

CARDIOLOGIA PREVENTIVA: FATTI E PROSPETTIVE

V. PUDDU - A. MENOTTI

Oltre e più che di guarire dalla malattia, l'uomo ha sempre cercato e tuttora continua a cercare di proteggersi dall'aggressione morbosa. Dalle millenarie pratiche igieniche comuni a tutte le religioni, alle quarantene nate nel XIV secolo dall'osservazione del modo di insorgere e di diffondersi delle grandi epidemie, ai vaccini e ai sieri più moderni, la prevenzione ha fatto progressi giganteschi nei riguardi delle malattie infettive e contagiose. Debellate quasi del tutto tali infermità nelle nazioni più sviluppate, sorge oggi quivi il problema della prevenzione delle malattie degenerative ed in particolare di quelle dell'apparato cardiovascolare, che costituiscono realmente una moderna epidemia. Al pari degli antichi flagelli, tali infermità colpiscono infatti sempre più diffusamente le popolazioni e, seguendo all'inverso le vie di diffusione percorse dalle malattie contagiose del passato, si espandono dai paesi più evoluti verso i meno sviluppati, seguendo il diffondersi dai primi ai secondi del « progresso » e del « benessere » e con essi della maggiore durata della vita e del diverso modo di vivere.

Come per le malattie infettive l'osservazione della loro diffusione nelle popolazioni e quindi del loro aspetto epidemico ha condotto ai primi successi della prevenzione, così anche per le malattie del cuore l'osser-

vazione epidemiologica sta alla base della prevenzione. Ma mentre nell'ambito delle malattie infettive la conoscenza delle cause etiologiche, dei meccanismi del contagio e dei mezzi preventivi è ormai quasi totalmente raggiunta, e il successo universale è solo problema di applicazione, nell'ambito delle malattie degenerative del cuore anche il semplice studio epidemiologico informativo non è che all'inizio.

Ne è atto di nascita la frase che Paul D. White — il primo clinico che comprese l'importanza di tale aspetto della ricerca cardiologica — pronunciò nel 1940: « La natura ha condotto durante secoli esperimenti giganteschi sull'azione del clima, del lavoro, dell'alimentazione, delle malattie, sull'uomo, sulla donna, sui bambini di ogni razza umana. Questi esperimenti si svolgono davanti ai nostri occhi: non abbiamo che da utilizzarli per ottenere informazioni ben più rapide e complete di quelle che possiamo ottenere dagli esperimenti provocati da noi sull'uomo e sugli animali ».

Da qui sorsero le indagini condotte dapprima sulle statistiche ufficiali di mortalità, poi sui confronti fra le casistiche di ospedali che servivano popolazioni diverse, e infine sulle popolazioni. Le acquisizioni più importanti derivate da tali indagini riguardano principalmente la cardiopatia ischemica e sono:

a) la dimostrazione che esistono i cosiddetti « fattori di rischio coronarico », quelle caratteristiche cioè che permettono di identificare, tra un gruppo di soggetti sani, i

Ospedale S. Camillo - Roma - Dipartimento di Cardiologia - Centro per le malattie Cardiovascolari.

maggiormente predisposti allo sviluppo futuro della cardiopatia ischemica;

b) la dimostrazione che esistono reali e imponenti differenze nella frequenza della cardiopatia ischemica tra varie popolazioni e che tali differenze sono in gran parte spiegabili con la diversa distribuzione di certi fattori di rischio.

Ad entrambe queste acquisizioni, e specialmente alla seconda, ha avuto la ventura di contribuire largamente un gruppo di ricerca del Centro per le Malattie Cardiovascolari di Roma, partecipando fin dal 1957 a indagini epidemiologiche trasversali e longitudinali su campioni di popolazione sparsi in tutto il mondo, in collaborazione con i gruppi di ricerca facenti capo all'Università del Minnesota e all'Organizzazione Mondiale della Sanità.

In questa ormai lunga collaborazione, il Centro ha potuto non soltanto godere degli immensi vantaggi del contatto quasi diurno con ambienti scientifici appartenenti alle più varie nazioni, ma anche formarsi una diretta, preziosa esperienza dell'evoluzione della ricerca epidemiologica nell'ambito delle malattie cardiovascolari. Dagli inizi incerti e dai primi risultati quasi sempre fallaci, tale ricerca ha infatti raggiunto la situazione attuale di ben maggiore sicurezza, soltanto attraverso un lungo travaglio di esperimenti metodologici, che ha lentamente portato a metodi realmente validi di scelta dei campioni, di impiego dei mezzi strumentali e di utilizzazione dei ricercatori.

Dalle acquisizioni sulla diversa frequenza della cardiopatia ischemica nelle varie popolazioni e sulla validità dei fattori di rischio, è nata ovviamente l'idea di dare a tali fattori valore etiologico e di prevenire la malattia modificando i fattori stessi, mediante interventi di tipo igienico o medicamentoso. Alcuni primi risultati sono incoraggianti, ma non probativi: la dimostrazione inequivocabile dell'efficacia di una prevenzione primaria può infatti essere data solo da indagini condotte su materiale così numeroso e per tempo così lungo da comportare oneri finanziari ed organizzativi superiori alle possibilità di ogni singolo ente. Ad esempio, la

durata prevista per il National Heart Diet Study era di 5 anni ed il costo di oltre 60 miliardi di lire: la ricerca pilota ha dimostrato che il costo sarebbe stato assai più elevato: l'indagine è tuttora ferma per mancanza di stanziamenti adeguati. Meno difficilmente realizzabile — ma il successo o l'insuccesso potranno essere dichiarati solo dopo l'elaborazione finale dei dati — sembra sia la ricerca cooperativa sul clofibrate, la cui durata, prevista inizialmente in 5 anni, sembra debba essere prolungata, e il cui costo è dell'ordine di oltre un miliardo di lire, benchè buona parte di essa si svolga in paesi dove la ricerca è relativamente poco dispendiosa.

I risultati dei primi tentativi di prevenzione della cardiopatia ischemica hanno avuto largo spazio nella letteratura medica di tutto il mondo e sono stati anche troppo largamente divulgati nella letteratura profana, non di rado per scopi ben lontani dalla serietà scientifica. Ciò ha portato in tutti i paesi sviluppati, ivi compreso il nostro, a realizzare — o più spesso a tentare di realizzare — sistemi di « screening » permanenti su vasti strati di popolazione volontaria o su gruppi lavorativi invitati dai servizi sanitari delle aziende, spesso con l'impegno di ingenti mezzi finanziari, strumentali ed umani. Ma è tale attività realmente utile? L'impresa vale veramente la spesa?

La cosa va considerata da due punti di vista, della *ricerca*, dell'acquisizione cioè di informazioni valide sui problemi epidemiologici ancora aperti, e della *azione preventiva* riguardo allo sviluppo della malattia nei predisposti (prevenzione primaria) ed all'attenuazione e al ritardo delle sue conseguenze nei già affetti (prevenzione secondaria).

Lo screening di massa può essere utile agli effetti della ricerca, purchè sia programmato secondo le regole più corrette della metodologia epidemiologica: validità dei gruppi da studiare, validità dei metodi tecnici e loro comparabilità, minimizzazione dell'errore umano degli osservatori. Ciò che purtroppo non è sempre il caso: un rapporto presentato in un recente congresso italiano di cardiologia ne è un tipico esempio, come del

resto è stato onestamente sottolineato nel rapporto stesso.

Dal punto di vista dell'azione preventiva, lo screening di massa potrebbe essere utile purchè sia dimostrato che la cura precoce degli stati di predisposizione o di malattia asintomatica sia capace rispettivamente di evitare la malattia o di modificarne favorevolmente il decorso naturale, e in secondo luogo, purchè i soggetti nei quali venga rivelato uno stato di predisposizione o di malattia asintomatica, si facciano seguire e trattare adeguatamente.

Su entrambi questi punti non abbiamo finora — come in parte si è già accennato — dati probativi e, fino a che non saremo in possesso di tale dimostrazione, saranno giustificate soltanto le indagini dirette a chiarire tali incertezze, ma non le campagne applicative e tanto meno le campagne di stampa tendenti a dirigere l'opinione pubblica in un senso o nell'altro. In altre parole noi siamo oggi nella situazione in cui si sarebbe trovato un malariologo che avesse chiesto alle autorità sanitarie di organizzare una difficile e dispendiosa lotta contro l'anofele per eradicare la malaria, prima che fosse stata dimostrata definitivamente la parte svolta dall'anofele stessa nella diffusione della malattia. Tale richiesta sarebbe stata evidentemente considerata folia. Soltanto dopo la dimostrazione della validità dell'ipotesi, sono apparsi giustificati gli immensi sforzi intrapresi dalle autorità sanitarie e coronati in tante zone del mondo dal completo successo.

D'altra parte sia ben chiaro che non vogliamo con queste parole scoraggiare nè la ricerca epidemiologica informativa, nè l'indagine sulla validità della prevenzione, ma soltanto porre in guardia contro la « cattiva epidemiologia » e contro i troppo affrettati e non validi programmi di screening e di prevenzione. La nostra partecipazione attiva alle più recenti riunioni tecniche e ad alcuni programmi preventivi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità fa fede del nostro convincimento che la strada finora battuta da coloro che si sono occupati *seriamente* di epidemiologia e di prevenzione car-

diovascolare sia valida e debba condurre prima e dopo a successi di grande portata per la salute dell'uomo.

Siamo però anche convinti che, allorchè si sarà giunti, sulla base di ricerche valide, allo stadio dell'applicazione pratica di massa delle nostre conoscenze in tema di prevenzione, sarà la medicina « attiva » che dovrà intervenire: il medico non dovrà attendere il paziente predisposto o il malato asintomatico che volontariamente vengano a consultarlo, ma dovrà andare alla loro ricerca, persuaderli, seguirli, modificarne le consuetudini e imporre le terapie con convinzione ed energia.

L'esperienza nel settore delle malattie infettive e quella pilota sulle cardiovasculopatie degenerative, hanno ampiamente indicato che la prevenzione può essere valida solo se attuata mediante un intervento massiccio delle autorità di sanità pubblica. L'estirpazione del gozzo ha richiesto l'introduzione dei sali di iodio nel sale da cucina; molti provvedimenti igienici generali sono leggi di Stato ad applicazione obbligatoria; le stesse vaccinazioni sono, in paesi di scarsa coscienza comunitaria e sanitaria come il nostro, obbligatorie per legge. Tutto ciò conferma che la prevenzione, ammesso che sia realizzabile, rientra nella medicina attiva e non in quella passiva.

Solo così il singolo metterà in atto le misure adeguate al tentativo di prevenzione, e solo così, in un domani più o meno lontano, certe forme di prevenzione riguardanti le modificazioni delle abitudini di vita potranno diventare una pratica di massa nella popolazione.

La strada ancora lunga di questa medicina attiva dovrà passare attraverso l'educazione sanitaria: un'educazione fatta non di sole parole e di « conoscenza della medicina », come vorrebbe certa stampa divulgativa, ma fondata su attivi interventi e su di una riforma fondamentale, più che della istruzione, della educazione basale, tanto necessaria nella nostra popolazione a tanti riguardi.

Non v'ha dubbio che attualmente in Italia l'ospedale e particolarmente i suoi Centri

di medicina sociale di recente introdotti dalla legge nel tessuto ospedaliero, dovrebbero essere i promotori più validi di questo nuovo tipo di medicina e le avanguardie della successiva *ordinata* diffusione delle procedure di screening e di prevenzione primaria.

In effetti, a parte la carenza di preparazione e di organizzazione in questo specifico settore, esiste ancora da parte dell'ospedale un'antica ritrosia ad uscire dalle proprie mura, a diventare parte attiva ed operante in questa nuova medicina extramurale, che tanto si discosta dalle pur nobili e sempre valide, ma diverse, caratteristiche della medicina tradizionale. Ostacoli a tale evoluzione vengono dai settori ospedalieri sia amministrativo che tecnico, troppo spesso legati a vetuste tradizioni. Ci auguriamo che l'ANMCO possa anche qui contribuire a far spirare aria nuova e fresca nel mondo ospedaliero.

Comunque non v'ha dubbio che la cardiologia preventiva, uno dei rami in cui si è andato frazionando il germoglio più vitale della medicina generale, costituisca un'affa-

scinante avventura tra le tante che, per riprendere ancora la parola di Paul D. White, fanno della professione del medico un romanzo tra i più attraenti per lo spirito dell'uomo.

Bibliografia scelta

1. CORONA V., PUDDU V., SANTUCCI A.: *Censimento delle cardiopatie acquisite e congenite nelle scuole elementari*. Atti XXIX Congr. Soc. Ital. Cardiol., Bari, 1968, vol. I, Simposi, pag. 295.
2. *Coronary Heart Disease in Seven Countries*, edited by KEYS A. *Circulation*, 41, suppl. I, 1970.
3. PUDDU V., MENOTTI A.: *Introduzione alla epidemiologia cardiovascolare*. *Rec. Progr. Med.*, 48, 556, 1970.
4. ROSE G. A., BLACKBURN H.: *Cardiovascular Survey Methods*. W.H.O., Geneva, 1968.
5. STAMLER J.: *Lectures on Preventive Cardiology*. Grune & Stratton, inc., New York-London, 1967.
6. WHITE P. D.: Biggs Lecture, New York Academy of Medicine, 1940.