

## **Ambulatorio del Secondo Parere: la Sindrome di Babele è curabile?**

Palmieri Beniamino<sup>1</sup>, Iannitti Tommaso<sup>2</sup>, Capone Stefania<sup>1</sup>, Fistetto Gregorio<sup>3</sup>, Arisi Emilio<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Policlinico di Modena, Dip. di Chirurgia generale

<sup>2</sup>Department of Biological and Biomedical Sciences, Charles Oakley Laboratories, Glasgow Caledonian University, Glasgow, UK; email: [tommaso.iannitti@gmail.com](mailto:tommaso.iannitti@gmail.com)

<sup>3</sup>Ambulatorio del Secondo Parere, Modena

Publicato su “La clinica terapeutica” Vol. 162 (fascicolo 6)



## **Riassunto**

L'espressione "second opinion" è stata ampiamente utilizzata, fino dagli anni '70, negli ospedali americani con l'intento di ridurre i costi legati al miglioramento dei sistemi di assistenza ma, al tempo stesso, anche la diagnosi, la cura del paziente e i tempi di guarigione. In questo lavoro, dopo una breve revisione dell'impatto della "second opinion" in molti ambiti della medicina, descriviamo come oggi il paziente sia decisamente orientato ad un comportamento di ricerca della seconda opinione. Infatti, in conseguenza della diffusione di internet, il paziente può trovare nel world wide web ogni tipo di informazione medica che però, talvolta, non è di qualità adeguata. Di conseguenza, il paziente si trova immerso nel mare di informazioni offerte dal web finendo in una ricerca ossessiva che lo porta a confusione e disorientamento. Abbiamo denominato questa situazione come "Web Babel Syndrome". Basandoci su questi presupposti, pensiamo che un poliambulatorio medico del secondo parere vada decisamente incontro alle necessità del paziente, e possa essere in grado di aiutare quei pazienti che presentano condizioni irrisolte o che abbiano bisogno di cure multi specialistiche per raggiungere una migliore qualità di vita.

**Parole chiave italiane:** secondo parere, sindrome di Babele, internet, paziente, patologia

## **Abstract**

The term “second opinion” has been widely used, since the 70’s in the American hospitals with the aim of reducing the skyrocketing costs of the patients’ healthcare, improving their diagnosis, the patient’s care and his healing process at the same time. In this paper, after a short review of the “second opinion” impact on different medical fields, we give the reasons why, nowadays, patients are strongly addressed towards a second opinion seeking behaviour. In fact, due to the spreading of the world wide web, the patient can obtain any kind of medical information, even if it is an unqualified one. This fact leads the patient to carry out an obsessive search that can result in confusion and disorientation. We have defined this psychological distress the “Web Babel Syndrome”. Building upon these foundations, we strongly support a “second opinion medical clinic” that can face the patient’s needs and help those patients with impending single or multiple unresolved illnesses. They need a multispecialty diagnostic or therapeutic medical or surgical approach in order to heal properly or achieve a better quality of life.

**Key words inglesi:** medical second opinion, Babel syndrome, internet, patient, pathology

## **Introduzione**

Il “secondo parere”, meglio noto nel mondo anglosassone come “second opinion”, non è un concetto recente, ma proclamato ed invocato fino dagli anni ‘70 soprattutto negli ospedali americani, allo scopo di ridurre i costi di esercizio (assicurativo-privato) della salute dei pazienti, migliorando il target della diagnosi e della cura e riducendo per quanto possibile i tempi di guarigione. Storicamente, quindi, il secondo parere è stato concepito come una funzione nata nel contesto di strutture ospedaliere complesse, per favorire una migliore integrazione tra difformi opinioni e competenze specialistiche con il fine ultimo di favorire il miglioramento di prestazioni e risultati clinici, inclusa la soddisfazione del paziente .

La organizzazione sanitaria svizzera del Canton Ticino negli anni scorsi ha diffuso tra gli utenti dei servizi sanitari documenti in cui sollecitava ad usufruire di un secondo parere, in particolare su una serie di procedure chirurgiche (1).

Una ricerca su banche dati mediche ci ha consentito di constatare che la “second opinion” è particolarmente richiesta su casi di diagnostica

istopatologica in ambito oncologico, visto l'alto grado di divergenza vigente tra gli anatomopatologi su identici preparati isto-citologici, ma anche su pazienti neurologici e neuro radiologici, oncologici in generale, ginecologici, urologici, gastroenterologici, internistici, maxillo-facciali, odontoiatrici ed altro ancora.

Anche in Italia si stanno embrionalmente tentando esperienze di questo tipo, in particolare per la valutazione istologica. Su questo aspetto si è misurato anche l'AIRC (Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro) (2) prendendo spunto da un articolo apparso sul New York Times nel 2008, ove si accennava al fatto che, se il malato è un medico, egli richiede anche un terzo o quarto parere (3).

Il sito "Partecipasalute", promosso dall'Istituto Mario Negri, unitamente al Centro Cochrane Italia ed a Zadig, propone il secondo parere come parte dei diritti del cittadino che ha bisogno di cure ("Diritto alla libera scelta"), indicando anche una griglia di condizioni nelle quali è utile chiederlo (4). Sulla scia di contenuti analoghi si cimentano anche gruppi di opinione femminili facenti capo a siti dedicati alla salute della donna (5).

Del tutto recentemente (gennaio 2011) si è avviata una esperienza sperimentale ospedaliera di secondo parere in provincia di Ravenna (6). L'utente con patologie gravi o rare, individuate all'interno di una lista appositamente predisposta, può chiedere l'opinione di un ulteriore specialista a sua scelta. Lo specialista consulente sarà poi contattato dalla stessa direzione aziendale, che si assume anche i costi della consulenza. L'intento è quello di fornire al cittadino utente una maggiore quantità di informazioni per affrontare meglio le cure proposte, ma vi sarà vantaggio anche per il primo professionista che potrà confrontarsi con la medicina basata sulla evidenza in decisioni terapeutiche importanti.

Alla luce di una serie complessiva di osservazioni, abbiamo sviluppato anche un nostro progetto di "Poliambulatorio del secondo parere". Ma prima di inoltrarci a descrivere il rationale del nostro progetto e le motivazioni che ne hanno ispirato la creazione, è opportuno rivedere sinteticamente una retrospettiva dei contributi della letteratura scientifica sulla materia.

### **Il secondo parere rappresenta un vantaggio economico e sociale**

Peebles (7) sostiene che il secondo parere, promosso in America già da oltre vent'anni, rappresenta un vero vantaggio economico e sociale per i pazienti e per il sistema.

Per parte loro Ruchlin e coll (8) hanno esaminato dati provenienti dall'analisi del fondo assicurativo Taft Hartley, che copriva 120.000 beneficiari. Nel periodo 1977-1978 vi furono 2284 secondi pareri al riguardo di una "opzione" di intervento chirurgico, e 342 casi ebbero smentita la scelta operatoria. Paragonando questo gruppo con un altro

composto da individui scelti in maniera random per un analogo programma chirurgico, si osservò un risparmio di 534.791 \$ di cui 361.756 \$ di prestazioni mediche non consumate e 173.035\$ di risparmi sulla produttività individuale dei pazienti. Il costo del programma di “second opinion” ammontò a 203,300 \$, con un rapporto costo beneficio di 2.63, quindi altamente vantaggioso. Se ne concluse che il ricorso obbligatorio al secondo parere sarebbe certamente utile.

Moumjid e coll (9) si sono posti il problema se la presenza di linee guida ospedaliere e medico chirurgiche possa rendere non necessario il secondo parere, dato che nelle linee guida che il medico dovrebbe sempre esaurientemente illustrare al paziente prima di prendere una decisione, emerge sempre il dato della evidence based medicine che supporta la decisione clinica. Da questa indagine risulta che la conoscenza delle linee guida non elimina nella mente del paziente il bisogno di consultare un secondo medico, in virtù della necessità di ampliare i propri orizzonti di cura, dissipare dubbi e ricevere ulteriori rassicurazioni.

## **La letteratura di supporto all’idea del secondo parere in alcuni ambiti clinici**

### **1. Oncologia**

Un recente contributo italiano di Cifaldi e coll (10) dibatte il tema della richiesta del secondo parere in oncologia tra sfiducia e bisogno, puntualizzando che, nell’area oncologica, la comunicazione corretta tra paziente, oncologo, specialisti e medici di famiglia, può costituire un delicato, ma essenziale equilibrio che soddisfi le aspettative del paziente, moderandone le ansie.

Il lavoro di Cifaldi e del suo team rilancia modernamente un tema già affrontato in un editoriale da Sikora (11) secondo cui certe false aspettative ispirate a forme deteriori di pubblicità e di pseudoinformazione scientifica divulgativa, portano alla richiesta del secondo parere, il cui rischio è però di generare ulteriori illusioni, assecondando l’anelito dei pazienti verso traguardi di guarigione del tutto destituiti di fondamento. Le indicazioni al secondo parere, secondo l’Autore, sono: i tumori rari per i quali e’ spesso indicata una terapia multimodale combinata o sequenziale, le condizioni di scarsa e inadeguata comunicazione con i pazienti, la disponibilità a fruire di nuovi farmaci in centri selettivamente specializzati e qualificati, ed infine la incapacità del paziente di accettare un verdetto di incurabilità. È essenziale che le istituzioni del secondo parere siano qualificate, ed in grado di fornire una esaustiva documentazione. Secondo quest’Autore, la formula vincente è il consulto con team di oncologi con competenze diverse.

Ancora in ambito oncologico, Tattersall e coll (12) riportano la esperienza del Sydney Cancer Center relativa a 123/1892 pazienti (6.5%) che

chiedevano una seconda opinione in ambito oncologico. Di essi 77 completarono un apposito questionario (59 erano donne, 26 delle quali con cultura universitaria e laurea). Rispetto alla ragione per la richiesta di una seconda opinione, 54 pazienti chiedevano maggiori chiarimenti in ordine alla terapia, 47 cercavano rassicurazione o conferme sulla diagnosi e 24 si dichiaravano insoddisfatti del primo consulto avuto con l'oncologo. Del campione totale investigato, 64 pazienti dichiararono di avere ricevuto dal secondo parere nuove informazioni, 45 riguardo alle modalità di cura e 34 riguardo al futuro o alla prognosi. Di queste pazienti, 51 dichiararono una più esauriente risposta nel secondo consulto, di cui 24 per una maggiore durata del colloquio e della visita e 26 per un più efficace atteggiamento degli oncologi nel dissipare le loro preoccupazioni. La maggior parte dei pazienti sapeva che i trattamenti erano multidisciplinari e che seguivano delle linee guida, ma pochi di loro si erano adeguatamente documentati sulle linee guida. In ogni caso la ragione del secondo consulto era sostanzialmente legata alla richiesta di maggiori delucidazioni o di conferme rispetto ai trattamenti in atto.

In un altro campione oncologico di neoplasie viscerali in Germania, Schuhmacher (13) ha estrapolato 373 secondi pareri da un campione di 8298 casi, pari al 4.5 %, suddivisi in tumori primitivi non trattati (53.6%), recidive locali (14.7%) ed evidenza di metastasi viscerali (9.9%). Nel 21.7% dei casi la ragione per richiedere una seconda opinione fu il riscontro di progressione metastatica del tumore primitivo da parte del paziente. Il secondo consulto trovò accordo per una decisione chirurgica primaria nel 16.4% delle richieste. Nel 5.9% dei casi furono suggeriti minimi aggiustamenti del piano terapeutico, mentre nel 47.2% furono suggeriti grossi cambiamenti. Nel 28.7 % dei casi non fu possibile una valutazione per mancanza di dati essenziali. In conclusione in poco meno di un quinto dei casi ci fu accordo circa il trattamento chirurgico come primo step oncologico, ed il consulto si rivelò molto utile a rafforzare la necessità della interdisciplinarietà di un piano di trattamento oncologico. Uno studio di Mellink e coll (14) su 212 casi consecutivi di secondo parere, presso un reparto di chirurgia oncologica olandese, ha indagato le ragioni che hanno condotto i pazienti al consulto e le caratteristiche cliniche e sociodemografiche degli utenti, che erano donne nell'82% dei casi e per il 76% affette da cancro mammario, la metà di esse con un livello di cultura scolastica medio-basso. Il 38 % di queste pazienti era spinto da motivazioni esterne, quali trattamenti insoddisfacenti ed aspettative non realizzate, mentre il 63% aveva necessità di dissipare dubbi e trovare riscontri o certezze diagnostiche (motivazioni interne). Questo è un messaggio confortante, secondo l'Autore, per quei medici che interpretano il secondo parere come un atto di sfiducia e quasi di slealtà nei loro confronti. Dal canto suo l'Autore suggerisce di comprendere

meglio le differenze tra motivazioni interne e motivazioni esterne per arginare il fenomeno e ridurre i costi di secondi consulti inutili. Kronz e coll (15) in un periodo di 21 mesi esaminarono 6171 casi di secondo parere sul pezzo chirurgico, riscontrando un cambiamento di diagnosi in soli 86 casi pari al 1.4% del campione. Di questi soggetti il 93 % (80 casi) ebbero modificato il piano di trattamento e 81casi, pari al 94%, ebbero modificata la prognosi; in 61 casi (71 %) in meglio e in 20 casi (23 %) in peggio, 5 casi (6%) non subirono cambiamenti. In 20/83 casi (23%) si ebbe un cambiamento di diagnosi da maligna in benigna, in 5 casi (6%) da benigna in maligna, in 6 casi (7%) fu cambiata la categoria nosologica (tra carcinoma, sarcoma linfoma e melanoma). Analizzando in dettaglio il fenomeno appare evidente un maggiore rischio di errore per le superfici sierose ( 9.5 %) e l'apparato riproduttivo femminile (5.1 %), a seguire a distanza la cute (2.9%), il sistema nervoso centrale ( 2.8 %), la mammella (1.4 %), l'apparato genitourinario (1.2%) , il tratto gastrointestinale ( 1.2 %), il sistema ematologico (1.1%), l'area otorinolaringoiatrica (1%), l'osso e i tessuti molli (0.9%), il polmone (0.6 %).

Schmidmaier (16) sottolinea che, data la pluralità ed interdisciplinarietà della moderna oncologia, è inevitabile che il paziente oncologico senta il bisogno di un secondo parere. Secondo tale Autore, questa esigenza ” fisiologica “ dovrebbe rafforzare il patto medico–paziente, piuttosto che indebolirlo, qualora il medico referente riesca a comprendere ed accettare il concetto che il secondo parere non nasce dalla insoddisfazione, ma è primariamente un bisogno, una necessità di misurarsi con il proprio male, per non soccombere all'ansia e alla frustrazione delle proprie condizioni morbose.

## **2. Neurologia e neurochirurgia**

Wijers e coll (17) e Zan e coll (18) descrivono l'“approccio” al secondo e terzo parere in ambito neurologico e neuro radiologico. Il primo (17) in particolare analizza la soddisfazione dei pazienti in un campione di 300 casi consecutivi, di cui 183 al secondo e 117 al terzo parere consultivo, in età media di 47 anni (i secondi pareri) e 51 anni (i terzi pareri) con storia neurologica datante 24 e 13 mesi rispettivamente. Tutti i pazienti furono soddisfatti per il secondo e terzo parere conseguito al confronto con il primo medico consultato, a prescindere da modificazioni della diagnosi, specie quando il secondo e terzo parere fu istruito nel corso di una giornata di degenza.

In tema di neuroradiologia diagnostica Zan e coll (18) valutarono 4534 casi su 7465 cartelle rilevando che solo il 7.6 % (cioè 347 casi sui 4534 studiati) avevano subito rilevanti differenze diagnostiche più basate sul rilievo di nuovi particolari, che su interpretazioni opposte da identico

imaging. Ottenuta la diagnosi finale il secondo parere risulta' più accurato nell'84 % dei casi indagati.

### **3. Patologia oromaxillofacciale**

Jones e Jordan (19) discutono il secondo parere nella patologia oromaxillofacciale, estrapolando in due anni 142 consulti secondari sul tema di displasie orali versus carcinomi, cisti e tumori odontogeni. Nei 136/142 casi in cui si addivenne ad un accordo, vi fu un totale di 46 casi (34.1 %) di divergenza di opinioni, di cui 24 casi di divergenza moderata (17.8 %) e 22 casi (16.3%) rilevante. Secondo gli Autori, il secondo parere ha una sua precisa dignità e funzione socio-economica.

### **4. Citopatologia ed istologia**

Lueck e coll (20) della Università dello Iowa riportano l'esperienza del secondo parere presso una Istituzione esterna con l'intento di verificare se gli standard diagnostici avevano effetti misurabili sui pazienti. Su 499 biopsie etichettate come concordanti, poco concordanti, discordanti solo il 7.4 % dei casi (in totale 37) risultò discordante. Il follow-up fu reso disponibile in 30/37 casi. La diagnosi di seconda opinione fu più precisa in 22/30 di questi casi. Solo in 6 casi vi fu un viraggio diagnostico con conseguente cambiamento della impostazione terapeutica. Quantunque il secondo parere abbia apportato un cambiamento diagnostico solo in 6/499 casi (1.2%), il dato è sufficiente per supportare il criterio di opportunità del secondo parere nell'ottica di una migliore cura del paziente.

Manion e coll (21), sempre dell'Università dello Iowa, analizzarono 5629 casi di secondo parere su diagnostica di pezzi anatomici chirurgici. In 132 casi (2.3%) il secondo parere risultò in discordanza maggiore con la prima diagnosi, ed in 507 casi (9%) la discordanza fu di grado minore. Gli organi oggetto di riverifica per discordanza maggiore furono: l'apparato genitale femminile (32 casi), il tubo digerente (27) e la cute (24). Solo l'1.2 % del totale dei 5629 casi (corrispondenti a 68/132 di discordanza maggiore) comportò un aggiustamento clinico-terapeutico. Questi risultati supportano l'idea di un secondo parere obbligatorio.

Nell'ambito della citopatologia delle diagnostiche tiroidee l'utilità sistematica di un secondo parere è particolarmente validata (22) sugli ago aspirati. La procedura permette di evitare il 25 % delle tiroidectomie diagnostiche, senza aumentare i falsi negativi.

In campo urologico, specie nella interpretazione istopatologica delle biopsie prostatiche, che risulta un criterio dirimente per le opzionabili scelte chirurgiche, uno studio al John Hopkins Hospital (23) rivela che su 31355 biopsie effettuate, 684 sono state oggetto di richieste di un secondo parere. Ad opera degli urologi stessi (nel 63.9% dei casi), da urologi e pazienti nel 14.5 % dei casi e dai soli pazienti nel 21.6%. In 241 casi



(35.2 %) vi fu un cambiamento di diagnosi dopo il parere esperto. Ciò a supporto del fatto che anche il medico sente spesso la necessità di conferme diagnostiche a dubbi clinici da cui possono discendere orientamenti terapeutici difformi e talora contrapposti.

Frable (24) ha eseguito una review su banche dati estrapolando 3992 voci bibliografiche che indagavano su “errori e diagnosi in patologia”.

Ottantatre/3992 studi riguardavano direttamente il pezzo chirurgico e la citologia. Gli errori maggiori furono compresi tra l'1.7 e il 5.7 % delle casistiche istituzionali; codesti errori erano in numero minore (0.26-1.2 %) esaminando casistiche riesaminate all'interno dello stesso ospedale in modo prospettico, ed erano il 4.0 % in casi retrospettivamente rivisitati nella medesima istituzione ma in cieco. Gli errori variarono anche in base alla sede anatomica del prelievo cito-isto-bioptico: per la cute 1.4 %, per la prostata 0.5 %, per la tiroide il 7.0 %. L'Autore dopo questa analisi esprime nell'articolo tutto il possibile dissenso contro un editoriale pubblicato sul Wall Street Journal nell'aprile del 2001 nel quale si drammatizzava il tasso di errori dei patologi assumendo a riferimento una bibliografia limitata numericamente ed analizzata con estrema superficialità (25).

Westra e coll (26) del John Hopkins Hospital hanno valutato il secondo parere di pazienti con diagnosi istopatologica di malattia della testa e del collo nel decennio 1990-2000 confrontate con diagnosi antecedenti di altri istituti. In base alla loro esperienza di 814 casi studiati, nel 7 % (54 casi) fu modificata la diagnosi. In 13/54 (24 %) la diagnosi cambio' da benigna a maligna, in 8/54 (pari al 15 %) da maligna a benigna, mentre in 33/54 casi (pari al 61 %) fu modificata la classificazione del tumore. In 41 su 43 casi di cui era disponibile il follow-up (95 % dei casi) la seconda opinione fu confermata.

## **5. Ortopedia**

In campo ortopedico Van Dalen e coll. (27) hanno valutato 2079 pazienti consecutivamente visitati presso la clinica ortopedica di Groningen negli anni 1996-97, in base ad un questionario riguardante la conoscenza del proprio stato di salute, la qualità del dialogo informativo con l'ortopedico e le ragioni per richiedere un secondo parere. Il 30.0 % di questa popolazione-campione, pari a 625 soggetti, richiedeva un secondo parere a causa dell'insoddisfazione per il trattamento primario e per aver maggiori informazioni sulle cure da ricevere. I medici del primo consulto non erano stati mai informati di quello successivo e generalmente la difficoltà di comunicare tra medico e paziente, specie in centri lontani dall'ospedale di riferimento, fu una delle principali cause di ulteriori consulti. La propensione del paziente alla seconda opinione variava in modo inversamente proporzionale alla numerosità del gruppo di lavoro della

prima consulenza ed alla distanza dal centro di riferimento. La competenza dei medici non venne peraltro mai messa in discussione, semmai il grado di comunicazione e il livello di informazione non si rivelarono esaustivi.

## **6. Chirurgia**

McSherry CK e coll (28) hanno espletato una indagine sulla rilevanza del costo/beneficio del secondo parere in chirurgia, conducendo una valutazione retrospettiva, relativa agli anni 1993-1994 su una popolazione di dipendenti da un sindacato valutando le diagnosi chirurgiche non corrispondenti. Su 5601 soggetti contattati, 490 procedure (pari al 9 %) non trovarono conferma di utilità. Nel 62 % di questi 490 pazienti non ebbe luogo nessun atto chirurgico nei successivi due anni. Il livello più alto di non riconferma si è avuto per interventi di chirurgia plastico-riparativa (41 %) e di ginecologia (22 %). Il rapporto costo-beneficio del programma è risultato di 1.34.

Chu A (29) giunse ad analoghe conclusioni riguardo ai vantaggi economici derivanti dall'accesso dei pazienti ad un secondo parere in tema di chirurgia elettiva.

Gertman e coll (30) hanno condotto una ricerca nell'area metropolitana di Boston su 2060 pazienti indirizzati alla chirurgia. Di questi 1591/2060 (77.2%) parteciparono ad un secondo parere, mentre il 10.5 % evitò il secondo parere per la già evidente indicazione chirurgica oncologica, e il 12.3 % rifiutò di sottoporsi ad un ulteriore parere. Tra i casi che vi si sottoposero, 1411/1591 (88.7%) furono confermati nella diagnosi, mentre all'11.3% (180/1591 pazienti) fu consigliato di astenersi dalla chirurgia. Ottantadue dei 180 pazienti sconsigliati richiesero un terzo parere, che si rivelò invece chirurgico per 57 di essi, mentre solo il 7.7% in terza istanza fu scoraggiato dall'adire alla chirurgia. Nelle opinioni di questo Autore il secondo parere è un'opportunità per offrire un servizio di salute più qualificata al cittadino anche se producesse solo un modesto risparmio diretto al servizio sanitario.

Paris e coll (31) esaminarono i primi 12 mesi di attività di un programma volontario del secondo parere riguardo alle scelte chirurgiche. In base al questionario proposto emerse che il 25 % dei soggetti aveva ricevuto una smentita alla indicazione chirurgica. Ma investigando più approfonditamente si vide che solo l'8 % dei casi ebbe una diagnosi totalmente divergente. Secondo l'Autore quindi il secondo parere non dovrebbe essere utilizzato per impugnare diagnosi pre-esistenti, ma piuttosto per migliorare la comunicazione medico-paziente.

## **7. Emato-oncologia**

Goldman et al (32) riportano le riflessioni di 20 pazienti ematologici-oncologici intervistati telefonicamente rispetto al primo consulto e a quello

in seconda opinione. Le conclusioni evidenziano la necessità da parte dei pazienti di essere seguiti con maggiore attenzione da parte dei medici, anche emotivamente, non accontentandosi di prognosi definite dai medici solo in termini statistici.

### **L'uso di Internet (genera un bisogno di secondo parere)**

Il problema del secondo parere è divenuto, in questi anni, assai cogente in funzione della larga e intensa utilizzazione di Internet, su cui i pazienti letteralmente si avventano per trovare chiarimenti ai loro quesiti, un must operativo imprescindibile.

In passato abbiamo denominato come “ web-sindrome di Babele” questo eccesso, talora maniacale, di consultazioni su internet, per indicare il disorientamento subito dal paziente nel proprio percorso consultivo da autodidatta, proprio per la eterogeneità di ciò che il web offre, spesso con linguaggi non appropriati, e talora con subdoli adescamenti.

La “sindrome di Babele” nella primitiva accezione, da noi pubblicata negli anni '90 (33) si configurava come semplice mancanza di dialogo comprensibile a medici e pazienti, per la pleora di specialisti esperti in ogni singolo ramo della medicina, e la molteplicità eterogenea delle cure prescritte senza reciproca integrazione, specie in soggetti affetti da multiple patologie.

A tale incongruenza oggi il web ha ulteriormente contribuito con l'aggravante di una congerie di informazioni assai difformi, nessuna delle quali filtrate opportunamente in modo tale da fare comprendere ciò che è realmente utile al paziente, piuttosto che al prestigio o all'interesse non di rado autoreferenziale del medico.

La Health On the Net Foundation ha elaborato un codice di condotta (HON-code), che aiuta a standardizzare la credibilità della informazione sanitaria e medica che si può trovare in internet (34).

In ambito italiano la SIGO (Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia) ha attivato un progetto di validazione scientifica di siti nazionali di interesse ostetrico-ginecologico o dedicati alla salute della donna in generale. Il progetto costituisce la prima certificazione italiana per siti web legati alla medicina e la seconda (dopo HON-code) se consideriamo il panorama internazionale (35).

### **La deontologia professionale ed il rapporto medico-medico e medico-paziente**

Il concetto di ridiscutere ed eventualmente rivedere una diagnosi clinica o istopatologica non è contemplato né censurato nel giuramento di Ippocrate, poiché fa parte dei diritti della sfera relazionale medico-paziente, nella quale il soggetto è libero di cercare conferme o smentite alla propria diagnosi, specie se il risultato delle indagini o delle cure

effettuate non ha conseguito il miglioramento o la guarigione previsti. L'articolo 58 del "Codice di deontologia medica" del 2006 recita: "Il rapporto tra medici deve ispirarsi a principi di corretta solidarietà, reciproco rispetto e di considerazione della attività professionale di ognuno. Il contrasto di opinioni non deve violare i principi di un collegiale comportamento e di un civile dibattito".

Esiste da parte dei medici in generale una certa suscettibilità alla ipotesi che il paziente si orienti verso un secondo parere, poiché, essendo il rapporto medico-paziente basato su un intrinseco elemento di fiducia, il contravvenire a questa fiducia può sembrare un atto sleale, che incrina un patto etico su cui si fonda la relazione. Etica vorrebbe che il paziente tornasse dal primo medico e gli esponesse la propria insoddisfazione, e che insieme con lui rivedessero di consenso il percorso diagnostico, cooptando eventualmente un ulteriore consulto chiarificatore, o ulteriori approfondimenti diagnostici, o nuovi espedienti terapeutici.

Ciò avviene di solito regolarmente in tutti gli studi medici e nelle istituzioni pubbliche e private, talora sottotraccia, anche senza che il paziente ne abbia notizia, semplicemente per necessità clinica o per senso di responsabilità del curante che si vuole misurare con qualche collega più esperto. Ma successivamente, cronicizzandosi la insoddisfazione del paziente per la mancanza di risultati conseguiti, si crea talvolta una sorta di barriera o distacco tra il soggetto curato e il curante, che induce il primo alla ricerca di altre soluzioni. Questo comportamento peraltro libera spesso il medico da un senso di frustrazione e di impotenza per non avere risolto il caso.

Rosenberg (36) ha esplorato il rapporto medico-paziente e la emotività del paziente nell'ambito del secondo parere in tema di chirurgia, ritenendo questi aspetti determinanti al fine di una efficace e soddisfacente prestazione. Il campione era costituito da dipendenti municipali dello stato di New York, una parte dei quali in pensione. Di essi 902 risposero alla indagine dichiarando che il secondo parere era stato loro utile come rassicurazione (59 %), aiuto a scegliere se procedere o meno con la chirurgia (49%), o come risposta a quesiti importanti prima non espressi (29%). Solo pochi pazienti riferirono di averne ricavato ansia (12%) o confusione (5 %). Il 12 % dei pazienti si trovò in disaccordo con la diagnosi del secondo parere, specie in relazione a medici non capaci di esprimersi in modo semplice e chiaro dinanzi a un caso complesso di un paziente esposto a forti reazioni emotive. Secondo gli Autori il secondo parere conferirebbe maggiore completezza alle informazioni desiderate, ma anche migliore comprensione nel dialogo medico-paziente spesso carico di risvolti drammatici in termini di percorsi decisionali e di responsabilità.

### **Gli elementi in gioco nella scelta del secondo parere**

La percepita gravità e l'incerta curabilità della condizione patologica vissuta sono sicuramente gli elementi che muovono la persona alla ricerca di una seconda opinione.

Ma nella scelta autogestita di un "secondo parere" entrano pesantemente in campo oggi tre elementi principali di orientamento, anche in base al grado di cultura delle persone coinvolte:

- 1) La nomea o fama dei medici e/o delle istituzioni cui essi appartengono, talvolta casualmente acquisiti;
- 2) Gli espedienti pubblicitari e promozionali multimediali atti a rendere identificabili e ricercabili sia i medici che le istituzioni;
- 3) Internet, che si presenta come un panorama globale, non solo delle possibilità reali, ma anche di quelle in divenire, di prodotti farmaceutici in sviluppo, di metodi che ancora non hanno raggiunto una piattaforma evidence based, ma che già sono esposti in bella vista su specifici siti, con l'aggiunta di blogs, e di siti di ogni genere, comprese consulenze mediche gratuite on-line, promosse da gruppi diversi di specialisti.

Il problema della corretta identificazione del giusto consulto efficace, quindi, si è venuto rendendo più complesso, sia per i possibili artifici pubblicitari consentiti dalla legge sulla pubblicità sanitaria, sia per l'immensa mole di dati non referenziati che appaiono sul web e sui blogs alla rinfusa senza una referenziata discriminazione di qualità di prodotto. In effetti le agenzie di verifica dei contenuti scientifici sono poche, ed in ogni caso risulta impossibile controllare una massa di dati così elevata come quella oggi presente in Internet. A livello internazionale ci si prova l'HON-code (34), a livello italiano ci si misura la SIGO (Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia), con la proposta di codici di autoregolamentazione (35), come già in precedenza accennato, ma gli strumenti di controllo e di eventuale correzione sono pressoché impossibili da utilizzare. Ancora meno eventuali sanzioni verso contenuti non corretti.

### **L'esigenza di chiarezza nella informazione come diritto dell'utente**

Di fronte alla ridda di informazioni emergenti su un problema clinico-terapeutico, scaturisce la necessità di un algoritmo di consultazione e di una serie di referenti qualificati, istituzionali e non, tramite cui potere verificare la congruità del consulto in corso di pianificazione. In altri termini occorre che la scelta ed il percorso siano correttamente guidati da qualcuno molto esperto.

Ancora una volta le istituzioni ospedaliere ed universitarie dovrebbero rappresentare le sedi ideali per un secondo parere, anche in base al tipo di specializzazione e alle casistiche riportate nei reports di attività, missione spesso adempiuta, ma senza una specifica "directory" in grado di orientare

i pazienti e gli stessi loro medici curanti.

Rimane comunque il problema di come ed a chi afferire, essendo ogni Istituto formato da più persone e con diverse qualificazioni di eccellenza, anche nell'ambito delle diverse sub-specialità'.

Sarebbe quindi necessario che le Istituzioni si dotassero di un audit team, cioè di un gruppo in grado di selezionare le richieste di secondo parere e di smistarle nel loro contesto strutturale agli specialisti giusti, accompagnando idealmente il cittadino nel percorso, in modo da fornirgli un supporto logistico e organizzativo, ed avere contestualmente la possibilità di indirizzarlo ad altri istituti in caso di non competenza sull'argomento.

### **L'organizzazione di un ambulatorio del secondo parere ed i suoi esperti**

Quando uno di noi nel 2008 avanzò con un sondaggio di opinione la richiesta presso la Università di Modena di attivare questo tipo di progetto, la proposta fu accolta con estremo scetticismo, e con qualche punta di ironia, e fu rigettata. Dinnanzi a questo diniego divenne logico valutare la possibilità di iniziare, eventualmente come spin-off della Università, un ambulatorio del secondo parere, che fungesse da smistamento e selezione di consulti appropriati, sia per pazienti con problemi non risolti sia per soggetti affetti da multiple patologie, generalmente anziani e con gravi difficoltà ad armonizzare i percorsi diagnostici e terapeutici, a causa della difficoltà di dialogo ad alto livello tra i vari specialisti (37,38).

Affinché un Ambulatorio del secondo parere non risulti autoreferenziale, ma si basi su persone dalle solide basi scientifiche, professionali e di ricerca, occorre che la gestione sia affidata a un clinico od a un team di clinici al culmine della loro esperienza professionale, ospedaliera od universitaria, con una solida base comunicativa interdisciplinare, una vastissima conoscenza nazionale ed internazionale di medici istituzioni e centri di ricerca, e la capacità di interagire in tempo reale con adeguati contatti specialistici di professionisti scelti estemporaneamente di volta in volta per corrispondere ai quesiti dei pazienti.

Nella attuale gestione manageriale degli ospedali capita che molti sanitari ultra cinquantacinquenni, di provate capacità professionali e scientifiche, siano incoraggiati ad uscire dal circuito ospedaliero senza avere raggiunto l'apice della loro carriera subendone spesso quale conseguenza contraccolpi psicologici definiti nella liaison psichiatrica "burn out".

Anche a questa generazione di esperti, che possono vantare una casistica retrospettiva assai ampia, pare opportuno fare riferimento nel contesto di un Ambulatorio del secondo parere.

### **La vita di un (possibile) ambulatorio del secondo parere**

Una struttura del secondo parere non può però prescindere dalla ricerca problem-solving, in primo luogo attraverso il web, ma poi anche da una vera e propria ricerca clinica, logistica e perfino territoriale, con nuove opportunità offerte al paziente sotto il profilo diagnostico e terapeutico. E non può prescindere dalla funzione di monitoraggio dell'outcome del paziente, che deve essere assistito anche oltre il consulto, per via telefonica o telematica (39) fino al conseguimento dell'obiettivo richiesto, con un esborso finanziario compatibile con le sue possibilità economiche, utilizzando quindi in modo etico per quanto possibile anche le risorse del sistema sanitario nazionale, nell'area geografica ove il paziente risiede.

Per tali compiti è indispensabile che un ambulatorio del secondo parere disponga di uno staff qualificato di uno o più biologi, o biotecnologi, preparati ed addestrati ai compiti specifici, in grado di muoversi autonomamente sulla base di parole chiave o di una diagnosi o di una traccia suggerita dal clinico, per reperire il maggior numero di elementi informativi e di riferimenti possibili.

Essi devono possedere adeguata cultura e conoscenza in materia di genomica e proteomica, di indagini di laboratorio, di imaging diagnostico, macro e microscopico, ed essere in grado di operare con strumenti di facile uso ambulatoriale (la cosiddetta strumentazione "point of care"), che consentano un inquadramento istantaneo di alcuni parametri biologici del paziente, allo scopo di meglio caratterizzare con semplici, ma accurati metodi, ulteriori dettagli clinici immediatamente utilizzabili nel consulto.

L'idea del "point of care" ovviamente non è nuova, ma oggi la potenzialità della tecnologia ne permette una espressione più efficace (40, 41).

Oggi alcuni temi come la diagnosi genetica di malattia o la sua predittività, si affacciano all'orizzonte clinico e devono essere strettamente monitorati, mentre talune diagnostiche immunoenzimatiche basate su chimica secca, offrono la opportunità di ulteriori approfondimenti in campo di patologia alimentare microbica o parassitaria attendibili e di notevole utilità.

Si tratta infatti di studiare il paziente che affersce al secondo parere, integrando il maggior numero di informazioni possibili in tempo reale, in modo che l'istantanea diagnostica si basi su elementi di giudizio ampi e ben delineati.

Anche l'uso immancabile del microscopio per analisi a fresco, con colorazioni rapide, ma anche citochimiche del sangue, dei liquidi biologici e delle urine, prima e dopo le cure, può utilmente integrare in tempo reale la visita del paziente fornendo istantaneamente dati utili e conoscenza della specifica reattività dell'individuo.

Un altro campo, rilevante e fonte non infrequente di patologia non ben

inquadrata, è quello della diagnostica microbiologica, nella quale l'ambulatorio deve esprimere particolare sagacia e competenza, con biologi specializzati su argomenti di batteriologia e immunologia, ricorrendo, ancora una volta, ad una serie di tests rapidi, ma anche a colture e indagini immunologiche ed immunogenetiche quando necessarie. Infine anche tutta la tossicologia point of care deve essere disponibile per casi inerenti patologie da assuefazione o da abuso.

### **La figura del biologo come elemento organizzativo di base**

La figura professionale del biologo con laurea quinquennale orientata al laboratorio clinico ha a nostro giudizio la preparazione necessaria ad affiancare il team clinico in ogni step, sia rapportandosi direttamente alle strumentazioni con diagnostica veloce, sia collegandosi con i centri diagnostici specialistici, sia tenendo il contatto diretto con il paziente per monitorare la qualità dei risultati.

Il biologo quindi è elemento fondante dell'ambulatorio del secondo parere e, inserendosi nel rapporto medico-paziente in quanto esperto di web e tecnologie, qualifica sempre meglio l'efficienza della gestione diagnostica.

E' noto ad esempio che la farmaco-sensibilità per talune sindromi è geneticamente determinata, onde si possono talora comprendere le ragioni di un insuccesso farmacologico. In qualche caso sarà dunque possibile correggere appropriatamente l'indirizzo terapeutico alla luce delle caratteristiche genetiche del paziente opportunamente studiate.

Il biologo avrà inoltre l'incarico di aggiornare costantemente i files relativi ai farmaci in sperimentazione o quelli di nuovi farmaci delibati, inserendoli tra i possibili candidati alla prescrizione dei pazienti, e farà incessante screening negli ospedali pubblici e privati italiani e stranieri per identificare specialisti e Istituzioni in grado di affrontare le malattie dei pazienti segnalati.

Tra le competenze dell'ambulatorio, sulla base di specifici orientamenti degli utenti, può essere previsto anche un counseling in tema di medicine non convenzionali, le quali andranno rapportate alle procedure classiche istituzionali, e possibilmente proposte con criteri di validazione che si ispirino all'evidence based medicine ed alla Cochrane library, che ha svolto e svolge sistematicamente parecchie metanalisi sull'argomento.

Al biologo stesso, oppure ad una nurse specializzata, è affidato anche il follow-up dei pazienti in modo da poter conoscere l'outcome finale delle prestazioni erogate e stabilire la efficacia e la appropriatezza dei consulti generati in loco o in altra sede per quello specifico problema (39).

Ciò consente di aggiornare continuamente i files dei risultati e di pianificare ricerche di tipo epidemiologico diagnostico e clinico-terapeutico specie se i vari centri sono connessi in rete.



La messe analizzata di questi dati dovrà essere periodicamente elaborata in forma di review-update e pubblicata su riviste peer reviewed, o comunicata a congressi nazionali o internazionali. Allo stesso modo dalla ricerca patient's tailored e basata sulla identificazione di un trattamento individualizzato possono scaturire anche innovazioni o piccoli, ma utili, artifici, per offrire al paziente una migliore qualità di vita, elementi tutti degni di essere divulgati alla comunità scientifica.

L'ambulatorio del secondo parere, così modernamente concepito, terrà naturalmente i contatti con i medici curanti dei pazienti in modo da creare una consonanza di intenti, coinvolgendo costruttivamente tutte le strutture e le figure sanitarie interessate alla soluzione del caso, ed evitando tensioni, recriminazioni o smentite che non giovano certo alla serenità del paziente, il quale solitamente anela alla soluzione del suo caso piuttosto che alla rivalse per il mancato conseguimento dell'obiettivo "salute".

Anche altri momenti terapeutici o riabilitativi possono, ma non necessariamente, essere presenti nella struttura, poiché essa ha come primo obiettivo la conoscenza e il counseling del paziente, basato sulla obiettività clinico-strumentale, nel modo più ergonomico, economico ed etico possibile. Tra questi si possono certamente collocare anche l'analisi impedenziometrica e la dietoterapia computerizzata, che potranno dare supporto a molte patologie.

Una clinica del secondo parere potrebbe giovare anche dell'opera di uno psicologo, capace di attenuare la frattura tra esigenze di cura e risultati difficili da conseguire. Ma potrebbe giovare anche di strumentazione tecnologica atta al teleconsulto per poter facilmente collegare specialisti geograficamente distanti e difficili a mobilitare in tempi rapidi.

## **Conclusioni**

Ampi dati della letteratura internazionale, pur nella diversità delle organizzazioni sanitarie, supportano l'utilità e la filosofia di una struttura dedicata al secondo parere, e ne delineano i positivi risultati acquisibili dal paziente, dal medico di primo e secondo consulto, dalle strutture sanitarie, dalla organizzazione sanitaria in genere, sia in termini clinici, che culturali ed economici,

Vincere la "Web-Babel syndrome" del terzo millennio, cioè la indeclinabile e indecifrabile barriera tra specialisti che si occupano della salute di un paziente complesso, spesso alla ricerca di verità indefinite attraverso internet, è la vera primaria sfida di un ambulatorio del secondo parere.

Infatti il soggetto ammalato, frammentato in un puzzle clinico, che per legittima curiosità si affaccia al web e lo interpella come fosse un oracolo vaticinante, spesso accresce la gravità della sindrome sul versante psicologico e rischia di precipitare in un baratro di confusa

incomunicabilità a detrimento della sua salute.

Senza nulla togliere alla dignità preziosa del web come insostituibile strumento informativo dello “ospedale globale nel villaggio globale “ noi ritorniamo con molta umiltà, alla stregua degli antichi medici etruschi, a consultare figurativamente le viscere degli animali sacrificali per ricavare diagnosi e prognosi integrate ed incentrate sul puzzle ricomposto e non ulteriormente smembrato del paziente nella sua interezza e nella sua fragile umanità. Perché quel paziente pretende da noi adeguata risposta al recupero della propria salute in una visione empatica ed altamente olistica.

Tutto ciò senza dimenticare che un ambulatorio del secondo parere implica quotidianamente un grande impegno culturale, professionale ed etico di alto livello.

Per tutte queste ragioni ci sentiamo di supportare una filosofia ed una logica del secondo parere, all'interno di una struttura poliambulatoriale dove i professionisti possano quotidianamente misurarsi con l'uomo e la sua malattia.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Gianfranco Domenighetti, Secondo parere. Va' Pensiero n.170, 26 maggio 2004 ([http://www.pensiero.it/attualita/articolo.asp?ID\\_articolo=86&ID\\_sezione=12](http://www.pensiero.it/attualita/articolo.asp?ID_articolo=86&ID_sezione=12) , come visto il 30 gennaio 2011)
2. l'AIRC (Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro) (<http://www.airc.it/diagnosi-del-tumore/secondo-parere-diritto-del-malato.asp>, come visto il 30 gennaio 2011)
3. Patient Advocate Foundation, Cancer Tips-Second opinions: know your rights and options, New York Times, 2008, (<http://www.nytimes.com/2008/02/12/health/views/12essa.html>, come visto il 30 gennaio 2011).
4. Partecipasalute ([http://www.partecipasalute.it/cms\\_2/diritticure](http://www.partecipasalute.it/cms_2/diritticure), come visto il 30 gennaio 2011)
5. Gynevra ( [http://www.gynevra.it/guide/SezGUI\\_91-Secondo\\_parere.html](http://www.gynevra.it/guide/SezGUI_91-Secondo_parere.html), come visto il 30 gennaio 2011)
6. Il Resto del Carlino, 21 gennaio 2011, A Ravenna il secondo parere medico non si paga ([http://www.ilrestodelcarlino.it/ravenna/salute/2011/01/21/446483-salute\\_ravenna.shtml](http://www.ilrestodelcarlino.it/ravenna/salute/2011/01/21/446483-salute_ravenna.shtml), come visto il 30 gennaio 2011)
7. Peebles RJ.Second opinions and cost-effectiveness: the questions continue. Bull Am Coll Surg. 1991 Jun;76(6):18-25
8. [Ruchlin HS](#), [Finkel ML](#), [McCarthy EG](#). The efficacy of second-opinion

- consultation programs: a cost-benefit perspective. [Med Care](#). 1982 Jan;20(1):3-20
9. [Moumjid N](#), [Gafni A](#), [Bremond A](#), [Carrere MO](#). Seeking a second opinion: do patients need a second opinion when practice guidelines exist? [Health Policy](#). 2007 Jan;80(1):43-50
10. Cifaldi L, Felicetti V, Cristina G. [The second opinion in oncology](#). [Recenti Prog Med](#). 2010 Jul-Aug;101(7-8):299-302
11. Sikora K. Second opinions for patients with cancer. [BMJ](#). 1995 Nov 4;311(7014):1179-80
12. [Tattersall MH](#), [Dear RF](#), [Jansen J](#), [Shepherd HL](#), [Devine RJ](#), [Horvath LG](#), [Boyer ML](#). Second opinions in oncology: the experiences of patients attending the Sydney Cancer Centre. [Med J Aust](#). 2009 Aug 17;191(4):209-12
13. [Schuhmacher C](#), [Lordick F](#), [Bumm R](#), [Tepe J](#), [Siewert JR](#). "Good advice is precious." The second opinion from the point of view of an interdisciplinary cancer therapy center. [Dtsch Med Wochenschr](#). 2007 Apr 27;132(17):921-6.
14. [Mellink WA](#), [Dulmen AM](#), [Wiggers T](#), [Spreeuwenberg PM](#), [Eggermont AM](#), [Bensing JM](#). Cancer patients seeking a second surgical opinion: results of a study on motives, needs, and expectations. [J Clin Oncol](#). 2003 Apr 15;21(8):1492-7.
15. Kronz JD, Westra WH, Epstein JI. [Mandatory second opinion surgical pathology at a large referral hospital](#). [Cancer](#). 1999 Dec 1;86(11):2426-35
16. [Schmidmaier R](#). Cancer—the desire for a second opinion is prompted by a need for orientation. [MMW Fortschr Med](#). 2006 Dec 7;148(49-50):31-3.
17. [Wijers D](#), [Wieske L](#), [Vergouwen MD](#), [Richard E](#), [Stam J](#), [Smets EM](#). Patient satisfaction in neurological second opinions and tertiary referrals. [J Neurol](#). 2010 Jun 15.
18. [Zan E](#), [Yousem DM](#), [Carone M](#), [Lewin JS](#). Second-opinion consultations in neuroradiology. [Radiology](#) 2010 Apr;255(1):135-41
19. [Jones K](#), [Jordan RC](#). Patterns of second-opinion diagnosis in oral and maxillofacial pathology. [Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod](#). 2010 Jun;109(6):865-9
20. Lueck N, Jensen C, Cohen MB, Weydert JA. [Mandatory second opinion in cytopathology](#). [Cancer Cytopathol](#). 2009 Apr 25; 117(2):82-91
21. Manion E, Cohen MB, Weydert J. [Mandatory second opinion in surgical pathology referral material: clinical consequences of major disagreements](#). [Am J Surg Pathol](#). 2008 May;32(5):732-7
22. [Davidov T](#), [Trooskin SZ](#), [Shanker BA](#), [Yip D](#), [Eng O](#), [Crystal J](#), [Hu J](#), [Chernyavsky VS](#), [Deen MF](#), [May M](#), [Artymyshyn RL](#). Routine second-opinion cytopathology review of thyroid fine needle aspiration biopsies reduces diagnostic thyroidectomy. [Surgery](#). 2010 Dec;148(6):1294-9;

discussion 1299-301.

23. Chan TY, Epstein JI. [Patient and urologist driven second opinion of prostate needle biopsies](#). *J Urol*. 2005 Oct;174(4 Pt 1):1390-4; discussion 1394; author reply 1394.
24. Frable WJ. Surgical pathology—second reviews, institutional reviews, audits, and correlations: what’s out there? Error or diagnostic variation? *Arch Pathol Lab Med*. 2006 May; 130(5):620-5
25. Parker-Pope T., “Risk of Error May Justify Second Opinion on Pathology Reports” *Wall Street Journal*, April 13, 2001.
26. Westra WH, Kronz JD, Eisele DW. The impact of second opinion surgical pathology on the practice of head and neck surgery: a decade experience at a large referral hospital. *Head Neck*. 2002 Jul;24(7):684-93
27. [van Dalen I](#), [Groothoff J](#), [Stewart R](#), [Spreeuwenberg P](#), [Groenewegen P](#), [van Horn J](#). Motives for seeking a second opinion in orthopaedic surgery. *J Health Serv Res Policy*. 2001 Oct;6(4):195-201.
28. [McSherry CK](#), [Chen PJ](#), [Worner TM](#), [Kupferstein N](#), [McCarthy EG](#). Second surgical opinion programs: dead or alive? *J Am Coll Surg*. 1997 Nov;185(5):451-6
29. [Chu A](#), [Lavoie V](#), [McCarthy EG](#). Second opinion programs: continued savings from not confirmed surgeries. *Empl Benefits J*. 1992 Sep;17(3):35-40.
30. [Gertman PM](#), [Stackpole DA](#), [Levenson DK](#), et Al. Second opinions for elective surgery. The mandatory medicaid program in Massachusetts. *N Engl J Med*. 1980 May 22;302(21):1169-74.
31. [Paris M](#), [Salsberg E](#), [Berenson L](#). An analysis of nonconfirmation rates. Experiences of a surgical second opinion program. *JAMA*. 1979 Nov 30;242(22):2424-7.
32. Goldman RE, Sullivan A, Back AL, Alexander SC, Matsuyama RK, Lee SJ. [Patients’ reflections on communication in the second-opinion hematology-oncology consultation](#). *Patient Educ Couns*. 2009 Jul;76(1):44-50. Epub 2009 Jan 9.
33. Palmieri B., La sindrome di Babele : tra medico generalista, specialista e paziente. *Meditime*, 1990, 8, 4: 8-12
34. The Health on the Net Foundation Code of Conduct (HONcode) (<http://www.hon.ch/HONcode/> , come visto il 30 gennaio 2011)
35. Certificazione nazionale di qualità per siti internet dedicati alla Ostetricia e Ginecologia, a cura della SIGO ([http://www.progettoweb.sigo.it/Certificazione\\_SIGO.aspx](http://www.progettoweb.sigo.it/Certificazione_SIGO.aspx) , come visto il 30 gennaio 2011)
36. [Rosenberg SN](#), [Gorman SA](#), [Snitzer S](#), [Herbst EV](#), [Lynne D](#). Patients’ reactions and physician-patient communication in a mandatory surgical second-opinion program. *Med Care*. 1989 May;27(5):466-77
37. Breveglieri C., Quando una diagnosi non basta... poliambulatorio del

secondo parere, La città' online, 20 febbraio 2010  
(<http://www.lacittaonline.com/index.php?q=node/1043>, come visto il 30 gennaio 2011)

38. Poliambulatorio del secondo parere  
(<http://www.poliambulatoriosecondoparere.it/riciesta-secondo-parere-su-diagnosi-o-terapia.html>, come visto il 30 gennaio 2011)

39. [Anderson B.](#), The benefits to nurse-led telephone follow-up for prostate cancer. [Br J Nurs.](#) 2010 Sep 23-Oct 13;19(17):1085-90.

40. Plebani M., Carraro P., Cremaschi A., et Al., "Il governo clinico del Point of Care Testing: un documento aperto alla discussione", *Biochimica clinica*, 2004, 28, 5-6, 594-597.

41. Soffiati G., Dall'Olio G., "Point of care testing: ritorno al passato, niente di nuovo sotto il sole, viaggio nel futuro ? ", *Riv. Med. Lab.-JLM*, 2,1,21-23, 2001.