



## (IN)UTILITÀ DEI CHECK-UP?

Una martellante campagna pubblicitaria, attualmente in corso sui circuiti televisivi di mezzo mondo a cura di una delle più note compagnie assicuratrici, cerca di convincere sull'utilità e convenienza di un *check-up* completo, specialmente per chi si sente in perfetta forma.

Il mantra che la persona sana è solo un “malato in permesso” non è certo originale. Un editoriale appena uscito su JAMA (1) ci ricorda che è passato un secolo (era il 1922) da quando Haven Emerson, l'allora Presidente della Commissione Salute e Pubblica Istruzione dell'*American Medical Association*, lanciò sullo stesso JAMA la prima campagna per “controlli medici periodici a persone apparentemente sane”. Da allora il dibattito ha conosciuto alti e bassi, ma non si è mai del tutto placato.

Esistono evidenze che i *check-up* non sono in grado di ridurre in modo significativo la mortalità complessiva e neanche il rischio di insorgenza di malattie cardio-vascolari o di tumori. *Choosing Wisely*, la ben nota campagna di opinione cui anche la nostra Associazione aderisce, ha esplicitamente detto che “la base di evidenze disponibile ci dice che **non esiste alcun supporto per il ricorso a controlli sanitari annuali in pazienti asintomatici senza un sospetto clinico definito, una patologia cronica o una strategia di prevenzione strettamente documentata**”.

Perché si continua allora a invocare e praticare un approccio così inutilmente dispendioso? Non sarà perché nei *check-up* si cercano risposte che gli studi clinici randomizzati non riescono a dare?

Sulla scarsa utilità degli *screening* le evidenze esistono. Una recente revisione della *Cochrane Library* (2), che ha esaminato una ventina di studi (ultimi dati risalenti al 31/1/2018) con oltre 250.000 partecipanti di età compresa tra i 18 e i 64 anni, ha concluso che esiste una base di evidenze di buona qualità a sostegno dell'affermazione che i controlli generalizzati non sono in grado di apportare chiari benefici allo stato di salute; questi sono, invece, certamente responsabili della richiesta e dell'esecuzione di molti esami diagnostici superflui e di parecchi trattamenti terapeutici inappropriati. Gli autori danesi della revisione Cochrane spiegano i motivi del presente aggiornamento: il documento precedente risale al 2012 e includeva molti studi condotti dal 1963 al 1971, epoche precedenti all'introduzione di statine e ACE-inibitori, cioè alcune tra le armi più efficaci per gestire problemi evidenziati da campagne di *screening*. La vecchia edizione non poteva neppure conoscere i risultati del trial “Inter99”, pubblicati solo nel corso del



Marco Caputo<sup>1</sup> ([cptmrc@gmail.com](mailto:cptmrc@gmail.com)) & Roberto Castello<sup>2</sup> ([roberto.castello@aovr.veneto.it](mailto:roberto.castello@aovr.veneto.it))

<sup>1</sup>Ospedale Classificato Villa Salus, Venezia Mestre

<sup>2</sup>Medicina Generale e SDC, AOUI Verona



## AME per una Medicina Sostenibile

2014 (3), che hanno evidenziato come - su oltre 60.000 residenti in alcuni quartieri di Copenhagen seguiti per 10 anni - non si siano trovate differenze significative nell'incidenza di *ictus*, cardiopatie e nella mortalità tra un gruppo randomizzato di soggetti sottoposti a *screening* periodico e il gruppo di controllo. La spiegazione per la mancata differenza, secondo gli autori, è attribuibile al fatto che lo studio è stato fatto in una realtà dove la medicina primaria è molto attiva, ben strutturata e pertanto in grado sia di rispondere tempestivamente a specifici bisogni che di presidiare il monitoraggio di tutte le attività, che altrimenti richiederebbero appropriate iniziative di *screening* di popolazione. Il medico delle cure primarie include già queste attività nella sua *routine* operativa.

Si tratta allora di ridisegnare la cornice entro la quale inserire il concetto di *check-up*. Queste **campagne sono valide se riescono a definire e a mantenere un progetto per assicurare lo stato di salute a lungo termine, che sia compreso e condiviso dai pazienti**. Non è necessario fissare una cadenza annuale: l'importante è che risponda alle esigenze specifiche del paziente. Molto di quello che oggi si fa in un *check-up* (domande sullo stile di vita, per esempio) potrebbe tranquillamente essere gestito *online* o affidato ad altro personale, liberando il medico per argomenti di maggiore rilevanza clinica, da far emergere e su cui informare adeguatamente il paziente.

In **conclusione**, si tratta di:

- rivalutare le pratiche correnti alla luce di quello che realmente possiede valore, rispetto a quanto invece è solo rumore di fondo o, peggio, inutile dispendio di risorse preziose;
- stabilire e mantenere una solida relazione basata sulla fiducia reciproca, in grado di affrontare e gestire le questioni cruciali per la salute del paziente.

### Bibliografia

1. Rubin R. Debating whether checkups are Time waste or Time misused. JAMA [2019, DOI: 10.1001/jama.2019.6605](https://doi.org/10.1001/jama.2019.6605).
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](https://doi.org/10.1002/14651858.CD009009).
3. Jørgensen T, Jacobsen RK, Toft U, et al. Effect of screening and lifestyle counselling on incidence of ischaemic heart disease in general population: Inter99 randomised trial. BMJ [2014,348: g3617](https://doi.org/10.1136/bmj.2014.348:g3617).