiscenza storica. Abbiamo già fatto riferimento all'opera di Kant e Osterhausen, ma va ricordato come a metà del 1700 un medico filosofo avesse formulato un detto che evidenziava il limite della parola, affermando che il medico deve saper

comunicare con il paziente, ma deve anche saperlo "agganciare" con una sorta di illusione. Questo passaggio è importante, per poter giungere al tema della comunicazione e verità.

Il detto del medico Friedrich Hoffmann, nell'operetta *Medicus politicus* del 1738, recitava: *Qui nescit simulare, nescit curare*. In quest'asserzione si assiste a una sovrapposizione della parola, che in qualche modo produce un effetto simulatorio: chi non sa simulare, ingannare, non sa neppure curare.

Certamente non è il contesto ingannatorio, quello in cui vada auspicato un ritorno alla parola; né si tratta di quello a cui pensa Illich, che piuttosto mira a ristabilire le giuste valenze tra farmaco, tecnica e comunicazione, quest'ultima all'insegna della verità.

Siamo così giunti a un tema che nell'ambito dell'etica riveste un ruolo importantissimo: dire o no la verità al paziente.

Si tratta di un modo per rispondere alla domanda di quale sia la tipologia del rapporto medico-paziente che si vuole instaurare e al quale ci si vuole ispirare. La discussione bioetica a questo riguardo si è fondata molto sulla riflessione che nell'ambito filosofico, soprattutto nella filosofia del linguaggio, si è andata sviluppando in merito a quali teorie fondative si potessero mettere in campo per rispondere alla domanda etica di che cosa sia la verità: *Wahrheit Theorien* (le teorie della fondazione della verità, che possono essere ricondotte a tre principali).

Una prima teoria può essere chiamata essenziale o essenzialista: il dovere di dire la verità è una fondazione di tipo deontologico (“alla Kant”), quindi è insito nella stessa struttura dell’atto della comunicazione, poiché la comunicazione stessa di qualcosa è l’adeguamento dell’intelletto alla realtà: non si può imbrogliare.

Una seconda teoria di fondazione della verità è quella funzionale: ci sono interessi in gioco e pertanto si dice quella verità che serve a quegli interessi. Non è un fatto del tutto negativo o un uso utilitaristico della comunicazione: ci sono interessi che vanno tutelati e questa, per qualche soggetto, può essere una ragione sufficiente per dire o per non dire.

Un terzo approccio volto alla comprensione della teoria della verità risiede invece nella fondazione relazionale: non c’è il dovere di comunicare, né un interesse da perseguire attraverso una determinata comunicazione, ma c’è il soggetto o i soggetti che, attraverso il loro parlarsi, entrano in una relazione reciproca. Questa terza modulazione fondativa della verità riveste molta importanza nell’ambito dell’atto medico, dove la storia tormentata del rapporto medico-paziente ci porta a proprio a questa indicazione della verità, da contestualizzare nella chiave di lettura relazionale. La verità da dire o da non dire al paziente non è legata a un qualche interesse né ad alcuni doveri (ai quali si possano trovare deroghe), ma è legata a quella storia di rapporto consumata nel breve o nel lungo arco di di tempo una terapia, all’interno della strut-

tura del rapporto medico-paziente o, in termini più ampi, del rapporto tra tutti gli attori convergenti: il medico e le professioni sanitarie, il paziente, il suo contesto familiare e sociale. Nello stabilire questa relazione, ci si chiede quanto di verità e quanto di non verità dire.

Siamo quindi giunti al terzo verbo: tacere. Nell’espone la teoria relazionale della verità ho fatto riferimento alla verità da dire o da non dire. Il “non dire” non è necessariamente qualcosa che lede il tema dell’autonomia, perché nella svolta antropologica dell’illuminismo si trova necessità di informazione, ma anche necessità di dosaggio dell’informazione stessa. I soggetti di autonomia che entrano in relazione tra di loro devono saper valutare quale sia quella verità che, se fosse un dovere dire a ogni costo, sarebbe la verità della parola e non dello spirito. Basti pensare alla metafora del Vangelo: le parole possono uccidere, mentre lo Spirito dà vita. Qual è lo spirito? Quello di una giusta, sana, terapeutica e sanante relazione tra tutti gli attori che entrano in gioco nella dinamica dell’atto medico.

Per tale motivo, si deve rivendicare un riscatto e una dignità del “non dire”, così come di quello che appartiene all’emisfero del “non fare”, del tra-lasciare. Si è fatta l’abitudine, soprattutto in una visione quantitativa delle nostre strutture antropologiche, a una medicina del “fare”, nella considerazione che il “non fare” sia il negativo, o una sorta di controparte del

“fare”. In tale prospettiva, il “fare” o il “dire” sono luce e il “non fare” o il “non dire” sono ombra.

È invece opportuno riscattare il silenzio da questa connotazione negativa e pensarvi in termini positivi.

Il titolo di questo incontro, il “silenzio terapeutico”, non è una sorta di cortocircuito delle formulazioni linguistiche: proprio il “non dire” in determinate condizioni (è fondamentale che si siano stabilite strutture sane di relazione) cura, mentre il “dire” potrebbe risultare in un aggravamento della situazione patologica del paziente. Quindi il “non dire” può avere una valenza positiva, a condizione che vi sia un itinerario di riscatto dalla sua connotazione negativa.

In che cosa consiste il silenzio in questo quadro: soltanto nell’assenza di parola o nel girare le spalle al dovere di stabilire una relazione, contro la quale vanno le resistenze interiori o le pressioni esterne che si possono avere? Quello è il silenzio del rifiuto, che uccide la parola: quando un medico, un infermiere o un parente avrebbero dentro di sé parole che vorrebbero dire, ma non hanno la possibilità, la competenza o il coraggio per dirle e allora tacciono, lasciando morire in sé le parole che non sanno dire, ma che sanno essere le parole più vere.

Al contrario, il silenzio al quale si fa qui riferimento non è l’aborto della parola, ma la discrezione e il pudore della parola stessa, in una forma che, attraverso un atteggiamento pudico e rispettoso, coltiva il fatto che determinate situazioni

nella vita vadano più accompagnate che non elaborate verbalmente o verbosamente. Qui ci si può riferire ad alcuni campi dell’atto medico e prevalentemente a quello della medicina di fine vita. Il tacere è assumersi la responsabilità di ridurre il livello verbale per ampliare quello della presenza, dell’accompagnamento: in questo senso il silenzio terapeutico è un’implementazione del prendersi cura, quando il dare cure non è più adeguato a risolvere la situazione che ci si trova a gestire. In tale prospettiva anche il tacere ha la sua dignità e la sua nobiltà. Ma questa misura tra il “dire” e il “non dire”, tra il tacere e il parlare, è una misura che domanda (soprattutto oggi) un incremento di capacità sapienziale da parte del medico e degli esercenti la professione medica, della famiglia e anche da parte del paziente, quando questi sia in condizione di poter elaborare la problematica che si trova a dover affrontare. Questo silenzio non è rifiuto della parola: piuttosto esso è un dono e uno strumento di ulteriore incremento della capacità comunicativa della struttura e della dinamica dell’atto medico, e dell’attitudine interiore ed esteriore degli attori che vi sono implicati.

Il tacere può essere un luogo di esercizio del potere, quando si sa ma non si dice, ma non è a questo tipo di tacere che si è riferito questo intervento poiché, in quel caso, esso mai potrebbe essere un dono.

---

*Antonio Autiero è Direttore dell’ITC (ora Fondazione Bruno Kessler) - ISR “Centro per le scienze religiose”, Trento.*