

## Le diagnosi inutili: contro i check-up

ALBERTO DONZELLI<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fondazione Allineare Sanità e Salute ([www.fondazioneallineare-sanitaesalute.org](http://www.fondazioneallineare-sanitaesalute.org)).

*Pervenuto su invito l'8 gennaio 2020.*

La medicina ha di certo fatto “miracoli” e migliorato cure e qualità di vita per milioni di persone. Da anni, però, anche nei pochi Paesi come l'Italia con un sistema sanitario nazionale, i sistemi sanitari vivono una crisi di senso e sostenibilità che ne minaccia la sopravvivenza.

Il *disease mongering* (commercio di malattie) medicalizza la vita, trasformando disturbi e fattori di rischio in business. Un tempo le persone andavano dal medico perché si sentivano male, oggi ci vanno

sempre più per timore (indotto) di malattie asintomatiche o di potersi ammalare. Il mercato spinge a diagnosi sempre più precoci e predittive, a modificare i confini tra normalità e patologia, a inventare malattie, trasformando persone in buona salute in malati cui vendere cure preventive e in consumatori di sanità.

Ciò spreca risorse e tempo di vita e causa seri danni, come “epidemie” di malattie con poche probabilità di manifestarsi clinicamente durante la vita, con sovradiagnosi, sovratrattamenti e gravi perdite di costo-opportunità.

Purtroppo sanità pubblica e istituzioni mostrano scarsa consapevolezza e fanno spesso oggettiva cassa di risonanza al commercio delle malattie, o finiscono per incentivarlo con misure di effetto netto controproducente<sup>1</sup>.

I check sanitari hanno un posto di rilievo nelle strategie di mercato. L'aggiornamento di una revisione Cochrane<sup>2</sup> (i cui principali risultati sono riportati nella tabella 1) conclude per la scarsa probabilità che comportino qualsivoglia beneficio per la salute. Sa-

**Tabella 1.** Revisione sistematica degli esiti dei check sanitari negli adulti per la riduzione di morbosità e mortalità da malattie<sup>2</sup>.

| Esiti considerati                                  | RR (IC 95%)             |
|----------------------------------------------------|-------------------------|
| <b>Mortalità totale</b>                            | <b>1,00 (0,97-1,03)</b> |
| in screening con anche interventi su stili di vita | 0,99 (0,95-1,03)        |
| in screening senza interventi su stili di vita     | 1,02 (0,98-1,06)        |
| in RCT iniziati prima 1980                         | 0,99 (0,95-1,03)        |
| in RCT iniziati dopo 1980                          | 1,02 (0,96-1,09)        |
| in RCT negli USA                                   | 0,98 (0,88-1,09)        |
| in RCT in Europa                                   | 1,01 (0,98-1,04)        |
| <b>Mortalità per cancro</b>                        | <b>1,01 (0,92-1,12)</b> |
| in RCT iniziati prima 1980                         | 1,01 (0,91-1,12)        |
| in RCT iniziati dopo 1980                          | 1,19 (0,75-1,89)        |
| in RCT negli USA                                   | 0,98 (0,80-1,20)        |
| in RCT in Europa                                   | 1,02 (0,91-1,15)        |
| <b>Mortalità cardiovascolare</b>                   | <b>1,05 (0,94-1,16)</b> |
| solo un check sanitario                            | 0,89 (0,69-1,14)        |
| più di un check sanitario                          | 1,10 (0,98-1,23)        |
| in screening con anche interventi su stili di vita | 0,99 (0,86-1,15)        |
| in screening senza interventi su stili di vita     | 1,07 (0,93-1,23)        |
| follow-up fino 5 anni                              | 0,84 (0,22-3,18)        |
| follow-up fino 5 anni                              | 1,05 (0,97-1,13)        |
| in RCT iniziati prima 1980                         | 1,01 (0,90-1,13)        |
| in RCT iniziati dopo 1980                          | 1,24 (0,89-1,72)        |
| in RCT negli USA                                   | 1,01 (0,85-1,20)        |
| in RCT in Europa                                   | 1,05 (0,93-1,18)        |
| <b>Malattia ischemica di cuore mortale e non</b>   | <b>0,98 (0,94-1,03)</b> |
| <b>Ictus mortale e non</b>                         | <b>1,05 (0,95-1,17)</b> |

rebbero dunque da scoraggiare, anche per le ricadute in cascate diagnostiche e iatrogenesi e in costi sanitari ingenti quanto ingiustificati.

Purtroppo invece i check sanitari sono sempre più diffusi, promossi mediaticamente da produttori di tecnologie sanitarie e da erogatori incentivati a praticarle dall'attuale sistema di remunerazione (che "paga" la malattia)<sup>3</sup>, e sempre più spesso anche dalla cosiddetta "sanità integrativa", attraverso fondi sanitari formalmente no-profit e assicurazioni sanitarie commerciali.

Per un'ampia trattazione di questo argomento si rimanda al saggio<sup>4</sup> che contiene anche esempi di induzione di consumismo sanitario da parte della Sanità integrativa.

*Conflitto di interessi:* l'autore dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

---

## Bibliografia

1. Donzelli A, Battaglia A, Cattaneo A, et al. Diagnostica di primo livello per la medicina generale: i pro e i contro. *Quotidiano Sanità* 27 novembre 2019.
2. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; (1): CD009009.
3. Donzelli A. Una riforma strutturale per la sanità: pagare la salute, non la malattia. Allineare le convenienze dei diversi attori all'etica e alla salute della comunità dei cittadini. In: Aillon J, Bessone M, Bodini C (a cura di). *Un nuovo mo(n)do per fare salute. Le proposte della Rete Sostenibilità e Salute*. Torino: Celid, 2019.
4. Donzelli A. Chi si iscrive alla Sanità integrativa (con le norme attuali) danneggia anche gli altri. *Sistema Salute* 2020; 63: 540-55.