

## **Etica e leadership: come trovare consensi quando non si può imporre le proprie preferenze?**

Sandro Spinsanti

L'ambito relativo alle scelte da fare di fronte alla vita, alla morte, alla riproduzione, alla intensità e invasività delle cure e ai limiti eventualmente da imporre –quell'ambito che nel dibattito pubblico è sempre più spesso qualificato, in modo sintetico, come bioetica- ha fatto emergere con la maggiore drammaticità la varietà delle posizioni, delle scale di valore e delle preferenze. La bioetica ci fa scoprire che siamo profondamente diversi, non soltanto perché qualcuno è cattolico e qualcun altro è musulmano, qualcuno è credente, qualcuno è ateo...; anche all'interno di realtà culturali omogenee coesistono mondi morali diversi.

Anzitutto cercherò di descrivere - anche con qualche esempio - la pluralità dei mondi morali, per passare poi alla questione cruciale: che cosa fare quando gli universi nei quali sono scritte regole diverse di comportamento morale entrano in contatto? Il primo compito non presenta particolari difficoltà. Sono sotto gli occhi di tutti le divergenze rispetto, per esempio, alle scelte riproduttive: c'è chi aderisce a un'etica in cui anche la fecondazione naturale in certe condizioni - come l'assenza di matrimonio - è considerata moralmente illecita, oppure ritiene che il preservativo sia contro la naturalità dell'atto sessuale; mentre nella nostra stessa società ci sono altri che ritengono pienamente giustificata la pillola del giorno dopo o anche l'interruzione della gravidanza. Per non dire della diversa valutazione morale dell'ampio arsenale di tecniche con le quali porre rimedio alla sterilità. Ugualmente ampio e variegato è il ventaglio delle posizioni morali relative a quanto è giusto e opportuno fare quando la vita sta declinando verso la fine: sul crinale dell'eutanasia, alcuni propendono per un controllo attivo del processo del morire,

mentre altri difendono la sacralità della vita e la “naturalità” della morte.

I diversi orientamenti etici non emergono soltanto nelle situazioni estreme. Anche nell’orizzonte della quotidianità rispetto alle regole etiche che sovrintendono all’etica della vita ci scopriamo “stranieri morali”. Questa espressione è stata proposta da Tristram Engelhardt, un bioeticista americano la cui opera principale - *Manuale di bioetica* - è stata tradotta anche in italiano:

Molti pensano che l’incontro con stranieri morali sia un’evenienza piuttosto rara. Al riguardo vale la pena di sottolineare che l’estraneità morale non comporta necessariamente l’incomprensibilità reciproca, ma solo che l’altro sia visto come uno straniero in virtù della diversità delle sue posizioni morali e/o metafisiche. Possono essere stranieri morali anche due amici estremamente legati uno all’altro e perfino marito e moglie; questi anzi possono essere anche veri e propri nemici morali. Essere stranieri morali significa abitare in mondi morali diversi<sup>1</sup>.

Una possibilità di questo genere non riguarda solo il fenomeno dell’immigrazione ed è molto più quotidiano di quanto si immagini. Vorrei illustrare questa affermazione con un esempio: una ricerca condotta alcuni anni fa nel contesto d’interventi formativi promossi dalla regione Toscana per i medici e gli infermieri sui problemi della bioetica, in particolare sul cambiamento di rapporto tra sanitari e cittadini e sulle decisioni di fine vita. I comportamenti proposti oggi come normativi, quasi obbligatori dal punto di vista dell’etica dell’assistenza e della cura, suscitavano nei sanitari reazioni molto diverse. Per documentare la varietà degli atteggiamenti nei confronti dell’informazione da dare al paziente - uno dei punti nevralgici dell’etica medica - è stata impostata una ricerca, condotta da Deborah Gordon e Eugenio Paci, circa la pratica di informare e non informare i malati di cancro. Nello spirito di una ricerca etnografica, che mira a

---

<sup>1</sup> H. T. Engelhardt, *Manuale di bioetica*, Il Saggiatore, Milano 1999, p. 113.

comprendere i comportamenti e le motivazioni che li ispirano a partire dall'ottica dei protagonisti, escludendo ogni intento valutativo o normativo, lo studio mirava a esplorare le pratiche dominanti, i vissuti e i costrutti teorici che le giustificano diffusi tra i professionisti sanitari circa la comunicazione : a) con i pazienti in generale; b) con i pazienti affetti da cancro o da altre malattie potenzialmente fatali; c) con le persone in contesti non sanitari.

Le domande rivolte con questionario rispecchiavano l'ipotesi che le pratiche comunicative riferite al cancro non sono comportamenti isolati, ma rappresentano un approccio tipico a problemi di natura analoga. Le pratiche mediche e i vissuti relativi alla malattia e alla cura del paziente (chi prende le decisioni, chi detiene le informazioni, gli assunti relativi a che cosa serve per stare meglio, dove attingere la speranza, il significato da attribuire al cancro, in che cosa consiste una "buona morte") si coagulano in modo coerente intorno a due modelli, che portano l'uno a rivelare al malato il male da cui è affetto, l'altro a nasconderglielo. Le modalità di comunicazione relative al cancro sono costitutive di vissuti e pratiche di portata più ampia.

Gordon e Paci non si sono limitati a contare quanti tra gli operatori sanitari sono per il "dire" e quanti per il "tacere". Hanno studiato invece come questi orientamenti sono collegati, in profondità, con le convinzioni che riguardano la vita, la morte e la sofferenza; con il modo di gestire le "cattive notizie" anche in contesti diversi da quello della salute; con i modelli fondamentali di educazione (orientata a promuovere l'autonomia personale oppure a consolidare la dipendenza dai genitori e dalla famiglia); con le modalità che vengono utilizzate preferenzialmente per aiutare qualcuno in difficoltà. A questi modelli globali possiamo dare il nome di "narrazione culturale". La "narrazione culturale" dà ragione di ciò che si intende produrre con le proprie azioni (e omissioni). Schematicamente, la narrazione culturale di "protezione sociale" organizza i comportamenti con l'intento di proteggere il paziente, mentre la narrazione che possiamo chiamare di "autonomia-controllo" si prefigge di favorire il controllo della situazione da

parte dell'individuo.

La “*narrazione della protezione sociale*” potrebbe cominciare così: «In principio c'erano Dio e la famiglia, che hanno creato i bambini e proteggono i deboli nei momenti di difficoltà». La vita e le persone sono fundamentalmente fragili e bisognose di protezione. La sofferenza non può essere eliminata, ma può e deve essere ridotta al minimo, in parte attraverso la protezione del gruppo sociale: qualsiasi mezzo utilizzato dal gruppo a questo fine è buono, anche inventare storie e mentire. Ai duri colpi della vita si fa fronte mantenendo la continuità della vita quotidiana. La maturità non è un processo lineare: si rimane bambini per tutta la vita di fronte a Dio, ai genitori, alle persone più anziane. Questo comporta che in caso di malattie ci saranno altri che assumeranno *in toto* la responsabilità delle cure. Il primo dovere è proteggere gli altri dalla sofferenza, non dare “dispiaceri”. Lo stile comunicativo predilige il silenzio, l'ambiguità dei messaggi, la comunicazione indiretta. Il campo sociale è immaginato come un'efficace difesa di fronte a verità che farebbero soffrire (come, appunto, una diagnosi di cancro). Per questo la “*narrazione della protezione sociale*” tende a una pratica comunicativa in cui chi detiene le informazioni sulla malattia - il medico e la famiglia - non le trasmette al malato.

La narrazione sottostante alla pratica della comunicazione aperta della diagnosi - che in ambito medico si traduce soprattutto nella promozione del consenso informato - potrebbe iniziare il suo racconto della creazione con: «In principio c'era l'individuo». Nella “*narrazione culturale di autonomia-controllo*”, infatti, l'individuo è sovrano: sulla sua vita, sul suo corpo, sulla propria identità personale. Solo la persona coinvolta sa che cosa è meglio per se stessa ed è davvero capace di prendere le decisioni che la riguardano. L'autonomia e l'autodeterminazione sono valori primari e rappresentano dei diritti fondamentali di ogni essere umano. L'informazione è essenziale per poter scegliere. Per questo è necessaria una comunicazione chiara ed esplicita.

Vista dalla prospettiva della narrazione dell'autonomia e del controllo, la non rivelazione della diagnosi appare come una grossolana negazione dei diritti umani e impedisce il

controllo della propria vita, del corpo, della mente. Il medico e la famiglia che sottraggono l'informazione appaiono in questo modello oppressivi e paternalistici. In modo schematico, le due "narrazioni culturali" possono essere rappresentate come segue:

<b>Narrazione culturale: "Autonomia-controllo"</b>	<b>Vissuti e pratiche</b>	<b>Narrazione culturale "Protezione sociale"</b>
individuo	<i>Priorità</i>	gruppo sociale
paritario	<i>Natura del mondo sociale</i>	gerarchico
mondo fisico, "oggettività"	<i>Chi o che cosa stabilisce la verità</i>	mondo sociale, autorità
individuo, esseri umani, scienza, tecnologia, progresso, conoscenza e azione	<i>Fonte di speranza</i>	gruppo sociale, Dio, destino, protezione sociale, unità/continuità del quotidiano, "non sapere"
trasferimento di informazioni	<i>Modalità prevalenti di vivere la comunicazione</i>	parola detta come capace di evocare una situazione oltre che di trasferire informazione
controllo attraverso la conoscenza, azione preventiva	<i>Modi prevalenti di affrontare il pericolo</i>	adattamento, cercare di creare un'altra storia, protezione sociale
"soluzione del problema", oggettività, condivisione	<i>Modi prevalenti di affrontare la sofferenza</i>	evitare di pensare e di parlare del problema, distrarre, proteggere
infinitamente perfettibile e conoscibile	<i>Natura della vita</i>	misteriosa, imprevedibile, sempre problematica

L'apporto della ricerca è di dare uno sfondo antropologico-culturale ai problemi del consenso informato, che evidenzia la frattura tra i diversi modi di praticare la medicina e le giustificazioni teoriche che vengono offerte dei comportamenti. Ecco la conclusione a cui giungono i due studiosi:

In Italia diventa sempre più chiaro che le pratiche tradizionali devono attraversare un processo di cambiamento. Si osserva un'insoddisfazione diffusa nei confronti della comunicazione che si instaura nelle situazioni, ancora relativamente frequenti, in cui non si rivela la diagnosi: diversi

pazienti hanno l'impressione che la mancanza di informazione significa "non riconoscerli come persone"; che fornire loro una diagnosi diversa da quella reale significa "mentire" od organizzare una "congiura del silenzio"; la protezione è vissuta come oppressione, potere, atteggiamento difensivo ("risparmiare l'altro" vuol dire solo risparmiare se stesso). Molte famiglie continuano a non rivelare la diagnosi al paziente, ma psicologicamente si sentono isolate e senza sostegno; molti medici non se la sentono di continuare a vivere con la menzogna, ma sono costretti a continuare a comportarsi in questo modo sotto la spinta delle famiglie e della propria incertezza. Anche delle tensioni che si registrano sono da imputare alla presenza contemporanea all'interno del sistema di queste due diverse versioni di narrazioni e pratiche divergenti relativamente alla rivelazione della diagnosi<sup>2</sup>.

Non si tratta di contrapporre semplicisticamente una cultura "americana", basata sull'individuo, l'autonomia, l'informazione, a una cultura europea o ancor più italiana, centrata sulla protezione che il gruppo sociale - in particolar modo la famiglia - offre al singolo. I mondi culturali "locali" sono trasversali a queste distinzioni macroscopiche. Le diverse posizioni riguardo all'informazione dipendono dal mondo esistenziale in cui le persone vivono, anche in aree culturalmente omogenee (come la Toscana, in cui è stata condotta la ricerca).

Da queste due narrazioni culturali discendono anche due modi compattamente coerenti di qualificare in senso positivo o negativo i comportamenti in sanità: non solo riguardo al tacere o comunicare le informazioni, ma più in generale riguardo alle scelte dei trattamenti. La decisione riguardo a ciò che si deve o non si deve fare con una persona colpita da una malattia potenzialmente mortale o una malattia a prognosi infausta si può applicare anche a tante altre situazioni. L'idea ingenua che ama rappresentare la società in cui viviamo come un mondo morale omogeneo, dove tutti condividono la stessa etica o fanno parte del mondo morale - almeno finché non giungono, con l'immigrazione, gli

---

<sup>2</sup> D. Gordon, E. Paci, «Parlare o tacere? Narrazioni culturali e cancro», in *L'Arco di Giano*, n. 14, 1997, p. 97.

estranei culturali e morali dall'esterno - viene smentita dai fatti. È difficile negare la parte di ragione che ha Tristram Engelhardt quando afferma che siamo *stranieri morali* gli uni di fronte agli altri. Stranieri morali si può anche essere all'interno della stessa famiglia: lo verificiamo quando due fratelli, o genitori e figli, di fronte a scelte relative alla morte e alla vita sono profondamente divisi in ciò che ritengono buono o cattivo, appropriato o non, e prendono decisioni molto diverse. E naturalmente situazioni di estraneità morale tra operatori sanitari si creano agli interni degli ospedali e dei servizi, quando i loro orientamenti divergono o addirittura si oppongono.

I progressi nell'ambito della medicina ci hanno fatto scoprire situazioni di conflitto che non si verificano soltanto nei casi estremi, ma sono frequenti nella vita di tutti i giorni: apparteniamo per scelta a mondi morali diversi, che sono trasversali rispetto alle grandi divisioni che passano per la religione o per le ideologie. Le diversità si iscrivono dentro la nostra cultura, che valorizza i diritti della persona e l'autonomia dell'individuo nelle scelte che lo riguardano.

Che cosa fare di fronte alla pluralità dei mondi etici? Con qualche semplificazione, la varietà dei comportamenti possibili può essere ricondotta a cinque alternative. Di fronte a un mondo morale diverso, un comportamento che ci viene spontaneo è *combatterlo*. Quando qualcuno presenta un atteggiamento teorico-pratico diverso dal nostro, nei confronti della vita, tendiamo a rispondere con la polemica. La polemica è un modo incruento di fare guerra - *pólemos* in greco è appunto la guerra - a chi la pensa diversamente da noi. Nella vita quotidiana la polemica fa uso di uno strumento semplicissimo ed estremamente efficace: il dissenso viene squalificato come disonestà morale, o come incapacità cognitiva. In inglese questa strategia si serve di due parole brevi e incisive: chi la pensa diversamente da me dal punto di vista morale è o *bad* (cattivo) o *mad* (pazzo); o è in mala fede, o non ragiona bene.

Il disprezzo, il ridicolo gettato su chi la pensa diversamente: sono comportamenti che non dobbiamo imparare, non c'è bisogno di una scuola. Come autodidatti, siamo tutti

bravissimi nello svalutare coloro che professano altri valori morali. Nell'ipotesi che l'obiettivo sia di combattere le diversità, il gioco diventa più duro quando qualcuno dispone del potere che gli permette di reprimere chi la pensa diversamente. Basta pensare a ciò che avviene nell'ambito della legislazione in tema di bioetica. È sufficiente che chi dispone del potere dica: "No, questo non lo fai, questo è moralmente insostenibile". Nella legislazione che regola il ricorso a tecniche biomediche per la terapia della sterilità si realizza ampiamente questa ipotesi.

Una seconda scelta è *tollerare* chi la pensa diversamente. La tolleranza nella storia della civiltà occidentale praticamente comincia con l'Illuminismo. Di fronte a chi la pensa diversamente e ha scelte morali diverse, che cosa possiamo fare? La risposta illuminata è stata: tollerare le differenze. Nel XVIII secolo la tolleranza riguardava fondamentalmente le diversità religiose. Invece di fare la guerra (anche nella forma attenuata che è l'apologetica, che si esprime nel mettere la propria posizione in buona luce e nel dipingere con i colori più neri la posizione altrui) tolleriamo le differenze. Voltaire, che di queste cose è stato maestro, ha insinuato un pensiero malizioso, che non dovremmo dimenticare parlando di tolleranza. Egli afferma che il modo migliore di rendere possibile la tolleranza è di avere interessi comuni.

Nel suo famoso *Dizionario filosofico* alla voce *Tolleranza* c'è questa descrizione:

Alla borsa di Amsterdam, di Londra, di Surata, di Bassora, il guebro, il bagnano, l'ebreo, il maomettano, l'induista cinese, il cristiano greco, il cristiano romano, il cristiano protestante...trafficano tutto il giorno insieme; e nessuno leverà mai il pugnale sull'altro per guadagnare un'anima alla sua religione. E perché allora noi ci siamo scannati quasi senza interruzione a partire dal concilio di Nicea? (...).

Se, dunque, abbiamo interessi comuni, la tolleranza viene da sé. Molte delle intolleranze attuali - pensavamo che le conquiste dell'Illuminismo, che cioè chi la pensa

diversamente non dovesse essere ammazzato o mandato in esilio, fossero permanenti, ma ci accorgiamo che sono fragili da mantenere - non sono altro che espressioni di interessi in conflitto. La tolleranza è diventata purtroppo un capitolo scottante anche della nostra civiltà.

Una terza possibilità di fronte alle diverse scelte morali è quella che potremmo chiamare di *regolamentazione*. Possiamo regolamentare i conflitti che nascono dal pluralismo dei mondi morali con le leggi oppure con norme deontologiche. I codici deontologici, e soprattutto le leggi, sono dei tentativi di definire dei confini, delimitando i comportamenti accettabili da quelli non accettabili.

Con la legge possiamo fare delle delimitazioni sommarie o descrivere dei grandi profili di comportamento. Possiamo dire, ad esempio: gli organi non si possono vendere o comprare. Ma non possiamo incidere sull'atteggiamento etico di fronte al dono degli organi: con le norme giuridiche e deontologiche non possiamo indurre le persone a donare gli organi. Purtroppo nemmeno con la legge riusciamo a controllare il mercato clandestino degli organi. È questo che ci rende scettici di fronte alla possibilità di uniformare i comportamenti con le leggi in ambiti che hanno una predominante valenza etica.

Veniamo infine a una proposta propriamente etica: la *gestione* delle differenze morali. Questo è lo scenario che si affaccia quando i mondi etici diversi dal nostro rinunciano a eliminarli con la repressione o la polemica, li tolleriamo per quanto siano compatibili con la convivenza sociale, li regolamentiamo con le leggi dello Stato e con gli ordinamenti deontologici: a questo punto dobbiamo gestire le differenze etiche, per poter convivere. Ebbene, nell'ambito dei comportamenti che hanno a che fare con le decisioni di procreazione, di cure sanitarie e di morte, la bioetica è nata proprio con la finalità di mettere un certo ordine e soprattutto di creare una specie di *lingua franca*, per poter parlare tra "stranieri morali". La lingua creata dalla bioetica è stata quella dei principi. Grazie ai principi, anche se siamo stranieri morali su alcune cose possiamo intenderci.

I principi sono giudizi generali che servono di base a prescrizioni etiche particolari e forniscono il metro per valutare le azioni umane. La bioetica, soprattutto americana, ha divulgato il sistema dei quattro principi, sui quali conveniamo e che ci possono aiutare a regolare i comportamenti. Analiticamente, i principi fondamentali della bioetica sono: la *non maleficità* (cioè non fare danno alle persone); la *beneficITÀ* (cioè assicurare il benessere, la guarigione, il maggior beneficio possibile alle persone); l'*autonomia* (che richiede di trattare gli individui come agenti morali autonomi e di proteggere le persone la cui autonomia è diminuita); la *giustizia* (tutte le persone hanno diritto a uguale considerazione e rispetto, ovvero evitare le discriminazioni in base a sesso, salute, razza, cultura).

Questa è la grammatica fondamentale della possibilità di capirsi. Tuttavia le cose non sono così semplici, in quanto le differenze morali si manifestano anche nel privilegiare un principio o un altro. Nella risoluzione di conflitti bioetici si rivela molto proficuo introdurre un ordine gerarchico tra questi principi, distinguendo tra il “minimo morale” e il “massimo morale”. Ovvero, i principi di *non maleficITÀ* e di *giustizia* sono il minimo morale sui quali è anche relativamente più facile convenire: non dobbiamo procurare un danno alle persone e non dobbiamo discriminarle, in quanto sono tutte egualmente meritevoli di considerazione e rispetto. Su questi principi c'è un consenso abbastanza ampio, in quanto sono condivisibili da persone appartenenti a mondi morali diversi. Invece si diversificano molto di più i mondi morali quando andiamo verso il massimo morale. Questo è tutelato dai principi di *beneficITÀ* e di *autonomia*.

Per sapere qual è il bene della persona, dobbiamo coinvolgerla attivamente nel processo decisionale. La persona è quella a cui viene riconosciuto il diritto e assicurata la possibilità di decidere nelle questioni che la riguardano. Nel mondo della pratica medica incontriamo ancora oggi molte persone che di fronte alla malattia preferiscono l'ignoranza, di fronte alla possibilità di scelta preferiscono la delega. Dicono al medico, il quale propone diverse alternative: “Il medico è lei, scelga lei”; oppure: “Dottore, se è

qualcosa di brutto, non mi dica niente, preferisco non saperlo”. Ci rendiamo conto che è ugualmente inappropriato decidere unilateralmente che al malato vada detto tutto, così come decidere, sempre unilateralmente, che è meglio che il malato non sappia niente. Il massimo morale, verso il quale tendiamo, richiede che venga rispettato l’ordine dei valori della persona. Per questo è necessario interpellarla. Non è necessario ascoltare le persone per affermare che l’ordine morale ci chiede di non danneggiarle e di non discriminarle; ma se vogliamo andare verso il massimo morale, le persone bisogna ascoltarle. Questo schema è, in sostanza, lo sviluppo dell’argomentazione etica.

Che cosa possiamo fare di fronte a un mondo morale che noi non condividiamo? Riassumendo le diverse prospettive: possiamo combatterlo, possiamo tollerarlo, possiamo regolamentarlo, possiamo gestirlo (gestirlo significa dire: “Fino a qui arrivo a condividere la tua scelta, oltre no”). Uno sviluppo di quest’ultima prospettiva suona: quando i mondi morali sono diversi, possiamo *parlare* con l’altro, facendo delle divergenze l’argomento di una conversazione. Ciò implica l’utilizzo, più o meno consapevole, della retorica. Un’eccellente presentazione delle possibilità che possiamo attribuire alla conversazione è offerta dal libro di Zeldin: *La conversazione. Di come i discorsi possono cambiarci la vita*. Secondo Zeldin la conversazione fa bene, cioè migliora la vita anche a livello emotivo, forse anche a livello fisico.

Mondi morali diversi sono molto importanti, perché ci possono arricchire. Nel capitolo intitolato: «Di come la conversazione incoraggi lo scambio da mente a mente», Zeldin afferma che «si tratta di invitare altre persone alle proprie conversazioni interiori per scoprire che ti vedono molto diversamente da come ti vedi tu». Ma proprio chi la pensa diversamente può portarci un arricchimento morale. «Considero - continua Zeldin - particolarmente importanti le conversazioni che si collocano al confine tra ciò che capisco e ciò che mi sfugge, incontri con le persone diverse da me»<sup>3</sup>. Con un mondo morale diverso dal mio, io ci posso parlare. E la prima cosa che posso guadagnare da

---

<sup>3</sup> Th. Zeldin, *La conversazione. Di come i discorsi possono cambiarci la vita*, Sellerio, Palermo 2002, p. 125.

questa conversazione, è un beneficio per me stesso, perché allargo il mio mondo morale. «Conversando con altri e mescolando voci diverse alla nostra, possiamo trasformare la nostra esistenza in un'opera d'arte originale»<sup>4</sup>. Riferendoci alla nostra domanda fondamentale: «Ma che cosa devo fare con i “cattivi”, cioè quelli che hanno un mondo morale assolutamente cattivo, che io non condivido perché li colloco tra i *bad?*», può esserci di utilità la una distinzione divertente proposta da Zeldin tra i diavoli e i diavoli con le corna. I diavoli in genere, quelli che noi consideriamo i cattivi, sono aggressivi per via della loro debolezza, sono crudeli perché sono terrorizzati; non sono diavoli con le corna. I diavoli con le corna esistono, ma sono pochissimi; la maggior parte dei diavoli sono diavoli senza corna.

È vero che alla gente piace odiare. Zola diceva: «L'odio è sacro». Grazie all'odio la gente sente di avere dei principi e delle opinioni. Eppure io ritengo che individuare un che di ammirevole o di commovente in una persona incomprensibile e odiosa sia fonte di soddisfazione altrettanto profonda. La sensazione di appartenere entrambi all'umanità, le lacrime che ci vengono agli occhi quando cogliamo la sofferenza in persone a noi del tutto estranee, sono tra le più profonde delle emozioni. Ogni volta che ne facciamo esperienza, riscopriamo di appartenere a quella enorme famiglia che è l'umanità. L'umanità non significa soltanto chiunque, significa anche gentilezza. Non sono molte le persone completamente prive di qualche traccia di gentilezza. Trovare questo filone d'oro, quando è nascosto in terreni apparentemente sassosi, è una delle sfide più entusiasmanti<sup>5</sup>.

Dunque, *parlare* con l'altro, rendere la diversità dei mondi morali oggetto di conversazione. Che cosa possiamo fare con chi ha una visione morale diversa che consideriamo cattiva e quindi inaccettabile, che noi collochiamo come agli antipodi di ciò che noi per noi è giusto? Parlandoci, magari scopriamo che è un diavolo senza corna e

---

<sup>4</sup> *Ibidem*, p. 77.

<sup>5</sup> *Ibidem*, p. 80.

non un diavolo con le corna! E il nostro stesso mondo morale può risultarne dilatato.

Quest'attività del *conversare* può essere ricondotta ad alcuni insegnamenti tra i più significativi che ci abbia lasciato Aristotele, ossia a quelli relativi alla retorica. La retorica era odiata da Platone, a causa della sua idea della verità, come una e unica. Per Aristotele questo concetto di verità valeva per la geometria, ma non per le verità esistenziali. Le verità esistenziali le viviamo al plurale. La retorica da lui proposta è appunto l'arte che ci permette di gestire la pluralità dei punti di vista, condividendo le diversità.

Purtroppo sappiamo che la retorica ha preso tutt'altro significato. Quando oggi diciamo di qualcuno che usa la retorica, non intendiamo certo fargli un complimento! Dobbiamo invece riscoprire la retorica nel significato che ha avuto almeno fino a che Pascal l'ha seppellita sotto l'ironia, polemizzando con la casistica dei Gesuiti, che era uno dei metodi elaborati dalla teologia morale per dar conto non solo della verità eterna e atemporale, ma anche della storicità, delle situazioni, della pluralità dei mondi vissuti e dei valori.

La retorica è tradizionalmente l'arte del convincere o del persuadere. Questa è una definizione di retorica alla quale abitualmente ci riferiamo. Convincere vuol dire "ti mostro la verità", così che, se sei un essere ragionevole, non puoi non dividerla; persuadere è tener conto che l'altro non è soltanto una ragione, è anche un insieme di sentimenti, di esperienze, quindi implica entrare più nel suo vissuto.

La medicina - nonché la psicoterapia - ha da sempre fatto ampio uso della retorica, intesa come arte della persuasione e del convincimento. C'è un luogo classico che illustra questa funzione della medicina nel *Gorgia* di Platone. Gorgia era un retore; nel dialogo che da lui prende nome Platone gli fa dire: «Spesso io, assieme a mio fratello e ad altri medici, mi recai da un malato che non voleva bere una medicina o farsi tagliare dal medico, e mentre il medico non riusciva a persuaderlo, ci riuscii io con nessuna altra arte che la retorica». Nella prospettiva di Platone, questo uso della retorica non può essere altro che polemico e negativo, come se equivalesse a una manipolazione. Ma la parola che convince e persuade è una risorsa preziosa, in quanto le pratiche terapeutiche - quella

del corpo come quella dello spirito - sono fundamentalmente fatte di relazioni e di parole. Contro l'intento polemico di Platone, vogliamo difendere una medicina che usa la parola, la relazione, la conversazione.

Ma oggi ciò non basta più: alla persuasione e alla convinzione dobbiamo aggiungere un'altra competenza che non faceva parte della retorica classica, mentre fa parte della retorica moderna e ancor più di quella del futuro, cioè il *counselling*. Questo è l'atteggiamento appropriato di fronte alle scelte che si devono fare in condizione di incertezza. Non sapendo qual è il bene per l'altro, il medico e il terapeuta non cercano con la ragione di convincerlo, né con arti persuasive di fargli accettare il proprio punto di vista. L'altro nella sua autonomia ha un cammino da fare, decisioni da prendere che possono essere diverse da quelle del terapeuta. Il soggetto è messo in condizione di fare scelte che solo lui può fare, nell'incertezza, ma non da solo.

Il *counselling* è rispettoso della persona, rispettoso della verità che sta nell'altra persona, della sua autonomia. Nella nostra cultura dobbiamo introdurre questa nuova abilità retorica, in senso positivo, che si riduce essenzialmente a essere lì per l'altro, a conversare con lui, sapendo che con questa conversazione lui farà le scelte, di cui si assume la responsabilità e il valore morale, e io arricchirò il mio mondo morale insieme a lui.