

## Relazione terapeutica

Enrico mi aveva più volte espresso il desiderio che la storia della sua malattia, con la quale ha convissuto per oltre trent'anni, fosse pubblicata. Lo incontrai, io giovane assistente cardiologo, quando aveva da poco superato i sessant'anni, ed il rapporto si è protratto fino oltre i suoi novanta anni. Costruttore edile, Enrico si era fatto da solo, con determinazione, non risparmiandosi nel lavoro, e con una tenacia che non ammetteva cedimenti, né rispetto al figlio né ai dipendenti della sua azienda. Dell'origine emiliana, oltre al carattere socievole e aperto, aveva anche alcune abitudini alimentari non estranee al sovrappeso, che cercava di antagonizzare con l'attività fisica: nuoto e tennis. Ma proprio in queste attività, che affrontava con lo stesso impegno che metteva nel lavoro, era costretto a fermarsi dal dolore al petto che gli toglieva, insieme al respiro, il piacere e il beneficio che ricercava.

La raccolta dell'anamnesi orientava già verso la diagnosi di angina da sforzo; all'esame fisico, oltre al sovrappeso rilevai una ipertensione arteriosa moderata, normale funzionalità cardiaca e dell'apparato vascolare. Al test da sforzo comparve la sintomatologia dolorosa, quando raggiunse un carico di lavoro medio-alto e all'ECG si evidenziarono i segni di alterata irrorazione del muscolo cardiaco (ischemia miocardica). Al termine della valutazione Enrico, che aveva perfettamente compreso il risultato della prova, mi chiese cosa dovesse cambiare nella sua vita e mi esplicitò quello a cui non voleva rinunciare, lavoro e attività fisica, dicendosi disponibile a seguire una cura con farmaci. Non intendeva invece fare esami "invasivi" (coronarografia) e tantomeno affrontare l'intervento chirurgico, che era entrato allora nelle opzioni terapeutiche. Come era solito fare, era lui che voleva dirigere la cura. Feci la mia proposta terapeutica, controllo del peso corporeo, regolare attività fisica non massimale (4 volte alla settimana camminare 4 Km, in 40-50 minuti) assunzione di farmaci. La mia decisione di seguirlo clinicamente e con terapia medica senza eseguire la coronarografia, non era un cedimento alle sue "direttive" né una posizione pregiudiziale nei confronti di un interventismo medico che, specie in campo cardiologico, mi appariva allora, ed ancor più oggi, biologicamente debole.

Ci siamo rivisti per visite di controllo, non programmate, sollecitate da lui secondo la frequenza e l'intensità degli episodi di dolore che si facevano talvolta più ravvicinati o per sforzi non molto importanti, in rapporto all'andamento della conflittualità con il figlio, che lo sollecitava ad abbandonare la direzione dell'impresa.

Il rapporto tra la sua "malattia" e il contrasto con il figlio era proprio quello che Enrico non poteva accettare: piegarsi alla volontà del figlio, del quale non condivideva prospettive, metodi, fino a non considerarlo.... Si opponeva, ma i dolori al petto si accentuavano e questo lo faceva sentire perdente, prospettiva ancora peggiore: e allora seguiva scrupolosamente la cura che aveva prescritto quel giovane dottore. In occasione dei controlli gli riconoscevo di avere imparato molto da lui, e da parte sua mi sollecitava a rendere pubblica la sua storia.

Sentirsi protagonista della favorevole evoluzione della malattia l'aveva portato a rinunciare anche ad ogni attività lavorativa. Continuava scrupolosamente la cura del cammino e i farmaci; ci si vedeva sempre più di rado. Più avanti negli anni mi informava delle camminate: se qualche conoscente lo avesse fermato per salutarlo, Enrico avrebbe chiuso bruscamente con un: "non posso, sto facendo la mia cura".

In questo caso ho interpretato fisiopatologicamente la singolarità del paziente, limitando il ricorso agli esami strumentali, cercando nella sua vita la conferma della appropriatezza della terapia. La mia scelta ha trovato nel corso degli anni conferma negli studi su pazienti anginosi, con ischemia e con lesioni coronariche adatte a essere trattate con l'angioplastica, randomizzati a terapia medica o angioplastica: dopo 4 anni e, da una indagine successiva dopo 15 anni, si è dimostrato che "l'angioplastica non riduce il rischio di morte, infarto e di altri eventi cardiovascolari se aggiunta una terapia medica ottimale" (COURAGE <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa070829> e <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMOa1505532>). Recentemente anche lo studio ISCHEMIA ha confermato l'inutilità dell'angioplastica, seguendo per tre anni oltre 5000 pazienti. (<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1915922>)



**Renato Di Michele**

Laureato in Medicina nel 1964 a Milano, cardiologo ospedaliero, infine primario presso gli Istituti Clinici di Perfezionamento in Milano. L'interesse per le tecniche cardiologiche non è mai stato disgiunto da una riflessione sulla medicina: dal modello biomedico a quello biopsicosociale. (<https://science.sciencemag.org/content/196/4286/129.long>)