

LINEA DI CONFINE

MARIO PIRANI

Chirurghi sotto accusa con sentenza inventata



Tre citazioni che, pur sul medesimo evento, non potrebbero essere di origini più lontane. La prima la trovo su *Moked*, il portale dell'ebraismo italiano, ed è stata scritta dal prof. Riccardo Di Segni, rabbino capo di Roma, nonché primario al San Giovanni. La riporto in parte: «La città di Samaria è sotto assedio e gli abitanti muoiono di fame. Fuori dalla città quattro lebbrosi condividono la stessa sorte. L'unica alternativa è andare dal nemico a chiedere del cibo. Ma le possibilità di essere sfamati sono minime rispetto a quelle di essere uccisi come nemici. Che fare? Alla fine i lebbrosi decidono di andare... È sulla scelta compiuta dai lebbrosi che il Talmud basa il principio per il quale è lecito mettere in gioco la certezza di una vita molto breve nel tentativo di poterla allungare in qualche modo, anche se questo modo comporta un rischio micidiale. Una delle applicazioni più comuni di questo principio è la scelta di un intervento chirurgico in pazienti in condizioni disperate. Nella discussione rabbinica le opinioni divergono... Per una strana coincidenza la lettura dell'haftarà dello scorso sabato (brano scelto per la lettura fra i testi dei profeti, ndr) ha coinciso con una sentenza della Corte di Cassazione che avrebbe stabilito che quando non ci sono speranze di guarigione il medico si deve fermare. La sentenza ha già sollevato notevoli perplessità; sarà certo interessante studiarla anche alla luce degli sviluppi della halakhà (l'assieme delle regole della vita ebraica, ndr)».

La seconda citazione è tratta dall'editoriale del *Corriere Medico*, a firma del presidente dell'Ordine dei medici di Roma. Mario Falconi e tocca lo stesso evento con un orientamento che si evince fin dal titolo: «Suggerisco un'Authority contro i media che manipolano la realtà... Persino una recente sentenza della Cassazione è stata stravolta con palese alterazione della verità». Come, del resto, sostiene la terza citazione, un comunicato a firma di Giovanni Hermanin, già asses-

sore della giunta Veltroni ed oggi responsabile Sanità dell'Api (Alleanza per l'Italia), secondo cui «non esiste nessuna sentenza della Cassazione che affermi quanto riportato su tutti i giornali in merito agli interventi chirurgici su pazienti in condizioni estreme». Il comunicato si riferisce, appunto, alla notizia riportata con grande rilievo, su una condanna, sancita dalla Cassazione, nei confronti di tre chirurghi (il prof. Huscher e i suoi collaboratori, i dott. Mereu e Napolitano) i quali avrebbero operato, suffragati dal consenso informato della paziente e dei familiari, una giovane donna, con due figli, al fine di prolungarne almeno per qualche tempo la vita. Il tentativo però fallì, ma la famiglia, consapevole del suo impegno, si guardò bene dal denunciare gli operatori. Questi furono egualmente condannati e ricorsero fino alla Cassazione per rivendicare la giustizia del loro operato. Sulla base però di una interpretazione erronea diffusa dalle agenzie, la notizia venne data come se la Suprema Corte avesse condannato i chirurghi e stabilito «in modo perentorio il principio secondo cui gli interventi chirurgici senza speranza (chi può definirli in anticipo? ndr) non devono essere tentati anche se esiste il consenso informato del paziente». Per capirne di più ho letto integralmente la sentenza la quale, in buona sostanza, non ha condannato nessuno né emesso alcun principio, ma, preso atto del decorso del termine di prescrizione, si è limitata a dichiarare estinto il reato, rifiutando di entrare nel merito.

Resta da chiedersi perché sia stata fatta circolare una versione così ingannevole. Si tratta forse di uno dei tanti risvolti della medicina preventiva che divide molti medici tra chi rischia e chi si arresta di fronte a scelte che possono portarli in tribunale. Basti dire che tra il 2005 e il 2010 le cause per responsabilità medica sono aumentate del 15%. La chirurgia, fra tutte, sta diventando una professione sempre più pericolosa per chi la pratica secondo coscienza.



La legge

Donare il corpo alla scienza alla Camera norma bipartisan

ROMA — Una legge che consenta, a chi vuole, di donare il proprio corpo affinché, dopo la morte, finisca sul tavolo operatorio delle facoltà di medicina per preparare i buoni chirurghi del futuro prima di essere restituito ai familiari.

È questa la nuova normativa (quattro i progetti di legge presentati sino ad ora dalla Lega al Pd passando per il Pdl) su cui sta lavorando la commissione Affari Sociali della Camera, per regolamentare e promuovere la donazione della propria salma alla scienza. L'ipotesi è quella della «donazione volontaria», tramite testamento senza bisogno di passare dalle note, e che ha come linea guida, sottolinea il relatore, Gero Grassi, «il rispetto totale e la dignità del corpo, anche se morto».

Sarà, insomma, un nuovo testamento, che non dovrebbe trovare, però, intoppi nel suo cammino parlamentare, visto che le proposte arrivate all'attenzione dei deputati sono firmate da quasi tutti i gruppi, con una volontà bipartisan di andare incontro alle esigenze del mondo scientifico.



IL COMMENTO DEGLI EURODEPUTATI ROSSI, PIRILLO E IACOLINO

Cure transfrontaliere sì, ma con cautele

In vigore dal 25 aprile la direttiva sull'assistenza sanitaria all'estero

«Una via di mezzo che tutela il diritto alla salute dei cittadini, ma evita il turismo sanitario». Così Oreste Rossi, eurodeputato della Lega nord, ha commentato la normativa comunitaria che tutela i diritti dei cittadini europei che vogliono farsi curare in un altro stato membro, che entrerà in vigore il 25 aprile. Sulla stessa linea anche Mario Pirillo, europarlamentare del Partito democratico, secondo cui «la direttiva va incontro a quanti finora erano costretti a recarsi all'estero per cure delicatissime senza avere alcuna garanzia né sui tempi d'attesa né sulla possibilità di ottenere rimborsi». Inoltre, come ha sottolineato Salvatore Iacolino, eurodeputato del Popolo della libertà «oggi per la prima volta abbiamo un quadro normativo omogeneo a livello europeo».

Lunedì prossimo, infatti, entrerà in vigore la direttiva 2011/24/UE, che riguarda l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera. Dovrà essere recepita dall'Italia e dagli altri stati membri entro il 25 ottobre nel 2013 e riguarda solo chi sceglierà di farsi curare all'estero. La tessera europea di assicurazione malattia continuerà a restare valida per i cittadini che necessitano di cure urgenti all'interno dell'UE. «C'è il diritto alla cura, ma la cura deve essere pagata. Chi paga? Il paese d'origine. Con che massimale: quello previsto nel paese d'origine», ha dichiarato a *ItaliaOggi Sette* Rossi, spiegando che il problema principale riguarda gli stati membri che offrono servizi sanitari pessimi. «La direttiva va incontro a quanti finora erano costretti a recarsi all'estero per cure delicatissime senza avere alcuna garanzia né sui tempi d'attesa né sulla possibilità di ottenere rimborsi», ha commentato Pirillo. «Limiti che fino ad oggi di fatto consentivano a pochi eletti di ottenere le cure necessarie». Secondo un sondaggio sponsorizzato dall'esecutivo comunitario, infatti, il 4% dei cittadini europei ha ricevuto assistenza sanitaria in un altro stato membro tra il maggio del 2006 e il maggio del 2007. Il fenomeno riguarda soprattutto i pazienti affetti da

malattie rare, quelli che vivono in regioni di confine o in piccoli stati membri. Senza contare le aree affollate da turisti. «Le cure transfrontaliere sono sempre esistite, ma erano regolate da accordi bilaterali tra paesi», ha dichiarato Iacolino. «Oggi per la prima volta abbiamo un quadro normativo omogeneo a livello europeo», ha aggiunto precisando che l'entrata in vigore della direttiva dovrebbe ridurre i tempi d'attesa e facilitare lo scambio di buone prassi tra gli stati membri.

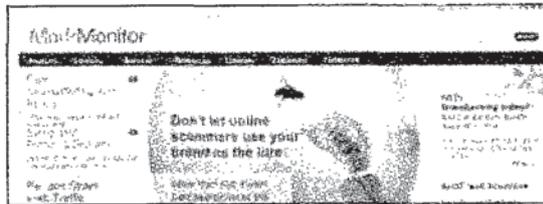
La nuova direttiva europea copre tutte le forme di assistenza sanitaria tranne i vaccini, i trapianti d'organi e le cure di lungo periodo. Il rimborso per una cura transfrontaliera, però, non è sempre garantito. Un paziente italiano, per esempio, potrà essere risarcito per una visita specialistica oltre confine, solo se questa è coperta dal servizio sanitario nazionale. Inoltre il paziente dovrà pagare la differenza, se la visita costa più all'estero che in Italia. In alcuni casi un paziente dovrà chiedere un'autorizzazione preventiva all'autorità nazionale competente, per poter ricevere cure mediche in un altro stato membro. Se l'assistenza sanitaria comporta il ricovero del paziente in questione per almeno una notte. O richiede l'utilizzo di un'infrastruttura sanitaria o di apparecchiature mediche altamente specializzate e costose. Su insistenza degli eurodeputati, inoltre, gli stati membri potranno rifiutarsi di concedere l'autorizzazione preventiva a un paziente solo in un numero limitato di casi. Per esempio se, in base a una valutazione clinica, il paziente sarà esposto con ragionevole certezza a un rischio inaccettabile per la sua sicurezza. O se l'assistenza sanitaria in questione potrà essere fornita nel suo territorio entro un termine giustificabile dal punto di vista clinico.

Gianluca Cazzaniga



■ Dal mondo

Medicine in vendita su Internet Il 93 % dei siti sono illegali



MONITOR
Il sito che ha rilevato le violazioni alle normative sui medicinali

LORENZO BRIOTTI

Pullulano sul WEB le pillole e i bitoni dimagranti 'fuori legge'. Lo segnala MarkMonitor - leader mondiale nel campo della protezione dei marchi aziendali, che opera per la salvaguardia delle reputazione e il fatturato delle aziende dalle minacce crescenti delle frodi, dell'abuso dei marchi e dei canali non autorizzati online - che dopo un'indagine in Gran Bretagna parla senza mezzi termini di una crescita allarmante di pratiche illecite, che consentono di acquistare pillole dimagranti online senza prescrizione medica. Con seri rischi per i consumatori.

MarkMonitor ha analizzato 358 siti di commercio elettronico che ricevono più di 67 milioni di visite l'anno e vendono o indirizzano i consumatori ad altri siti che distribuiscono pillole dietetiche nel Regno Unito.

I risultati mostrano come una percentuale di questi siti, pari a ben il 93%, vende e distribuisce farmaci senza prescrizione medica, una pratica illegale nel Regno Unito, come pure nel nostro Paese. Di questo 93%, il 22% richiede solo una 'consultazione online' per poter acquistare tali farmaci, cosa che non sostituisce la prescrizione né garantisce informazioni accurate. Dalle indagini di MarkMonitor, inoltre, è emerso che solo due dei 358 siti monitorati sono autorizzati a vendere pillole dietetiche con una prescrizione medica ai consumatori britannici. "Vendere farmaci senza prescrizioni valide è un'attività redditizia, e assistiamo a una proliferazione di pratiche sospette di questo tipo online", ha dichiarato Charlie Abrahams, manager di MarkMonitor. "Una grande opportunità di affari per i truffatori che operano sul Web". Una questione tanto importante che i grandi marchi si sono impegnati a fare in modo che tutti i siti non autenticati siano chiusi al più presto".

FONTE Adnkronos

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Rivoluzioni Gli italiani sono tra gli europei più attivi nell'utilizzare la risorsa web

La Rete della Sanità

Così Internet aiuta a combattere le malattie

Dai social network riservati ai medici, alle informazioni più semplici. Ecco come siti e blog diventano un fattore nella ricerca della salute

81

per cento
Gli italiani che utilizzano abitualmente la Rete alla ricerca di notizie di natura sanitaria

47

per cento
Gli italiani che utilizzano abitualmente la Rete e usano le informazioni raccolte per elaborare delle auto-diagnosi

DI FABIO SAVELLI

Venture capital. Banner pubblicitari. Sponsorizzazioni di case farmaceutiche. Sottoscrizioni di abbonamenti dalle strutture ospedaliere. Benvenuti nel business della salute 2.0, la condivisione delle informazioni sanitarie sul web e improntata alla massima interattività tra pazienti, medico-paziente (con i pareri di professionisti in forum, blog, chat), medico-medico (condividendo esperienze e informazioni sui social network).

L'audience

Ma quanti sono gli italiani che si affidano a Internet per cercare informazioni sanitarie? Che animano gruppi di discussione? Che interagiscono con i medici su come affrontare una determinata patologia? Uno studio di Bupa (gruppo assicurativo britannico) — commissionato dalla London School of Economics — certifica che gli italiani sono *web-addicted* in ambito sanitario: l'81% ha utilizzato Internet alla ricerca di consigli sulla salute e sull'utilizzo delle medicine (contro il 59% dei francesi). E ancora: il 47% degli italiani usa il web per elaborare un'auto-diagnosi (più di te-

deschi, francesi e spagnoli) e il 42% s'informa sulle valutazioni delle singole strutture ospedaliere. Ma la domanda di informazioni sanitarie in Rete contempla anche la volontà, da parte dei due terzi dei nostri connazionali, «di avere accesso online ai propri test e alle proprie analisi mediche».

Lella Mazzoli, direttrice del dipartimento di scienze della comunicazione dell'Università di Urbino, traccia l'identikit di chi si rivolge alle modalità della sanità 2.0: «la maggior parte delle persone cerca in Internet storie di vita legate a una determinata patologia. Ovvio che la discriminante è la possibilità di accedervi attraverso un portale legittimato da un medico o da un'associazione di pazienti, altrimenti l'informazione viene percepita come inattendibile».

Mentre Paola Zappa, ricercatrice in statistica sociale all'università Bicocca di Milano, evidenzia che «il web svincola il paziente nella ricerca delle informazioni e gli permette spesso di decodificare al meglio il linguaggio medico. Ma è utile soprattutto come supporto psicologico per chi è affetto da malattie rare e trova in Rete la possibilità di dialogare

con chi è nella sua stessa situazione».

Calcolare il giro d'affari italiano dell'*e-democracy* delle informazioni sulla salute è quasi impossibile, data la velocità con la quale nascono portali e aggregatori di contenuti. «L'utilizzo dell'*information and communication technology* nel settore della sanità e la completa digitalizzazione dei suoi processi consentirebbero al sistema di conseguire importanti risparmi, ad esempio fino all'80% nel caso della teleassistenza a domicilio per i pazienti cronici, ma non solo» afferma Gianfilippo D'Agostino, responsabile public sector di Telecom Italia, attiva nel settore.

I modelli

I principali aggregatori italiani sono per ora ispirati a modelli anglosassoni, pionieri dell'*health 2.0* come *sermo.com*, una *community* di medici nata a Cambridge nel Massachusetts, e *patientopinion.org.uk*; piattaforma fondata dal guru Paul Hodgkin e dalla quale ha preso le mosse l'omologa italiana *pazienti.org* start-up nata per volontà del medico e «imprenditrice sociale tech», Linnea Passaler.

Un altro esempio? *Esa-*

num. Nelle intenzioni di Bodo Müller, primario di ginecologia ed ostetricia al policlinico Vivantes di Berlino, il primo «Facebook dei medici». Considerazione che ha animato Gianpiero Manes, gastroenterologo all'ospedale Luigi Sacco di Milano, nel traslare l'esperienza teutonica attraverso un *social network* aperto ai soli medici — previa verifica d'iscrizione all'Ordine — che possono così scambiarsi le esperienze su alcune patologie e sull'uso di un determinato farmaco.

Gli investitori

Logico che *Esanum* abbia incontrato sulla sua strada l'interesse di Lilly Italia, controllata dalla multinazionale americana Eli Lilly and Company, tra i principali brand di Big Pharma a livello mondiale. Lo testimonia il banner pubblicitario ospitato all'interno di Cool (<http://www.esanum.it/cool/>), il gruppo di *Esanum* riservato agli specialisti in oncologia toracica. Soldi utili per



 **Novità**

Date i voti al vostro medico: la rivoluzione parte dal basso

Una democratizzazione delle informazioni sanitarie, permettendo ai pazienti di dare i voti alle strutture ospedaliere. È l'obiettivo di *Pazienti.org*. Mentre *Esanum* vorrebbe trasformarsi nella Quora (una rete sociale online nata a Palo Alto in California) dei medici. Un *social network* tutto interno alla professione dove condividere diagnosi e esperienze.

Il primo sito, *Pazienti.org*, è totalmente finanziato dai soci fondatori e ora si avvale di un team di sviluppatori interni, creativi, venditori e collaboratori redazionali, *Esanum* invece «è un progetto partito dalla Germania e interamente finanziato da investitori privati tedeschi — spiega Lorenzo Manes, esperto in nuovi media e fra-

tello di Gianpiero, direttore scientifico di *Esanum* Italia —. Siamo totalmente indipendenti dalle multinazionali e dalle industrie».

Il modello di *business* di *Pazienti.org* è orientato alla sottoscrizione di abbonamenti con strutture ospedaliere, centri di diagnostica e laboratori di analisi, che vogliono un contatto più diretto con i pazienti, *Esanum* è molto attento a evitare le pressioni lobbistiche della case farmaceutiche. Per ora conta 4 mila medici registrati (la procedura è gratuita) che mettono in Rete il proprio *know-how* in tre aree specialistiche: gastroenterologia, cardiologia e neurologia.

F. SAV.

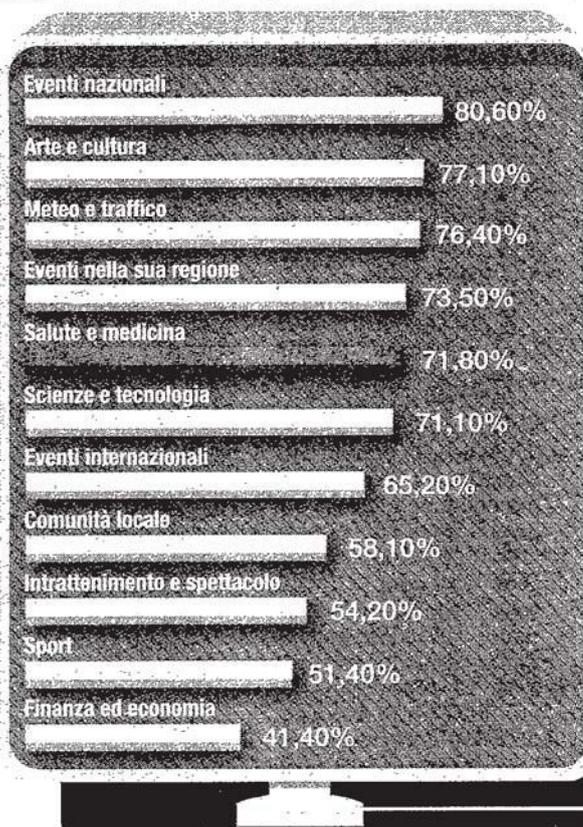
© RIPRODUZIONE RISERVATA

coprire anche «i costi di gestione del sito e di posizionamento sui motori di ricerca», specifica Lorenzo Manes, responsabile tecnico del portale.

Mentre *pazienti.org*, che a breve si aprirà «a investitori esterni» al gruppo di soci fondatori capeggiati dalla Passaler, ha un modello *for profit* basato sulla sottoscrizione di abbonamenti da parte di cliniche e studi, centri termali e case riposo, laboratori di analisi e centri diagnostici, «ognuna con un'offerta studiata *ad hoc* sia come tipologia di pagina sia come costi», precisa Passaler.

Ma anche la Rete nazionale dei tumori rari può essere considerata a pieno titolo un'esperienza di sanità 2.0, una sorta di collaborazione permanente tra le strutture oncologiche italiane, nata per volere dell'Istituto nazionale dei tumori e improntata alla «condivisione a distanza di casi clinici».

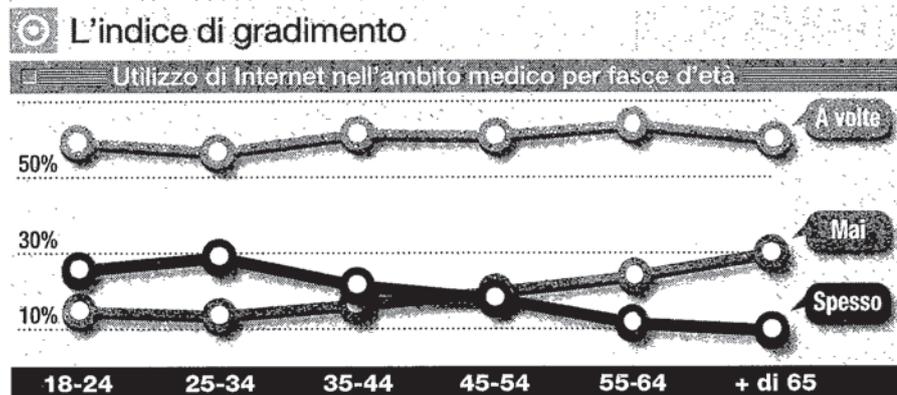
© RIPRODUZIONE RISERVATA

 **L'hit parade dei navigatori**


Nuove frontiere L'integrazione tra i centri sanitari e la Rete digitale consente assistenza anche a distanza e diagnosi precoci

Telecardiologia Per arrivare al cuore

Dall'ospedale virtuale, che permette le cure a domicilio, fino ai monitoraggi d'urgenza. Maggiore tempestività di intervento e minori costi per la collettività. Il caso della Puglia



DI PAOLA CARUSO

Bastano pochi secondi per salvare una vita. Con la telecardiologia — la trasmissione di dati biomedici a distanza — è possibile verificare velocemente un infarto in atto: l'elettrocardiogramma viene spedito *online* a uno specialista che in pochi secondi risponde dalla centrale operativa, attiva 24 ore su 24, e dà indicazioni su come agire. In circa un minuto il paziente sa se deve dirigersi in sala operatoria (senza passare dal Pronto soccorso) o se i dolori al petto sono un falso allarme.

Azione periferica

«Con la telecardiologia abbiamo abbattuto di circa il 50% la mortalità coronarica in Puglia — spiega Claudio Lopriore, direttore generale di *Cardio online Europe* —. Su 323 mila prestazioni in emergenza effettuate in sei anni abbiamo visto che nel 59% dei casi la diagnosi è stata rassicurante e ha evitato prestazioni sanitarie improprie, riducendo in questo modo la spesa sanitaria della Regione. Nel 41% dei casi abbiamo riscontrato la patologia,

con una percentuale del 14% di situazioni gravi che sono state risolte grazie all'intervento tempestivo».

Per le aziende sanitarie una struttura di telecardiologia in supporto può abbattere del 30% le spese sanitarie (o forse più, secondo studi pilota). «Se si salva buona parte del muscolo cardiaco con l'intervento tempestivo il paziente non avrà scompensi futuri — dice Giuseppe Molinari, direttore scientifico di Telemedico — e di conseguenza non avrà bisogno di cure successive negli anni seguenti all'infarto».

Virtuale ma efficace

Un'altra soluzione conveniente per l'Asl e perfetta per chi sta male è l'ospedale virtuale. Cosa significa? «Un paziente viene ricoverato in casa propria dove è monitorato 24 ore su 24 da un'unità remota — sottolinea Molinari —. Con un vantaggio: l'ambiente familiare lo aiuta a reagire meglio. A Milano il servizio è svolto dalla fondazione Maugeri ed è rimborsato dalla Regione».

La tecnologia di trasmissione dei dati cardiaci a distanza è ormai con-

solidata, ma la sua diffusione in Italia è ancora a macchia di leopardo. Esistono alcuni esempi di telecardiologia al San Raffaele di Milano, al Rizzoli di Bologna, al Centro cardiologico Monzino di Milano. Teleradiologia (in Usa molto sviluppata) e Telediabetologia, più giovani, rappresentano nicchie di mercato che stanno muovendo adesso i primi passi. Telemedico fornisce il servizio di telecardiologia all'Asl di Novara e ha appena vinto la gara d'appalto all'Asl di Asti. Finora ha refertato oltre 250 mila «cuori» di cui 10 mila con infarto (solo due i decessi). Tra i suoi obiettivi c'è quello di allargare il raggio di azione ai medici di base.

Una base importante

Perché sono importanti i medici di famiglia? «Il 62% degli italiani non si rivolge al 118 in caso di malessere, ma al proprio medico — commenta Molinari —. Alla base di questo comportamento c'è una questione di fiducia perché in realtà il paziente vorrebbe sentirsi dire che non ha nulla. Se il medico di medicina generale non ha gli strumenti per individuare un infar-

to, di fatto non ha i mezzi per dare una diagnosi corretta. Il costo del nostro lavoro *online*? Accessibile. Lo strumento, un elettrocardiografo transtelefonico per spedire i dati con il telefonino, lo forniamo in comodato d'uso. E l'utente non paga nulla, al massimo il ticket».

Più che farmacie

Anche le farmacie sono interessate alla nuova tecnologia per il cuore, da quando un decreto legge le autorizza a fare gli Ecg direttamente sul punto vendita. «Duecento farmacie pugliesi sono già collegate alla nostra centrale — afferma Lopriore — e probabilmente nei prossimi anni questo tipo di servizio prenderà piede. Un altro tipo di prestazione in crescita riguarda il monitoraggio dei parametri vitali attraverso la Rete con *holter* cardiaci e pressori». In futuro ognuno di noi potrebbe misurarsi i parametri cardiaci da solo utilizzando il cellulare. «Esistono dei device del genere — dichiara Molinari —, si tratta di telefonini collegati a tre elettrodi, ma sono ancora in fase embrionale. Non saranno sul mercato prima di cinque o sei anni». Se tutto va bene.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

