

La sofferenza “non necessaria”.

Riflessioni di un cardiologo che non si rassegna a vedere tanta gente che si impedisce di vivere “felice”

Bruno Domenichelli

Le riflessioni che mi hanno spinto alla redazione di questo articolo, sono maturate alla fine di un pomeriggio di attività ambulatoriale, sollecitate dall'osservazione in immediata successione di tre casi clinici.

Una casistica “banale”

Il **primo caso** è quello di un uomo di 55 anni, affetto da diversi anni da dolori angino-ricorrenti, con coronarie indenni ad un recente esame angiografico (sindrome X coronarica?). Il paziente vive da single e lavora come contabile in una piccola ditta, attività che esercita – come egli afferma – “in una faticosa e inutile lotta contro le esigenze di una burocrazia miope ed aggressiva”. Si stupisce quando gli chiedo di parlarmi del suo lavoro, ma presto si apre a un sofferto racconto della sua esistenza. Dagli anni più giovanili è vissuto isolato ed ora si sente demotivato a vivere, un fallito senza amici con cui confidarsi. Non ha problemi economici, ma vive nell'infelicità di chi, oltretutto, percepisce di essere caratterialmente responsabile del proprio isolamento. Le crisi anginoide compaiono spesso in occasio-



Giotto - La morte della fanciulla di Sessa (particolare). Assisi - San Francesco.

La sofferenza si fa disperazione nel volto delle donne per il più doloroso degli eventi. Il tempo e il dovere di vivere anche per chi resta, leniranno forse il dolore. Ma talora l'elaborazione del lutto durerà tutta la vita, negando pie-
nezza di affetti e desiderio di vivere.

ne delle animate riunioni di condominio, ma anche per la semplice rievocazione mentale dei contrasti con i condomini, che egli visceralmente detesta.

Il **secondo caso** è quello di una donna di 56 anni, da dieci anni ipertesa “essenziale”, con ricorrenti crisi ipertensive. L'ECG e gli altri accertamenti di routine sono sempre stati normali. La paziente tradisce già nella facies, amimica e spenta, l'esistenza di problemi “esistenziali”. Fisicamente sta bene, ma si definisce un “donna infelice”. Si sente “sempre stanca”. Ha ambizioni culturali insoddisfatte. Vittima di un'educazione rigidamente conformista, sente per questo di “odiare la madre”. Non ha mai avuto vere amicizie ed ha sempre evitato rapporti sociali perché si sentiva insicura e timorosa del giudizio del prossimo. Vive da “separata in casa”, con un marito da cui si sente incompresa. Lo stato ipertensivo è iniziato l'anno in cui ha rotto i rapporti con la madre e le crisi ipertensive si presentano essenzialmen-

te in occasione di futili discussioni col marito.

Il **terzo caso** è quello di una donna di 45 anni, affetta da aritmie extrasistoliche sopraventricolari accessionali. Menopausa precoce. Si lamenta di facile stancabilità. PA e accertamenti cardiologici di routine sono normali. Mi colpisce lo sguardo profonda-

*Io mi cresco un male
da vivo che a mutare
ne soffre anche la carne.*

Salvatore Quasimodo

La sofferenza “non necessaria”.

Riflessioni di un cardiologo che non si rassegna a vedere tanta gente che si impedisce di vivere “felice”

mente triste della paziente. Mi racconta di aver perso precocemente un figlio venti anni prima e di aver dedicato la vita al suo ricordo. Ha tre piccoli nipoti “che non vede mai perché non va d'accordo con la figlia” (colpevole forse di avere ancora un marito vivo!), così come ha sempre rifiutato ogni amicizia. L'ultima crisi aritmica l'ha avuta in occasione dell'anniversario della morte del figlio, ma “basta che pensi a lui per sentirmi il cuore in gola!”

I motivi della sofferenza

Tre microcosmi diversi di sofferenza soggettiva non condivisa, in cui la spirale della depressione e dall'ansia è lasciata libera di avviarsi senza fine verso l'epicentro dell'essere. Vite cuppe. Vite di felicità “rifiutata”, senza altri validi motivi se non una predisposizione caratteriale ed il rifugio nella solitudine, che hanno reso insolubili problemi che un approccio umano e psicologico avrebbero reso più sopportabili. Tre cardiopatici comunque soggettivamente “reali”, con radici profonde nell'immaginario individuale.

Pur nella loro eterogeneità, denominatore comune dei tre casi è un usurante isolamento umano e sociale, l'impossibilità-incapacità di una relazione di aiuto. Un isolamento che è tipico della vita metropolitana, ma che anche recenti cronache hanno dimostrato drammaticamente diffuso nei piccoli centri. Li accomuna forse l'appartenenza al tipo D di personalità, individuato da J. Denollet (1995-2006)¹⁻², che viene ritenuto predittivo di malattie coronariche, caratterizzato da affettività negativa, inibizione sociale, tendenza al pessimismo, all'isolamento, alla depressione del tono dell'umore; soggetti poco inclini ad osservare il lato positivo della vita, predisposti all'infeli-

cià e all'infarto. Al tipo D di personalità si accompagna generalmente uno stato di ipertono adrenergico e il coinvolgimento degli “ormoni corticosurrenali dello stress”, che sappiamo costituire la base neuromorale della predisposizione alla patologia coronarica.

Anche l'“astenia sine materia” che accomuna i tre casi rientra nel quadro di quella vital exhaustion che gli psichiatri ritengono anticamera della depressione. Un'astenia che toglie la voglia di vivere.

Il cardiologo dovrebbe essere sensibile a riconoscere precocemente i segni di una depressione connotata da una sofferenza spesso inespressa, in cui dominano “la visione pessimistica della vita, la sfiducia, l'autodisistima, il dubbio scoraggiante, il malumore o la rassegnazione cupa, il sentimento di colpa o di rovina la disperazione..., la ruminazione penosa... di insufficienze irrimediabili proprie o altrui”³.

Accomuna infine i tre casi una “sofferenza non necessaria”, in parte potenzialmente evitabile mediante un adeguato supporto psicosociale. Una sofferenza nascosta, spesso negata anche a se stessi, che nella pratica clinica vediamo rendere doloroso il percorso esistenziale di tanti individui sani o malati. Uno stato di oscuro malessere non sempre sostanziato da reale patologia organica, ma spesso tale

da compromettere lo stato di benessere. Un malessere, un “vivere malamente⁴ che chiama in causa aspetti di “ecologia della mente”.

Tre persone che impediscono a se stesse di vivere serenamente. Il primo, cupamente isolato nell'ipochondriaca tristezza di una vita vissuta all'insegna di un “fallimento” solo percepito; la seconda, prigioniera dei vincoli di una personalità autoemarginante e di un'educazione che la rende incline al formal-



Edvard Munch - Autoritratto fra la pendola e il letto (1940).

L'orizzonte esistenziale del pittore è consapevolmente ristretto: “fra la pendola e il letto”. Il volto è una maschera spenta ed il pensiero appare vuoto. Solo nella creatività pittorica, peraltro condizionata dal pessimismo e dalla malinconia, emergono barlumi di motivazioni per vivere. Più che un autoritratto è la metafora di una vita consumata dalla solitudine e dall'alcol. La personalità di tipo D, di cui verosimilmente Munch è un esempio, condiziona negativamente il modo di reagire agli eventi quotidiani della vita. L'isolamento sociale e l'affettività negativa di questi individui costruiscono sofferenze difficili da alleviare.

smo e alla rigidità affettiva e comportamentale. La terza, vittima di un'irrisolta elaborazione di un lutto che ha connotato dolorosamente tutta la sua esistenza e le ha impedito di godere della potenziale ricchezza affettiva di una giovane famiglia. Tutte psicodinamiche ben note allo psicologo. La "sofferenza non necessaria" si fa spesso nutrimento di un'infelicità inconsciamente desiderata, nel quadro più o meno manifesto di una depressione nervosa; per autopunizione, talora, per colpe spesso solo immaginarie; o semplicemente per un'incapacità "primaria" di condurre l'esistenza in un sano equilibrio fra realtà e desideri.

Tre casi comunque, in cui appare evidente la componente psicosomatica della cardiopatia che, da funzionale, diventerà presto organica.

La "banalità" diventa problema sociale

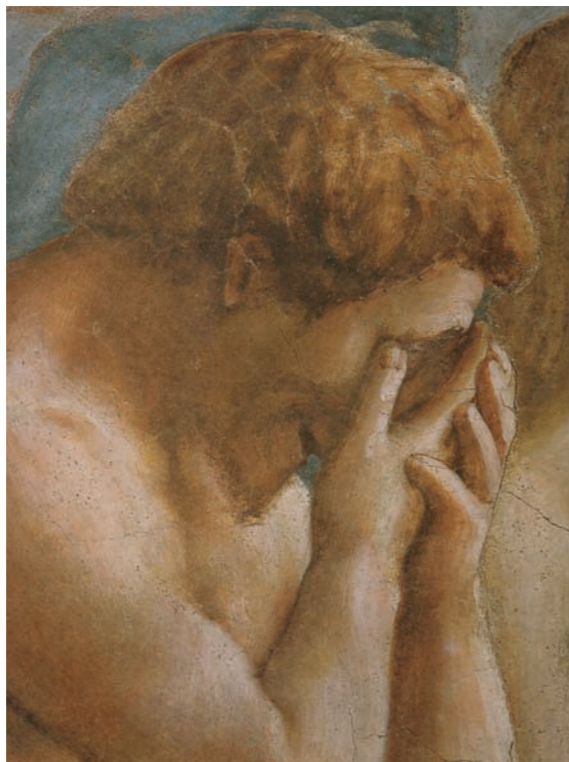
I tre casi descritti sono clinicamente "banali", ma, per la loro alta incidenza nella pratica clinica, costituiscono per la collettività un problema sociale ed economico di peso difficilmente calcolabile.

La sofferenza esistenziale, da individuale diventa allora male collettivo, nascosto come una colpa contagiosa fra le pieghe di una società edonistica che volta le spalle al disagio mentale e rifiuta di confrontarsi col dolore psichico.

"Nulla paga il pianto del bambino a cui sfugge il pallone fra le case. (E. Montale). Una sofferenza, questa, che ci fa sorridere, ma che "fa risuonare nel quotidianamente piccolo l'immenso vuoto evocato da Qohelet"⁵. Allo stesso modo, il mal d'essere e la sofferenza del singolo, da individuali diventano universali e devono eticamente interessare non solo il

medico, ma ogni uomo che, per la sua posizione, ha il potere di alleviare una parte anche minima di questo dolore.

È d'altra parte ben noto che nei paesi industrializzati l'aumento esponenziale delle malattie su base psicosomatica contribuisce non poco a rendere sempre meno sostenibili i conti della Sanità. Oltretutto, dai primi decenni del '900 ad oggi, nonostante un innegabile miglioramento delle condizioni generali di salute, è andata peggiorando la percezione soggettiva del proprio stato di salute, con il conseguente aumento dei giorni annui di invalidità per malattia. Barsky⁶ definisce questo fenomeno come "paradosso della salute". È anche questo un fenomeno attribuibile ad un'alterazione dell'"ecologia della mente", un segno del "paradossale" fallimento, almeno economico, del progresso della medicina⁷.



Masaccio - La cacciata dal Paradiso Terrestre. Adamo (particolare) - (1424-1427).

Nel pianto disperato di Adamo si riepiloga la sofferenza universale. Nasce con Adamo la sofferenza come *condicio umana*. Con tragica capacità di introspezione psicologica, Masaccio esprime l'unicità e l'universalità della sofferenza di Adamo, consapevole della propria colpa e delle relative conseguenze, per sé e per l'umanità. Anche nella sofferenza "quotidiana", che incontra nella sua pratica clinica, il medico dovrà imparare a riconoscere eventuali meccanismi di autopunizione, anche per colpe solo immaginarie, che sottendono talora a stati di sofferenza psicologica in cui sarà possibile penetrare solo conoscendone le profonde psicodinamiche.

Centinaia di ricerche cliniche ed epidemiologiche, dimostrano ormai ampiamente che l'isolamento psicosociale, la depressione nervosa, la vital exhaustion sono sicuri fattori di rischio nella progressione dell'aterosclerosi ed incidono pesantemente nella prognosi del post-infarto. Vivere "in" solitudine la propria sofferenza è spesso la premessa per morire "di" solitudine.

Morire "di" solitudine

Sarebbe auspicabile che, non solo nella cultura medica e fra le Autorità sanitarie, ma soprattutto nella coscienza collettiva cominciasse a farsi strada il concetto che le morti "di" solitudine costituiscono una concreta realtà clinica oltre che umana, e che sono forse più numerose delle morti per incidenti stradali e delle "morti bianche" sul lavoro messe insieme.

Il concetto di "ecologia della mente"

Il concetto di ecologia della mente, elaborato originariamente da G. Bateson⁸, deve essere differenziato da quello di igiene mentale. I "Centri di igiene mentale" si occupano infatti oggi essenzialmente di pazienti affetti da disturbi psichiatrici nosograficamente ben definiti.

Pur senza alcun intento definitorio, potremmo infatti intendere l'**ecologia della mente**, nei suoi aspetti che più da vicino interessano il medico, come una dimensione della salute che si interessa di quanto nell'ambiente psicosociale che ci circonda può turbare un armonico funzionamento dei processi psichici, con particolare riferimento ai possibili risvolti psicosomatici. Un cardiologo, ad esempio, dimostra di occuparsi di ecologia della mente di un iperteso quando indaga sulle possibili componenti psicosomatiche del suo stato ipertensivo, allargando l'anamnesi agli aspetti affettivi ed emotivi personali, familiari e lavorativi della vita del suo paziente, mettendo poi in atto interventi psicoterapeutici tendenti ad assicurargli un più equilibrato rapporto con la propria sfera esistenziale e con l'ambiente.

La diffusione della **cultura dell'ecologia della mente** deve cominciare dal paziente, lungo un iter formativo

che prende l'avvio dall'acquisizione di capacità introspettive che gli consentano di percepire l'esistenza delle proprie problematiche affettive ed emotive e il potenziale nesso di causalità con la propria malattia, passa attraverso la maturazione dell'opportunità della richiesta di una qualificata relazione di aiuto ed ha il suo compimento nell'acquisizione della fiducia che la correzione del proprio disagio psichico possa influire positivamente sulla predisposizione ad ammalarsi.

Un'ormai vastissima letteratura scientifica documenta infatti non solo il ruolo di molti aspetti sociali come fattori di rischio cardiovascolare, ma anche la possibilità di modificare positivamente la prognosi coronarica mediante specifici interventi psicoterapeutici e sull'ambiente sociale. Sappiamo infatti che le influenze sull'equilibrio psichico dei fattori ambientali, culturali, economici e lavorativi, crescono parallelamente al livello di complessità dell'organizzazione sociale e al venir meno dei valori e degli stili di vita tradizionali⁹.



Henri de Toulouse-Lautrec - Polvere di riso (1887).

Lo sguardo della donna è fisso e sembra perso nel vuoto. Vi possiamo leggere un mondo di emarginazione e di distacco affettivo. Raccontano che a pochi giorni dal ritratto la modella abbia tentato il suicidio. L'arte assume talora valore profetico. Vediamo spesso nei nostri ambulatori volti ammicci e spenti, che tradiscono depressioni pronte ad esplodere in atti di autodistruzione. È compito del medico cercare di penetrare in queste solitudini e disinnescare in tempo le pulsioni di morte in agguato nel mondo sofferente della depressione.

Chi si farà carico della "sofferenza evitabile"?

Finita l'epoca dell'assistenza caritativa degli ospizi medioevali e degli ordini religiosi e sottolineato l'onere economico sempre meno sostenibile indotto dalle sofferenze "evitabili", chi dovrà farsi carico del problema?

Il medico, certo, in prima linea nelle trincee dell'assistenza ambulatoriale ed ospedaliera, sotto il fuoco incrociato degli impegni deontologici verso il malato e dei richiami sempre più impellenti al risparmio da parte di un SSN sull'orlo dell'implosione. Un medico che sia preparato all'individuazione delle psicodinamiche che possono contribuire alla patogenesi delle malat-

tie e che sia nel contempo disponibile ad un attento ascolto del paziente¹⁰. Un ascolto innanzitutto anamnestico, capace di indagare il paziente nella sua integralità organica: dai distiroidismi latenti, ai riflessi viscerocardiaci, ma che sia anche empaticamente orientato all'indagine sulla sua "storia interiore di vita" (B. Callieri).

In un approccio interdisciplinare al cardiopatico, far opera di ecologia mentale è anche il tentativo di disinnescare ogni possibile riflesso psicosomatico

causato dalla rievocazione mnemonica di eventi patologici lontani, ma in realtà mai del tutto spenti, come nel caso delle aritmie cardiache emotive sofferte nella fanciullezza e raccontate da Attilio Bertolucci, capaci di innescare nel tempo meccanismi aritmogeni¹¹, come grilletti mentali di riflessi simpato-cardiaci.

Ma come potrà avere disponibilità di tempo per l'approfondimento delle radici psicosomatiche di una malattia un medico che, per contratto con il S.S.N., deve fare quattro visite specialistiche in un'ora? O un medico ospedaliero costretto dalle regole di un'organizzazione ospedaliera rigorosamente ritmata dalle esigenze dei DRG?

E infine: *quis curabit ipsos medicos?* Non è raro infatti che gli stessi medici vadano incontro a sindromi di *burn out*, latenti o conclamate, che non permettono loro la necessaria tranquillità psicoaffettiva per essere parte attiva in una relazione di aiuto.

La soluzione del problema della sofferenza evitabile si sposta allora sulla necessità di una più ampia diffusione **nella popolazione** di una cultura dell'ecologia della mente che configuri come problema collettivo la necessità solidaristica di fornire un supporto di comprensione affettiva a tutti coloro che silenziosamente soffrono i propri malesseri esistenziali, ingigantiti dalla solitudine.

Una società malata deve trovare in se stessa le forze per curare le proprie malattie. Nell'impossibilità di medicalizzare la soluzione del problema, è auspicabile che sia il vicino di casa o il collega di lavoro a tentare di penetrare in queste solitudini, stemperando col proprio interessamento affettivo la virulenza psicosomatica del disagio esistenziale e consigliando in casi particolari l'intervento del medico o dello psicologo. Il disagio esistenziale si basa infatti spesso su un terreno depressivo incline all'ipocondria e si alimenta di abitudini e ruoli consunti o stereotipati, in

cerchi logoranti di pensiero negativo che possono "esplodere in improvvisi acting out pulsionali" come i suicidi³, "legati a sofferenze laceranti vissute in solitudine, conseguenti a situazioni conflittuali, di crisi, di emergenza mal gestita, di pene insopportabili, di soffocanti accuse..."³.

La solitudine è lo scenario in cui agiscono indisturbati, come nei tre casi presentati, ideali non realizzati, insoddisfazioni costituzionali, frustrazioni sociali e familiari, emarginazioni, elaborazioni incompiute di lutti, incapacità di adattarsi a realtà ineluttabili, in un continuo e snervante sperpero interiore di energie essenziali.



Edgar Degas - L'assenzio (1876).

Lo sguardo della donna, perduto nel vuoto, e le braccia abbandonate sui fianchi, tradiscono la resa esistenziale di una donna alla quale nella vita non è rimasto che un bicchiere di assenzio, nel quale annegare il senso del proprio fallimento.

Anche nella nostra pratica medica, non è raro osservare nell'*alcolismo delle casalinghe* un tentativo di alleviare la tristezza della depressione.

Sul volto dell'uomo, un residuo di fierezza si stempera nell'amarrezza di un atteggiamento rassegnato e distante. Una voragine di incomunicabilità divide le due figure, isolandole in un'irrimediabile solitudine personale.

La politica sanitaria e l'ecologia della mente

Difficilmente la lotta contro la sofferenza non necessaria potrà però essere vincente senza un intervento coordinato da parte della politica sanitaria.

Non c'è giorno in cui, sulla stampa quotidiana o in TV non si parli di morti per incidenti stradali o di "morti bianche". Lodevolmente compaiono ogni tanto sugli schermi TV i comunicati della Presidenza del Consiglio contro la diffusione della droga. Ma qui finisce l'intervento dello Stato sulla dimensione soggettiva dei mali della popolazione.

Delle migliaia di morti per cardiopatie ad innesco psicosomatico, in TV nessuno parla. Perché sono morti ritenute "naturali" e inevitabili. Perché non esistono statistiche ufficiali in proposito o perché i numeri non hanno risonanza emotiva sulla pubblica opinione. Perché si tratta di morti in solitudine e non si possono intervistare i vicini di casa.

Perché sono morti "di" solitudine; questo i medici cominciano a capirlo, ma la gente non vuole saperlo, perché darebbe fastidio alla coscienza collettiva e turberebbe un benessere personale costruito sull'indifferenza. Perché, quando è reale, a differenza

delle vicende delle "isole dei famosi", la sofferenza interiore non fa spettacolo e non è gradita all'audience e quando gli indici di ascolto calano il programma potrebbe anche essere sospeso!

Continuano anche le campagne contro il fumo, che, almeno sul piano legislativo, hanno portato a qualche successo. Anche se con minor successo, continuano le trasmissioni che dovrebbero insegnarci a mangiare più sano. Ci si chiede allora perché le Autorità sanitarie non promuovono anche campagne di educazione sanitaria sull'ecologia della mente e sulla prevenzione delle cause psicosomatiche delle cardiopatie coronariche o dei tumori, spesso favoriti dal crollo immunitario provocato da situazioni emozionali croniche.

È solo apparentemente provocatoria l'idea che accanto a quello della Salute, potrebbe star bene un "Ministero del Benessere", con funzioni di coordinamento delle iniziative finalizzate alla promozione dell'ecologia della mente e al sollievo della "sofferenza non necessaria". È forse utopistico pensare che un ipotetico "Ministero del Benessere" possa costituire un'area di integrazione delle funzioni tradizionalmente svolte dai Ministri della Salute, dell'Istruzione, dell'Economia e della Funzione Pubblica, traducendole in interventi mirati a beneficio del benessere psicofisico del cittadino?

Qualcuno potrebbe obiettare che l'istituzione di Centri di consulenza per l'ecologia mentale è un lusso per la nostra società. Ma non ha un valore incalcolabile anche la possibilità per tutti di essere un po' più felici? E qualcuno ha fatto i conti per verificare se il costo di questi Centri sarebbe bilanciato dal risparmio sociale di migliaia di morti evitate e da tanto benessere guadagnato dalla collettività?

Per qualche Partito che si facesse promotore di queste iniziative, sarebbe forse vincente l'idea di aver assunto nel suo programma l'obiettivo della "felicità" della gente! Non è retorico riaffermare che la politica deve riscoprire la persona e la sua qualità di vita. Specialmente quando all'incapacità della gente di essere felice può essere messo riparo e questo si traduce in risparmio per le casse dello Stato.

Si potrebbe obiettare che insegnare alla gente ad essere felice non è facile e che pensare ad un "Ministero per la Felicità" alimenta inquietanti fantasie orwelliane o di "Grande Fratello". Ma la ricerca scientifica ci propone fin d'ora opinioni consolidate sulla responsabilità dei meccanismi psicosomatici nell'*epidemia coronarica del XX secolo*, alle quali non è etico rimanere indifferenti, anche se l'obiettivo dei possibili interventi difficilmente potrà essere la "felicità", che ho più volte provocatoriamente nominata, ma almeno una condizione di maggiore "serenità" e di un migliore benessere psicofisico.

Numerosi sono i livelli ai quali la politica sanitaria potrebbe intervenire per il controllo del malessere mentale non psichiatrico e delle sue ricadute sulla salute: dalla creazione di un Centro di coordinamento nazionale, con diramazioni regionali, all'attivazione di una rete di ambulatori di consulenza dedicati ai problemi dell'ecologia della mente, nelle principali ASL e nei grandi ospedali. Sarebbe inoltre utile la promozione di un'indagine epidemiologica per la quantificazione della prevalenza delle malattie cardiovascolari su base psicosomatica e l'organizzazione di corsi di formazione per operatori sanitari e volontari e di campagne di educazione sanitaria sull'ecologia della mente a livello di popolazione.



Rogier van der Weyden - Deposizione dalla croce (particolare) (1435).

Il pianto diretto della donna riepiloga una tragedia che coinvolge mente e corpo. La sofferenza sembra poter schiantare ogni resistenza umana e si fa metafora del dolore più tragico che possa sconvolgere la vita.

Gli affetti e il tempo contribuiranno a rendere sopportabile anche questo dolore. A meno che non ci si chiuda in cupe prigioni di solitudine, all'interno delle quali nessuna speranza di redenzione dal dolore potrà penetrare.

Il ruolo delle Società Scientifiche

In questo quadro, fatto finora solo di proposte e di sollecitazioni, delle quali dovrà essere valutata la volontà di recepimento da parte delle Autorità sanitarie, emerge il ruolo fondamentale delle Società Scientifiche di cardiologia che, anche in funzione vicariante, per la carenza di iniziative istituzionali, hanno il compito di stimolare le Autorità politiche a prendere coscienza dei problemi e di proporre adeguate iniziative a favore della collettività, anche nella prospettiva di contribuire allo sviluppo di una comune cultura psicosomatica in campo cardiologico.

Conclusioni

Scopo di questo articolo è quello di sensibilizzare al problema della "sofferenza non necessaria"; di quel diffuso malessere esistenziale che trova il suo potenziale correttivo nella valorizzazione collettiva del concetto di "ecologia della mente". Proprio perché "evitabile", la sofferenza psicoemotiva assume una specifica valenza etica e coinvolge tutti coloro, medici, sociologi, autorità sanitarie che, in qualche modo, spezzando l'isolamento dell'individuo, possono agire per rendere più tollerabile la fatica di vivere.

Un'analogia battaglia contro il "dolore non necessario"¹², specialmente negli stati terminali oncologici, è stata combattuta in Italia negli ultimi anni e, anche se solo recentemente, è stata coronata dall'emanazione di leggi che facilitano la prescrizione di farmaci oppiacei contro il dolore e potenziano l'attività dei centri per la terapia del dolore. Ma per decenni l'Italia si è colpevolmente collocata negli ultimi posti fra tutte le nazioni del mondo nella graduatoria della sensibilità alla terapia del dolore (oltre il 100° posto nel consumo terapeutico di oppiacei!) Un ruolo eticamente riprovevole se si riflette che alleviare il dolore è uno dei doveri più antichi dei medici (divi-

num est sedare dolorem) e che il sollievo del dolore costituisce uno dei diritti fondamentali dell'uomo. "Ognuno ha infatti il diritto di vivere ogni stadio della vita con piena dignità e consapevolezza di sé combattendo il dolore non necessario"¹³.

Confortati dal buon esito delle campagne di sensibilizzazione contro il "dolore non necessario", abbiamo voluto dare il nostro contributo affinché la "sofferenza non necessaria" non corra anch'essa il rischio di continuare ad essere ignorata per l'indifferenza di una società sensibile solo ai richiami della produttività.

A differenza del dolore non necessario, nosograficamente più inquadrabile, gli stati di sofferenza che sono espressione del "mal di vivere", sono nella loro eterogeneità più difficilmente valutabili. La sensibi-

lizzazione di operatori e popolazione non può essere quindi facilmente codificabile ed è impossibile elaborare programmi standardizzabili di intervento.

Sembra comunque giustificabile dare l'avvio all'istituzione di una rete di presidi e di iniziative atte a fornire al cittadino la possibilità di un conforto anche professionalmente qualificato. Al momento, la speranza di poter lenire almeno una parte della sofferenza che appesantisce il vivere di una società, sembra basarsi essenzialmente sulla diffusione fra operatori sanitari e

popolazione di una cultura dell'ecologia della mente che, caso per caso, possa suggerire modalità d'intervento mirate.

Per alcuni l'infelicità costituisce l'espressione di una predisposizione alla sofferenza mentale, un'incapacità congenita di vivere felici, spesso scatenata da "futili" e superabili motivi. Altri sono travolti da eventi esistenziali realmente sconvolgenti, ai quali, per disposizione caratteriale o più spesso per solitudine, non riescono a reagire.

Per tutti, sarà meno difficile uscire dalla sofferenza mentale grazie ad un adeguato supporto psicologico che indichi la strada per elaborare tolleranza, comprensione del prossimo, disponibilità al compro-



Guarigione dei due ciechi (particolare).
Cattedrale di Monreale - Palermo.

Saper chiedere è saggezza laica, o religiosa speranza nel trascendente. Molte "sofferenze non necessarie" sarebbero evitabili se chi soffre sapesse e volesse instaurare una *relazione di aiuto*. Come i due ciechi, nella loro eloquente richiesta di affidamento, il credente confida nella "forza terapeutica di una sana spiritualità"¹⁶, alla ricerca di significati, di speranza, di amore e di una possibile salvezza intravista nel trascendente.

messo ed autostima e soprattutto per calarsi in una **filosofia dell'accettazione della sofferenza**, sia nella dimensione di un credo religioso, che come espressione di un'orgogliosa sfida laica. "La virtù stoica e quella cristiana, pure agli antipodi, confluiscono nel recupero della libertà umana"³.

Ogni cura, comunque, "lungi dall'essere soltanto abolizione della sofferenza, deve essere un lento apprendimento a vivere con le proprie ferite, con le proprie debolezze e fragilità, spesso con la propria solitudine"¹⁴⁻¹⁵.

Per emergere dall'angoscia della solitudine alcuni confidano in una "pastorale della salute", convinti della "forza terapeutica di una sana spiritualità e attenta alla salute della persona nella sua interezza"¹⁶. Nell'approccio multidisciplinare alla sofferenza e alla malattia "stanno ricevendo sempre più attenzione le variabili spirituali che si riferiscono alla ricerca di significato, di speranza, di amore e di connessione al trascendente"¹⁶. Una speranza legata alla funzione umanizzante propria dell'esperienza della sofferenza"¹⁷.

Comunque sarà stato possibile penetrare all'interno della "sofferenza non necessaria": attraverso le vie della solidarietà umana, della professionalità del

medico o dell'approccio religioso o spirituale, sarà certamente meno frequente per il cardiologo vedere cardiopatici morire "di" solitudine.



"Morire come le allodole assetate /sul miraggio./ O come la quaglia / passato il mare / nei primi cespugli / perché di volare / non ha più voglia./ Ma non vivere di lamento / come un cardellino accecato" (G. Ungaretti).

Alleviare la sofferenza non necessaria significa aiutare chi soffre a non "vivere di lamento", rinchiuso "come un cardellino accecato" in una gabbia di solitudine. Si apre così la prospettiva, più avanti negli anni, di lasciarsi morire senza rimpianti, come un'allodola ancora assetata di vita, capace di farsi ammaliare da qualche residuo luccichio di felicità, pur nella stanchezza mortale di chi, "passato il mare", dopo il lungo volo della vita, di vivere "non ha più voglia".

Ringrazio il prof. **Bruno Callieri** per la cortese revisione critica dell'articolo.

Bibliografia

1. Denollet J, Sys SU, Brusaert DL: Personality and mortality after myocardial infarction. *Psychosom Med* 1995; 55: 426-33.
2. Denollet J, Pedersen SS, Vrints CJ et al.: Usefulness of Type D Personality in Predict Five-Year Cardiac Events Above and Beyond Concurrent Symptoms of Stress in Patients With Coronary Heart Disease. *Am J Cardiol* 2006; 97: 170-73.
3. Callieri B: Dolore e Sofferenza: aspetti neuropsichiatrici ed antropologici. *Atti 2° Convegno di psiconcologia. Cavallino di Lecce, 22.9.2002.*
4. Spinsanti S: Editoriale. Vivere mala-mente: medicina e salute psichica. *Janus* 2007; n° 27: 5-7.
5. Martignoni G: Verso il regno di narcosi. *Janus* 2001; n° 1: 22-25.
6. Barsky AJ: The paradox of health. *N Engl J Med*, 1988; 38: 414-18.
7. Domenichelli B: Il "paradosso della salute" e il cardiologo. *Cardiologia Extraospedaliera*, 1998; 4: 223-26.

8. Bateson G: Verso un'ecologia della mente. Adelphi, Milano, 2000 (ed. orig. 1972).
9. Domenichelli B: "Equilibrio psichico" e salute cardiovascolare. *Cardiologia Extraospedaliera*, 1997; 3: 314-18.
10. Domenichelli B: Etica e psicosomatica della relazione medico-paziente. *Antiche suggestioni. Nuovi problemi. Cardiologia Extraospedaliera*, 2000; 6: 433-45.
11. Bertolucci A: Aritmie. Garzanti, Milano, 1991.
12. AA.VV.: Il dolore non necessario. *Janus* 2001; n° 1.
13. Marino I: Il diritto del malato di non soffrire, oggi, in Italia. *Cardiology Science* 2007; 5: 56-59.
14. Callieri B: Solitudine e isolamento. Vuote stanze dell'esistenza melanconica. *Attualità in Psicologia*, 1997; 12: 425-36.
15. Callieri B.: Contributo antropologico alla psicopatologia della solitudine. *Attualità in Psicologia*, 1999; 14: 9-18.
16. Sandrin L: Pastorale della salute. In: *Manuale di medical humanities. A cura di R. Bucci. Zadiograma* 2006
17. Bloch E: Il principio speranza. Garzanti, Milano 1994. (ed. orig. 1959).