

Vera e finta prevenzione

Fare più check-up non significa ridurre il rischio di ammalarsi

Sempre più spesso alcuni laboratori, cliniche private, farmacie, assicurazioni sanitarie integrative, anche all'interno di accordi nell'ambito del welfare aziendale, offrono a pagamento o gratuitamente, senza la prescrizione di un medico, "pacchetti prevenzione": un insieme di esami ematochimici, accertamenti strumentali e visite specialistiche, presentando come prevenzione i check-up e la diagnosi precoce. Il messaggio, che viene veicolato con espressioni seducenti, consiste nel sottintendere che, sottoponendosi ad esami periodici a prescindere dallo stato di salute, si può individuare la presenza di una malattia prima che provochi manifestazioni cliniche. In tal modo si potrà iniziare un trattamento che eviterà la comparsa di sintomi e complicanze. Idea suggestiva senza dubbio, ma anche troppo semplice per sfidare la complessità biologica dell'interazione tra l'organismo e le malattie.

Con questo documento non si vuole mettere in discussione l'utilità di eseguire esami mirati per indagare particolari condizioni o fattori di rischio di singoli pazienti in base alle specifiche indicazioni cliniche né l'utilità di sottoporsi a screening di dimostrata efficacia nel ridurre l'incidenza di malattie gravi, ma la ricerca sistematica, indifferenziata e generalizzata di eventuali indicatori di malattie.

Screening o diagnosi precoce

Nel capitolo *"Screening e diagnosi precoce"* del testo di Slow Medicine *"Le parole della medicina che cambia"* Antonio Bonaldi spiega "La diagnosi precoce si basa sull'assunto (sbagliato) che tutte le malattie progrediscono da una fase asintomatica, caratterizzata da minime alterazioni biologiche, fino ad uno stadio di malattia conclamata. Perciò, tanto prima riconosciamo la malattia, tanto più semplice ed efficace sarà la cura. Il problema, però, è che non tutte le malattie seguono un percorso così lineare: in alcuni casi, evolvono lentamente, in altri presentano un andamento tumultuoso e incontrollabile, in altri casi ancora (la maggioranza) regrediscono in modo spontaneo (*vis sanatrix naturae*). I fattori in gioco sono tanti, e nessuno al momento è in grado di prevedere quello che succederà nel singolo caso. [...] Molte persone, però, non hanno alcuna consapevolezza che la ricerca di malattie in soggetti asintomatici potrebbe avere delle conseguenze negative. In genere le informazioni tendono ad esaltare i benefici e a sottostimare i danni associati agli screening e nessuno parla dei rischi correlati a un eccesso di diagnosi" [1].



I “pacchetti prevenzione”

I “pacchetti prevenzione” possono riguardare genericamente la salute dell’uomo o della donna la nutrizione, il benessere, l’Alzheimer, la stanchezza, la sindrome metabolica, l’identificazione di intolleranze nascoste, la salute sessuale, patologie della pelle o dell’apparato digerente, della vista, del sistema endocrinologico, ecc. Vengono presentati con attraente materiale promozionale che suscita la preoccupazione per la possibile comparsa di malattie anche in persone in ottima salute. Come per qualunque prodotto in vendita, alcuni offrono pagamenti rateizzati e sconti se si “mettono nel carrello” più pacchetti. Scegli, paghi, ottieni una sorta di certificato di buona salute o un segnale di pericolo che richiederà visite e ulteriori accertamenti. Se i risultati appaiono “normali” si può continuare a fumare, a mangiare prodotti ultra-processati, a seguire diete sbilanciate, a consumare cibi troppo dolci o troppo salati, a bere bevande alcoliche, a evitare di svolgere attività fisica.

Screening utili

Di alcuni screening proposti a intere popolazioni e garantiti dal nostro Sistema Sanitario Nazionale ci sono prove convincenti che riducano il rischio di ammalarsi e di morire per quella specifica malattia. A titolo esemplificativo si possono ricordare le indicazioni dell’*US Preventive Services Task Force* [2], una commissione di esperti che propone raccomandazioni relative alle misure di prevenzione, sulla base di una rigorosa e trasparente valutazione delle migliori conoscenze scientifiche disponibili. Secondo questo organismo, le patologie per le quali screening garantiscano benefici, oltre agli screening neonatali e all’ipertensione arteriosa a partire dai 18 anni, sono: il cancro della cervice uterina per le donne da 21 a 65 anni, il cancro del colon da 50 a 75 anni e il cancro del seno da 50 a 74 anni. Per altre procedure abbiamo a disposizione molti dati scientifici che non sono tuttavia dirimenti. Le innumerevoli e varieghe proposte di controlli offerti come “preventivi” non si basano su valide prove scientifiche, si rivolgono, per lo più, a persone in grado di pagare le prestazioni o a persone attente alla propria salute e quindi a minor rischio di ammalarsi.

Suscita pertanto notevole perplessità che strutture e organizzazioni deputate a curare le malattie e a migliorare la salute, si facciano capillarmente promotrici di una serie di prestazioni sulla popolazione sana, a prescindere dalla loro reale efficacia, presentandole viceversa come coerenti con le linee guida di società scientifiche nazionali e internazionali.

Check-up fuorvianti e pericolosi

1. I check-up non riducono il rischio di ammalarsi

Eseguire check-up induce l’illusione che i controlli periodici possano ridurre il rischio di ammalarsi. Un gruppo di ricercatori danesi ha individuato 15 ricerche randomizzate nelle quali era stato confrontato un gruppo di adulti sottoposti a check-up con un gruppo di controllo. Sono state seguite per 4-30 anni 251.891 persone riscontrando 21.535 decessi. “I check-up hanno un’influenza scarsa o nulla sul rischio di morte per qualsiasi causa (evidenza di elevata certezza), o sul rischio di morte per cancro (evidenza di elevata certezza), e probabilmente hanno un’influenza scarsa o nulla sul rischio di morte per cause cardiovascolari (evidenza di moderata certezza). Allo stesso modo, i controlli sanitari hanno un’influenza scarsa o nulla sulle malattie cardiache (evidenza di elevata certezza) e probabilmente hanno un’influenza scarsa o nulla



sull'ictus (evidenza di moderata certezza)” [3]. Investendo tempo e risorse per individuare precocemente qualche malattia, si rischia di trascurare l'adozione di corrette abitudini di vita (*prevenzione primaria*) che hanno dimostrato di ridurre il rischio di patologie metaboliche, eventi cardiovascolari e tumori.

2. I test non forniscono sempre risultati affidabili

Contrariamente a quanto si pensi, un risultato di un esame di laboratorio che supera il limite superiore o inferiore di riferimento non indica che un soggetto ha o non ha una malattia, ma fornisce una informazione statistica. La concentrazione di un suo parametro biochimico supera o non supera quella presente nella maggioranza della popolazione sana. Solo la valutazione clinica complessiva consentirà di interpretare il risultato come vero/falso positivo o vero/falso negativo. Se il dato risulta erroneamente normale (*falso negativo*) non ci preoccupiamo, ma verrà ritardata la diagnosi; se invece è erroneamente anomalo (*falso positivo*) dovrà essere ricontrollato [4]. Si rischia di innescare un viaggio di esami prescritti solo per controllare quelli precedenti: la cosiddetta *sindrome di Ulisse* [5]. L'eroe acheo arrivò sano e salvo a Itaca dopo un viaggio di 10 anni; molte persone invece, alla fine del viaggio diagnostico, possono aver subito conseguenze più o meno invalidanti. Tanto maggiore è la percentuale di falsi positivi individuati, tanto maggiore è il numero di persone sane sottoposte al rischio di ulteriori procedure inutili (biopsie, esami radiologici ecc.) o a inutili trattamenti che verranno chiamati “preventivi”.

3. Un eccesso di test può essere dannoso

Uno dei problemi più rilevanti associati ai check-up è quello della *sovra-diagnosi*, cioè l'individuazione e la cura di lesioni di incerto significato clinico o a lenta evoluzione che non si sarebbero mai manifestate nel corso della vita. Infatti, tanto più una malattia viene individuata in una fase iniziale del suo decorso tanto minore è la possibilità di predirne l'evoluzione: cioè di differenziare i casi di malattia che rimarranno silenti per tutta la vita da quelli destinati a progredire. In considerazione, quindi, dell'incapacità di prevederne l'evoluzione naturale, tutti i casi di malattia saranno trattati, più o meno allo stesso modo. Questo fenomeno, assai diffuso in medicina, è particolarmente temibile, perché da un momento all'altro trasforma soggetti sani in malati bisognosi di cure, esponendoli agli effetti collaterali dei farmaci e ai rischi associati alle terapie a cui saranno inutilmente sottoposti.

Oltretutto nessuno potrà mai riconoscere di essere stato curato invano perché sarà portato ad attribuire la guarigione alle cure ricevute. Così, paradossalmente, tanto più numerosi sono i casi sovra-diagnosticati, quelli cioè che non si sarebbero mai manifestati, tanto maggiore sarà il merito attribuito all'intervento (*il paradosso della popolarità* [6]). In questi casi l'esperienza personale e gli aneddoti sono ingannevoli. Per stabilire l'efficacia di un test diagnostico utilizzato con finalità preventive e stimare l'entità della sovradiagnosi bisogna, infatti, eseguire appropriati studi scientifici: non ci sono facili scorciatoie [7].

3. I check-up sono redditizi per chi li vende

I “pacchetti preventivi” vengono proposti e pubblicizzati perché sono redditizi per chi li propone; in molti casi, infatti, i check-up avviano una proficua filiera di ulteriori



esami di controllo che possono essere eseguiti a pagamento o a carico del SSN negli stessi laboratori, quando siano convenzionati.

4. *Check-up inutili rappresentano uno spreco di risorse*

Numerose ricerche svolte da economisti sanitari dimostrano che circa il 30% della spesa sanitaria, quello cioè che i cittadini pagano di tasca propria, che le assicurazioni rimborsano o che il Sistema Sanitario Nazionale finanzia, è sprecato. Soldi che non producono salute, ma tutt'al più rassicurano, se non provocano danni [8 9]. Nell'ambito della campagna *Choosing Wisely Italy* [10], inserita nel movimento internazionale e coordinata da *Slow Medicine ETS*, le società scientifiche italiane hanno identificato 129 raccomandazioni (il 40% del totale) relative a test diagnostici che non sono necessari e possono apportare danni ai pazienti, di cui 42 esami di imaging e 62 esami di laboratorio.

Dove sono le istituzioni pubbliche?

In un momento di grave sofferenza del Servizio Sanitario Nazionale, dove le lunghe liste d'attesa costringono molti cittadini a rinunciare ad accertamenti essenziali è davvero intollerabile assistere alla crescente diffusione di test di diagnosi precoce che alimentano gli sprechi, senza garantire alcun beneficio per la salute, nell'indifferenza delle istituzioni sanitarie.

Certo, le persone hanno il diritto di spendere i soldi come meglio credono ma, in campo sanitario, le istituzioni pubbliche, a cui è affidata la tutela della salute, dovrebbero proteggerle dalla diffusione di pratiche ingannevoli e potenzialmente dannose, che alimentano il consumismo sanitario e il mercato della salute.

Al riguardo va segnalata la lodevole iniziativa dell'*Agenzia di Tutela della Salute della Città Metropolitana di Milano* (ATS) che ha invitato tutte le strutture sanitarie private ad offrire solo prestazioni sanitarie che rispettino «i principi di appropriatezza clinica e siano basate su evidenze scientifiche consolidate, evitando di «diffondere messaggi pubblicitari suscettibili di promuovere il consumismo sanitario» e di fare «indebite pressioni prescrittive» nei confronti dei medici di medicina generale, che possono portare a «oneri impropri» a carico del Servizio sanitario nazionale [11]. Anche alcune Società Scientifiche come la *Società Italiana di Patologia Clinica e Medicina di Laboratorio* (SIPMeL) nell'ambito del progetto *Choosing Wisely Italy* [12] raccomandano di «non richiedere e non eseguire esami di laboratorio di routine e di screening senza un chiaro quesito clinico» specificando che «l'inappropriatezza determina conseguenze negative legate all'errore interpretativo e riscontri incidentali con successivi interventi non necessari, sovraccarico di lavoro del personale, costi diretti e indiretti con aumento di emissioni di gas serra, rifiuti ed inquinamento idrico e atmosferico».



Con questo documento, nell'esclusivo interesse dei pazienti e a salvaguardia del Servizio Sanitario Nazionale, intendiamo sottolineare le illusorie attese di salute riposte nei check - up, invitando le istituzioni sanitarie pubbliche, le organizzazioni sindacali e le società scientifiche a non promuovere iniziative finalizzate all'esecuzione di test con finalità preventive al di fuori degli screening di riconosciuta efficacia e ad intervenire in maniera decisa nei confronti di tutti coloro che con messaggi accattivanti e ingannevoli illudono le persone di poter tutelare la propria salute, sottoponendosi ad una serie di test e di visite specialistiche potenzialmente dannosi.

Il Direttivo di Slow Medicine ETS

**Marco Bobbio, Daniela Berardinelli, Franca Braga, Antonio Casella,
Anna Galliano, Matteo Grezzana, Lia Patrussi.**

I probiviri di Slow Medicine ETS

Paola Arcadi, Violetta Plotegher, Marika Werren.

**con il contributo di Antonio Bonaldi, Enrico Morello,
Marco Geddes da Filicaia, Sandra Vernerio, Alfredo Zuppiroli.**

Chi intende aderire all'appello può inviare una e-mail con nome, cognome e qualifica a:
presidente@slowmedicine.it

Hanno aderito al documento:

Massimo Angeletti - Medico di Medicina Generale, Vicepresidente Ordine dei Medici, Livorno
Nicola Baldi - già Direttore Cardiologia Ospedale SS. Annunziata, Taranto
Federico Barbani - Direttore UO Cure Primarie Area Nord, Mirandola e Carpi (MO)
Marilena Bertini - Onco-ematologa in pensione e volontaria di AMREF Italia, Torino
Milena Maria Rosa Bianchi – Geriatra, Bollate (MI)
Emanuela Blundetto - Cardiologa, Presidente sezione veneziana AIDM, Venezia
Stefano Cagliano - già medico di Pronto soccorso e Medicina d'urgenza, Viterbo
Pietro Maria Calderino - Medico chirurgo convenzionato SSN, Treviso
Mario Campogrande - Past President Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani (AOGOI)
Nino Cartabellotta – Fondazione GIMBE
Andrea Casalini – Ginecologo in pensione, Roma
Sergio Cattani - Saluteducazione
Paola Emilia Cicerone - Giornalista scientifica
Gaetano D'Ambrosio – già Medico di Medicina Generale - ASL BAT (Puglia)
Ottavio Davini – già Direttore sanitario dell'Ospedale San Giovanni Maggiore, Torino
Renato Di Michele - già Primario cardiologo ospedaliero, Varese
Nerina Dirindin - Associazione Salute Diritto Fondamentale.
Barbara Garavaglia - già Responsabile struttura di Genetica dei disturbi del movimento e metabolismo energetico, Milano



Fabrizio Gemmi - Coordinatore dell'Osservatorio per la Qualità ed Equità, Agenzia Regionale di Sanità Toscana

Guido Giustetto – Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, Torino

Roberto La Pira - Direttore del Fatto alimentare

Ottavio Gavino Maciocco - Salute Internazionale

Cristiana Marchese - Medico genetista, Torino

Antonella Ester Marotta – Medico di Medicina Generale, Vigliano Biellese (BL)

Isabella Masaneo – Medico di Medicina Generale, Torino

Remo Melchio - Medicina Interna, Cuneo

Giuseppe Monaco – Epidemiologo, Vimercate (MI)

Luca Monge - Diabetologo, Editor-in-chief del Journal of AMD,

Antonio Morelli - già Responsabile della Chirurgia Vascolare, Gravedona (SO)

Maria Pia Moressa - già Medico di Medicina Generale, Venezia

Enrico Oldoino - Cardiologo in pensione, Sanremo (IM)

Giancarlo Ometto - già Medico di Medicina Generale, Padova

Carlo Pedrolli - Direttore SSD Dietetica e Nutrizione Clinica, Trento

Clementina Peris - Medico Libero professionista, Torino

Maria Elvira Renzetti - Ginecologa ospedaliera in pensione, Torino

Paolo Ribet - Internista, già Direttore di RSA, Pinerolo (TO)

Carmela Rinaldi – Università Piemonte Orientale, Novara

Roberto Romizi - Presidente ISDE

Diego Sabbi - Medico di Medicina Generale, Arquata Scrivia (AL)

Antonio Saitta - già Assessore alla Sanità della Regione Piemonte

Benedetto Saraceno - Lisbon Institute of Global Mental Health

Alessandra Scarpa - Medico specialista in ostetricia e ginecologia

Ferdinando Schiavo - Neurologo di strada, Udine

Fausto Soliani - Medico Chirurgo,

Sandro Spinsanti – Direttore Istituto Giano per le Medical Humanities, Roma

Domenica Taruscio - già Direttore del Centro Nazionale Malattie Rare, Istituto Superiore di Sanità

Antonino Trimarchi - Responsabile Centro Studi CARD Italia - Confederazione Associazioni Regionali Distretti -Area dell'Integrazione

Mauro Valiani - già Direttore Dipartimento della prevenzione, Empoli

Giuseppe Vannucchi - Medico di Sanità Pubblica

Andrea Vannucci - consiglio direttivo dell'Accademia Nazionale di Medicina

Enrico Varriale - Medico di Medicina Generale, Monte Porzio Catone (RM)

Paolo Vineis - Imperial College, London

Giorgio Zintu – Blogger, socio della Federazione italiana media ambientali, Civitavecchia.

AIGO – Associazione Italiana Gastroenterologi ed endoscopisti digestivi Ospedalieri

SIPMeL – Società Italiana di Patologia Clinica e Medicina di Laboratorio

1 Bert G, Bobbio M, Bonaldi A, Domenighetti G, Gardini A, Quadrino S, Venero S. Le parole della medicina che cambia. Un dizionario critico. Il Pensiero Scientifico Editore. Roma 2017

2 <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org>

3 Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 1. Art. No.: CD009009. DOI: 10.1002/14651858.



-
- 4 Nguyen LT, Sullivan CT, Makam AN. The diagnostic cascade of incidental findings. A teachable moment. *JAMA Ann Intern Med* 2015; 175: 1089-90.
 - 5 Rang M. The Ulysses syndrome. *Can Med Assoc J* 1972; 106: 122-3.
 - 6 Raffle AE, Muir Gray JA. Screening. Evidence and practice. New York, NY: Oxford University Press; 2007.
 - 7 Bonaldi A. Salute medicina e dintorni. Edizioni Torri del Vento 2023.
 - 8 Shrank WH, Rogstad TL, Parekh N. Waste in the US Health Care System: Estimated Costs and Potential for Savings. *JAMA*. 2019; 322: 1501-1509. doi: 10.1001/jama.2019.13978.
 - 9 Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. *JAMA*. 2012; 307:1 513-6. doi: 10.1001/jama.2012.362.
 - 10 <https://choosingwiselyitaly.org/>
 - 11 https://milano.corriere.it/notizie/cronaca/25_maggio_07/milano-il-richiamo-dell-ats-agli-ospedali-privati-fate-solo-esami-medici-appropriati-no-al-consumismo-sanitario-e691f635-0358-47e2-8d29-8f85e7d6fxlk.shtml
 - 12 <https://www.slowmedicine.it/choosing-wisely/>

