

Esiste una scuola chirurgica italiana che è patrimonio di tutti. Esiste anche una gloriosa tradizione ospedaliera: ambizione dell'ACOI è di esserne la voce.

# ACOI

# news

Aprile - Giugno 2004

Notizie dell'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani



On. Tiziano Treu  
Uniti nell'Ulivo

## DOVE CI PORTA LA DEVOLUTION

Della "devolution" in sanità abbiamo parlato con due Onorevoli, esponenti di coalizioni contrapposte. Vediamo come hanno reagito alle stesse domande.



On. Dario Galli  
Vice-Capogruppo della Lega alla Camera

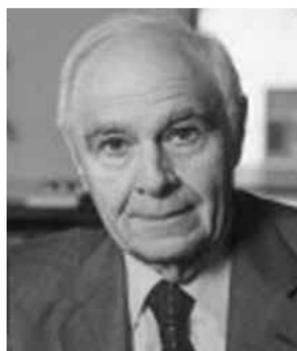
Onorevole, cosa pensa della devolution?

TREU

Nella mia coalizione abbiamo sempre ritenuto che le indicazioni del Titolo V della nuova normativa costituzionale fossero la strada giusta da percorrere, già in quel modo si poteva giungere a una buona gestione della sanità. La devolution è una forzatura inopportuna per questo rischia di peggiorare la qualità dei servizi offerti dalle regioni ora meno apprezzate. Si rischia una rottura con gli standard di qualità. Questa forzatura non è accompagnata dalle risorse necessarie. Anche regioni del centro-destra sono in polemica col governo che ha sottostimato le risorse facendo tagli sconsiderati nella maggior parte delle regioni. Una posizione criticata anche all'interno della maggioranza e soprattutto ultimamente persino dalla Chiesa.

GALLI

Il nostro partito è il principale fautore della devolution e per questo non posso che essere estremamente favorevole. In attesa di una riforma globale dello Stato con un maggiore decentramento, partiamo dai sistemi locali. È il primo passo verso la riforma federale. Il federalismo è la cultura della sussidiarietà e della responsabilità, che permette di essere più vicini al cittadino e di far controllare meglio come vengono amministrati i soldi versati con le tasse. La maggior parte degli investimenti in sanità può essere fatto a livello locale, poi ce ne sono altri che non neghiamo debbano essere fatti a livello nazionale o europeo. È un principio sul modello svizzero o tedesco.



Prof. Girolamo Sirchia  
Ministro della Salute

Con la devolution non si rischia di far salire i costi?

TREU

Sicuramente si accentuano le disuguaglianze e la precarietà delle regioni più deboli. Sono a favore del decentramento ma non della frammentazione del sistema.

GALLI

Io ho fatto per dieci anni il sindaco e so che se ricevo dai cittadini un milione l'anno per fare le strade, se quel milione lo faccio passare per il Ministero alla fine mi arriverà dimezzato per i costi della burocrazia.

Non c'è il pericolo che si vengano a formare tante sanità quante sono le regioni?

TREU

Sostenere questo è un po' estremo ma di sicuro aumenterebbero le differenze fra regione e regione con una diffusione della qualità a macchia di leopardo.

GALLI

Oggi è già così. In Lombardia ad esempio il 30% del servizio sanitario è volto ad accontentare non lombardi. La Campania fa molto meno e spende di più. Bisogna prenderne atto. Perché si spostano? Perché le amministrazioni ce li mandano al nord?

Il Meridione non corre il rischio di essere svantaggiato dalla devolution?

TREU

Il Sud-Italia è già in difficoltà. Sappiamo quanto sia difficile mettere insieme economia e risorse disponibili, qualcosa lo si poteva ottenere con la strada regionale che noi avevamo indicato. Aumenterebbero i disagi, i viaggi al nord aumenterebbero. Il risultato sarebbero proprio disagi e ingiustizie.

GALLI

Il sud è evidentemente più arretrato rispetto al nord. Lo stato unitario non migliora le cose. I cittadini meridionali non capiscono da cosa dipende questa arretratezza perché non si sa se la responsabilità è dell'amministrazione locale o del Ministero. In questo modo magari fra trent'anni saranno i milanesi ad andare a Napoli a farsi operare d'appendicite.

## SE CAMBIANO I TEMPI DEVE CAMBIARE L'ACOI?

Vincenzo Stancanelli



Credo che questa sia una delle più attuali ma anche più controverse domande che si pone chi oggi ha la responsabilità di dirigere un'Associazione Scientifica, specie quando questa è un'Associazione di professionisti.

Tutte le Associazioni di questo tipo sono state fondate con l'obiettivo di favorire la crescita culturale dei propri iscritti, promuovendo incontri scientifici e studi clinici ai quali i Soci erano incoraggiati a partecipare. Lo scopo principale era dunque quello di favorire il miglioramento del livello di preparazione dei Soci, stimolandoli ad impiegare nuove metodologie, quando queste avevano superato gli studi di fattibilità ed efficacia.

Da qualche anno, pur rimanendo questo l'obiettivo prioritario, altre esigenze vengono espresse con frequenza sempre maggiore: la partecipazione ai tavoli delle trat-

tative sindacali, la tutela della carriera, l'intervento nel sempre più pesante contenzioso medico-legale, la comunicazione nei confronti della popolazione per informarla sulle problematiche organizzative e sul reale trattamento economico dei Medici, la volontà-diritto ad una partecipazione alla programmazione sanitaria specie in sede regionale e locale.

Il susseguirsi di riforme sanitarie, quasi sempre promosse ed attuate su basi ideologiche o elettorali, ha accentuato il disagio, lo sgomento e l'insicurezza dei Medici sempre più sfiduciati nei confronti delle istituzioni politiche nazionali e locali, così come delle direzioni aziendali, da cui i Sanitari ormai prendono le distanze, non ritenendole più in grado di comprendere e tentare di risolvere le loro problematiche.

Le Associazioni scientifico-professionali devono dunque assumere un ruolo nuovo per confrontarsi anche con queste richieste che non possono né devono essere ignorate e in questo senso è probabilmente indispensabile una profonda trasformazione che si muova su precisi binari:

- riorganizzazione interna per assicurare un forte collegamento tra la base e i vertici,
- impiego diffuso e capillare di quegli strumenti comunicativi utili a far conoscere al pubblico questo stato di cose, questa sofferenza profonda e crescente,
- ricerca di un momento di incontro tra le società mediche per far pesare in sede politica il numero degli iscritti.

## CANDIDATI PER I VERTICI SIC

In ottobre, in occasione del Congresso Nazionale, sarà rinnovato il vertice della Società Italiana di Chirurgia. In coincidenza con l'assunzione della Presidenza effettiva da parte di Claudio Cordiano, si voterà per il Presidente Eletto, che entrerà in carica nel 2006, e per il Consiglio Direttivo, che invece sarà subito operativo.

Il mondo chirurgico ospedaliero, nel rispetto delle regole, ha espresso le sue candidature a questi importanti incarichi. Candidato Presidente Eletto sarà Roberto Tersigni, Primario Chirurgo a Roma, attualmente Vice-Presidente ACOI. I candidati al Consiglio Direttivo saranno Nicola Catalano, Primario Chirurgo a Bari, già Presidente Nazionale ACOI, Guido De Sena, Primario Chirurgo a Napoli, Vincenzo Pezzangora, Primario Chirurgo a Mestre, Giampaolo Spina, Primario Chirurgo a Milano.

Il Consiglio Direttivo ACOI non può che compiacersi dell'alta qualità professionale dei candidati, che peraltro garantiscono un'equa rappresentatività geografica, ed invita pertanto tutti i Soci a sostenere il loro impegno in favore degli interessi di tutta la Chirurgia Italiana.

CONSULTATE SEMPRE IL SITO  
[www.acoi.it](http://www.acoi.it)

## È l'etica il primo dovere di chi informa

Nicola Catalano



"Il medico: nulla di grave. Ma il paziente muore" "Reni e occhi sani operati" "Va a fuoco la cannula in gola. Il paziente muore bruciato" "A 8 anni muore mentre sta per operarsi alle tonsille" Tumore scoperto dopo 4 anni" "Le ASL ne hanno ammazzati 247.000" "Quei martiri senza nome

della mutua" "Evitabile il 15% dei decessi se il SSN funzionasse meglio" "Evitabile una morte su 7 ogni anno" "55.000 morti per errori medici: il medico come 3° causa di morte"

Questi sono solo alcuni titoli di prestigiose testate giornalistiche nazionali, ma potremmo elencarne molti ancora!

Ma non è da meno il piccolo schermo. Ci propina: pubblicità travestite da informazione, squallide bugie raccontate per stupire, esibizionismo di disperati desiderosi di un attimo di celebrità, la magica chirurgia che gonfia le mammelle ed asporta 5 litri di grasso dai glutei, i danni di un intervento chirurgico sbagliato eseguito da un chirurgo "cattivo" e riparati da un chirurgo bravo "unico" in grado di farlo, il chirurgo che opera con cicatrici piccole, piccolissime, senza cicatrici.

Il giornalista ha svolto il suo lavoro. Ha fornito una informazione "atto con cui si danno notizie". Ma lo ha fatto in maniera eticamente corretta?

L'Etica presuppone l'utile superindividuale su l'utile individuale, l'utilità sull'utilitarismo.

Ho invece la sensazione che oggi *correttezza* ed *etica* siano state messe da parte in nome di una delle regole d'oro dei mass-media: incrementare la tiratura di stampa e l'indice di ascolto. La sanità fa polemica, l'informazione sanitaria vende e le notizie di materia medica hanno impatto fortemente emozionale sul pubblico. L'attenzione della gente (fare audience) si attira solo dando una notizia clamorosa "a tutti i costi", una notizia che abbia come protagonisti possibilmente in negativo medici ed infermieri. I mass media sono sempre pronti ad enfatizzare la notizia dell'avvio di una indagine giudiziaria a carico di un medico esternando indignazione per quanto accaduto e biasimo per i sanitari. È un atteggiamento che forse non aiuta la medicina ma sicuramente produce gravi conseguenze: la semplice divulgazione della notizia di un avviso di garanzia recapitato ad un medico ne lede gravemente l'immagine, la reputazione professionale, la carriera. Il danno arrecato alla professionalità di quel medico non potrà mai essere riparato, neppure nel caso di un suo completo proscioglimento (due volte su tre). Le testimonianze positive non sono quasi mai presenti in editoriali giornalistici e radiotelevisivi in quanto non facendo notizia, non fanno audience.

Accanto agli articoli che riferiscono di casi di "malasanità" o presunta tale, ne compaiono altri sulla "medicina salvifica" che guarisce ad opera di "scienziati" o presunti tali, tutti i mali, anche quelli incurabili ed è sul punto di sconfiggere la morte. L'arte chirurgica viene trasformata in chirurgia spettacolo dove non si parla di indicazione corretta, di rischi, di particolari e specifici problemi post-operatori, di risultati, di cicatrici. Creando illusioni cui spesso seguono disillusioni a volte dai risvolti drammatici.

Giornali e televisioni sono sempre pronti a cavalcare le onde emotive presenti nelle grandi masse, facilitati in ciò dalla crisi sempre più profonda del rapporto medico-paziente, dalla propensione crescente per le medicine alternative, dall'aumentata sfiducia in una medicina che fornisce risposte standardizzate ai bisogni individuali di salute, dalla eterna ed umanissima aspettativa del magico o del miracoloso.

Il caso "Di Bella" è la più valida conferma: la sperimentazione clinica di una terapia è stata avviata sotto la spinta di una opinione pubblica incendiata dai mass-media e cavalcata dai soliti surfisti della politica.

Una informazione più seria sarebbe stata sicuramente più corretta e più etica ma meno spettacolare e con minore potenziale pubblicitario.

È però altrettanto evidente che se l'aggressione da parte dei media trova riscontro sull'uomo della strada, questo è dovuto anche e principalmente alla perdita di credibilità di chi doverosamente deve, ma non lo fa, porre attenzione ai bisogni ed alle richieste di chi chiede salute e benessere.

Il medico non ha ancora percepito appieno il cambiamento del rapporto medico-paziente ed ancor meno del

# COMUNICAZIONE PROPAGANDA

passaggio dall'era del "FARE" a quella del "COMUNICARE".

La comunicazione, dal latino *comunicare* che significa condivisione, non può essere intesa solo nel senso di trasmissione di messaggi, ma va considerata al contrario come un atto sociale e reciproco di partecipazione.

Il rapporto medico-paziente si è trasformato nel tempo passando dal *modello paternalistico* nel quale il medico decide ed il paziente con passiva acquiescenza esegue, al *modello condiviso* nel quale si fa strada il concetto di *partnership* che implica uguaglianza nel potere e nella responsabilità attraverso un processo di interattività in cui medico e paziente esprimono in maniera parallela le loro predilezioni ed il loro parere ed infine al *modello informato*, nel quale il medico espone le opzioni ed il paziente sceglie da solo.

Come è ovvio, nella realtà i modelli sfumano uno nell'altro creando un modello reale di rapporto con il paziente, intermedio ed ibrido, nel quale la flessibilità dei protagonisti è essenziale per ottenere risultati pratici accettabili. Flessibilità che viene condizionata da vari fattori: informazioni fornite da altre fonti non mediche, case farmaceutiche che si rivolgono direttamente al paziente attraverso i media aumentando il consumismo medico e creando aspettative irrealistiche, l'enfasi sul tumultuoso progresso tecnologico fa credere che la chirurgia possa fare miracoli provocando aspettative enormi.

Al curante compete la responsabilità di fornire attraverso una idonea comunicazione, la corretta informazione.

*Comunicazione ed informazione* peraltro sono condizionate dal concetto che ciascuna relazione medico-paziente è unica ed irripetibile come unica ed irripetibile è la tipologia del paziente e del professionista.

Interessante e meritevole di profonda riflessione è la classificazione di Kahana-Bibring sulla tipologia dei pazienti e dei professionisti: *dipendente, ordinato, teatrale, sacrificato, sospettoso, orgoglioso* il primo, *superidentificato, organicista imparziale, premuroso ambivalente* il secondo.

Al fine quindi di raggiungere l'obiettivo di porre al centro dell'attenzione il cittadino con i suoi desideri in tema di salute e benessere è mandatario riconoscere l'enorme importanza rivestita dalla informazione e comunicazione che devono però rispondere a precise e rigorose norme etiche e di giusto comportamento.

L'informazione che non persegue il progresso della conoscenza, della salute e del benessere ma si piega al sopravvento del potere economico, della convenienza, del guadagno e del business, diventa un grave pericolo per la società civile.

In particolare l'informazione scientifica ha il dovere di agire per i medici come mezzo di comunicazione propeudeutico a quello che poi sarà il rapporto medico/paziente. Una cattiva informazione o meglio la disinformazione mina alla base il rapporto medico/paziente, risentendo dell'enorme potere mediatico della stampa.

Al giornalista che informa su medicina e sanità, che ha quasi sempre una limitata formazione medica e scientifica e che passa indifferentemente da una notizia sportiva o di cronaca, va richiesto uno spiccato senso di osservanza della deontologia professionale. La sua ragione comunicativa non può essere unicamente la ricerca dello scoop, la spettacolarizzazione della malattia, la ricerca della drammaticità pretestuosa, la enfaticizzazione della cosiddetta malasanità. Non deve far sì che la forma preceda o peggio ancora muti la sostanza.

Il giornalista ha una grande responsabilità nella diffusione delle notizie: parlando solo di successi e di medicina miracolistica senza alcuna discriminazione, crea l'illusione che la scienza medica sia di facile esecuzione, con assoluta sicurezza ed assenza di rischi. Determinando in tal modo due pericolose conseguenze: il paziente rifiuta il rischio ed inventa il diritto di guarire al posto del diritto ad essere curato e considera la eventuale sfavorevole evoluzione dell'atto chirurgico come conseguenza di una condotta non corretta del sanitario; il medico cerca di ridurre i danni attuando una diagnostica difensiva (esami inutili) ed una terapia difensiva (scelte terapeutiche meno audaci ma sicuramente meno efficaci). Per non parlare poi del giornalista che tende a mitizzare non l'atto medico o la professionalità, ma la vedette o il protagonista.

Non è superfluo ricordare ai giornalisti la "Carta di Perugia del 1995": attingere le informazioni

LA FRATTURA METALLICA RIFRANGENTE  
VITE METALLICHE  
SCAFEOIDE

NUOVA ARMA CONTRO IL TUMORE

L'ORMONE CHE SVEGLIA IL PANCREAS

NUOVE SPERANZE DI FRENARE L'ALZHEIMER

NEL CERVELLO UNA MINIERA DI STAMINALI

mazioni dirette dai medici che devono però impegnarsi a dare notizie ufficiali dirette e circostanziate sulla salute dei propri pazienti, pur nel rispetto della privacy. Pericolose e fonte di equivoci le risposte non date: c'è il rischio, più volte documentato, che a parlare siano come sempre gli orecchianti, gli amici degli amici, quella società collaterale che distorce ed amplifica, quella che produce i mostri in prima pagina e l'indignazione ipocrita dei benpensanti.

Il "Sole 24 Ore" stilò nel 1998 un documento di impegno per la stampa e diffusione di notizie scientifiche: indicare fonti ed elementi fattuali - acquisire strumenti di verifica e di approfondimento - usare il senso critico e la curiosità - evitare lo scoop nella notizia scientifica.

L'ACOI si è posto il problema di come una Società Scientifica, ed in particolare una società scientifica con oltre 5000 iscritti, possa e debba intervenire sulle modalità di fornire informazioni medico-scientifiche. Il chirurgo deve ritornare protagonista nel rapporto medico-paziente e medico-cittadino attraverso una corretta informazione e comunicazione al malato ed al sano.

I co-protagonisti del pianeta sanità, medico - paziente - giornalista, hanno compiti, ruoli e funzioni ben distinti ed ugualmente essenziali ma sempre nel segno della professione e professionalità.

Il medico recuperi credibilità ed efficienza, rispetto e fiducia agli occhi dei malati ampiamente e giustificatamente perdute da scandali recenti e meno recenti. Proponga terapie di efficacia provata, dia priorità all'interesse del malato non alimentando illusioni ma non spegnendo la speranza, agisca sempre secondo scienza e coscienza.

Il paziente ha diritto alla libera scelta delle decisioni terapeutiche che è bene però rimangano vincolate, anche nel suo interesse, a precise norme scientifiche, etiche e deontologiche.

Il giornalista spieghi con distacco il fatto scientifico ben sapendo che la scienza non ha segreti e si alimenta con dati rigorosi che vengono comunicati senza riserve per essere verificati da altri scienziati. Tutto ciò che è segreto, non verificabile dalle comunità scientifiche, che ha bisogno del consenso di piazza, che si autoreferenzia, è quasi sempre falso ed illusorio.

# AZIONE E SI, ANDA, NO



PROF. ENRICO DE ANTONI  
PROFESSORE ORDINARIO DI  
CHIRURGIA A LA SAPIENZA - ROMA

un evento specifico, a un caso raro o particolarmente difficile da risolvere. Quello che nel gergo del settore si dice "fa notizia". Spesso sono gli stessi scienziati e medici a contattare i giornalisti per comunicare loro la notizia del risultato raggiunto. Ora però ci interroghiamo su quale sia il confine tra comunicazione e propaganda. E soprattutto, quali dovrebbero essere le regole etiche alla guida di questo processo? La questione si rivela complessa soprattutto se si tengono presenti gli interlocutori, la gente che fruisce delle informazioni date, e gli effetti che questo tipo di comunicazione provoca. L'esaltazione che emana dai titoli dei giornali provoca nei lettori una visione distorta della scienza, l'aspettativa di una quasi totale infallibilità dei medici. Enfatizzare risultati, anche se raggiunti con grande fatica, potrebbe portare, alla lunga, a una serie di svantaggi per gli stessi medici e scienziati, accusati e spesso condannati al risarcimento dei danni da parte di pazienti insoddisfatti rispetto alle aspettative create precedentemente dai media. Per questo abbiamo indagato su cosa ne pensano alcuni "addetti ai lavori".

DOTT. FANCESCO FIDANZA  
COORDINATORE ACOI VENETO

"È assurda la pubblicazione autonoma del lavoro proprio e dei risultati dei singoli medici, lo si fa solo per promuovere la personale clientela. Il messaggio inviato ai media dovrebbe essere filtrato dall'autorità scientifica, da associazioni che si interrogano su come dare una corretta informazione sui veri benefici e risultati che riguardano determinate tecniche."

DOTT. MARCO BARRECA  
CHIRURGIA GENERALE IV  
ALL'OSPEDALE S. CHIARA - PISA

"La via ufficiale è quella della stampa scientifica che dovrebbe essere sempre la prima a diffondere determinate notizie ed essere la più qualificata. Per le comunicazioni ufficiali si dovrebbe garantire il controllo di chi produce notizie e di chi invece le riceve, con un'informazione corretta e specialistica. Anche se chi parla alla comunità non dovrebbe basarsi sui singoli interventi ma sui risultati collettivi, per non creare false aspettative sulle soluzioni dei casi. Non è facile perché ogni paziente ha una storia a sé. Più che altro si dovrebbe parlare di strategie e magari informare la gente sui percorsi possibili a seconda delle terapie a intraprendere: dove farli, chi contattare..

Molti problemi di tipo medico-legale nascono proprio da questa cattiva comunicazione. Parte della colpa, ammettiamolo, è anche di noi medici che dando risultati di casi isolati e non confermati da ampie casistiche che li convalidano, creiamo nei cittadini aspettative che poi non possono realizzarsi.

Il paziente pensa che il giornale sia il Vangelo, ma a questo concorriamo anche noi medici. ad esempio si legge che sono riusciti a far sì che una ferita al collo scomparisse senza lasciare traccia e poi tutti pretendono che sia così sempre e se non avviene fanno causa ai medici, chiedendo il risarcimento dei danni.

Ci dovrebbe essere un'Autorità esterna che controlli la correttezza della comunicazione scientifica, per istituirla basterebbe anche soltanto una circolare ministeriale.

DOTT. CLOTILDE CROVELLA  
SPECIALIZZANDA IN CHIRURGIA  
GENERALE UNIV. FEDERICO II  
NAPOLI

Tutto questo è negativo anche per noi giovani perché la gente che sente parlare di questi medici con una lunga esperienza ritenuti "mostri sacri" poi non vuol farsi operare dai giovani. La comunicazione con la gente è difficile, ognuno porta acqua al suo mulino, specialmente i centri super-specializzati

Più che altro sarebbe importante portare avanti gli studi scientifici che invece tante volte non sono pubblicizzati. Sarebbe bello poter risolvere certe questioni con una giusta comunicazione ma in realtà è un problema politico.

PROF. GIAMPAOLO PIAT  
PROFESSORE ORDINARIO DI  
CHIRURGIA A LA SAPIENZA - ROMA

Le notizie che riguardano medicina e chirurgia dovrebbero restare in ambito medico e poter essere diffuse al pubblico soltanto dopo che se ne sia accertata la validità e la metodica.

C'è invece gente che ama sbandierare i propri risultati. Soprattutto quando parliamo di malattie di interesse generale e diffuso, tutto dovrebbe prima passare attraverso il aglio degli enti medici e poi arrivare nelle redazioni. Non è un fatto di censura. La verità è che oggi l'ambiente medico è immerso in una libertà malata e falsa.

GAMBA AMPUTATA SERVE  
PER RICOSTRUIRE L'ALTRA

VIA AL TRAPIANTO DI STAMINALI

RESTRIZIONE DELLE COLORIE;  
ELISIR DI LUNGA VITA

DAL DNA DEI CANI SI  
POSSONO SCOPRIRE LE  
MALATTIE DELL'UOMO



La sottile linea  
tra  
comunicazione  
e propaganda

Vittoria Iacovella

Quando giornali, radio, tv parlano di risultati in ambito medico o scientifico lo fanno quasi sempre riferendosi a

## ACOI PROTAGONISTA NELLA FORMAZIONE

Per il programma di formazione ECM si è aperta nel 2004 una fase nuova, quella dell'accreditamento dei Providers, che rappresenta una fase importante nella messa a regime del progetto. La fase sperimentale dell'accreditamento dei Providers è già iniziata con la presentazione delle domande e dei programmi di formazione e la successiva selezione operata dagli Organi preposti.

L'ACOI, che ha nell'aggiornamento del Chirurgo uno degli obiettivi istituzionali, non poteva mancare a questo appuntamento e si è cimentata nella selezione sul tipo di formazione più nuovo e complesso ma a cui sarà affidato fino all'80% dell'attività formativa del futuro: la Formazione a Distanza (FAD). Il primo passo è stato quello della costituzione di una Società, l'ACOI-LEARNING, che vede al fianco della nostra Associazione un partner tecnologico come Telespazio e un partner organizzativo specializzato in attività formative, la SIES di Roma.

Il piano operativo è stato presentato, allegando alla domanda tre progetti di FAD, elaborati da Gianluigi Melotti, Gennaro Rispoli e Carlo Augusto Sartori, con il Coordinamento del Consigliere Luigi Presenti. Lo sforzo compiuto dai Collegi citati, dal Presidente Stancanelli, dal Segretario

Carni, dal Tesoriere Salvini, dalla Segretaria Alessandra Carlini è stato enorme, visti i tempi ristretti a disposizione per la

presentazione della documentazione. L'ACOI-LEARNING è stata selezionata tra i Providers sperimentali di FAD, senza riserve, quindi a pieno titolo e inizierà a breve i programmi sperimentali di formazione a distanza. È una grande sfida che l'ACOI raccoglie e si prepara ad affrontare con la consapevolezza del grande patrimonio culturale che oggi rappresenta.

Nel nostro sito [www.acoi.it](http://www.acoi.it) forniremo informazioni costanti sugli sviluppi del programma.



# QUELLO CHE IL MITRA DIVIDE IL BISTURI UNISCE

Rodolfo Vincenti

Il processo, ormai inarrestabile, di globalizzazione, la rapida diffusione delle informazioni, la facilità dei contatti, la parallela e spesso convergente storia culturale e politica e, non ultimo, il ruolo di primo piano della chirurgia italiana nel panorama europeo e mondiale sono stati tra i fattori determinanti per la costruzione e la crescita degli interscambi scientifici chirurgici italo - mediterranei.

L'ACOI, sulla base delle prime e fatiche esperienze intraprese con successo verso la fine degli anni 90 con l'organizzazione di Eventi scientifici (congressi, workshop, live-surgery ecc.) nell'area medio-orientale (Libano Siria, Giordania) in cooperazione con le Società Scientifiche Chirurgiche e con le Istituzioni politiche dei Paesi ospitanti, ha ritenuto doveroso, opportuno e qualificante mantenere aperto un canale preferenziale con le Istituzioni Chirurgiche dei Paesi dell'Area Mediorientale e Mediterranea, con particolare attenzione ed interesse riservati alla "riva sud". I numerosi incontri, eventi, stage, dimostrazioni pratiche, videoforum svoltisi nelle varie località periferiche od in Italia hanno avuto come finalità la creazione di momenti di interscambio tra ricercatori, docenti, discenti ed esponenti di cultura chirurgica ed ideatori di progetti, provenienti da tutte le diverse realtà dell'Area ed ancor di più hanno contribuito a formare una rete di relazioni tra attori di diverse realtà uniti dal comune interesse alla crescita ed allo sviluppo della chirurgia e, quindi, della salute.

Certamente oggi, nel contesto storico attuale nel quale sembrano confrontarsi popoli, apparentemente distanti, ma storicamente vicini e da sempre strettamente collegati da condivisi stimoli di crescita economica, culturale, scientifica, parlare di dialogo interculturale paritario, di rispetto, tolleranza e partenariato con Paesi con i quali condividiamo



quasi tutto, ma dai quali, per alcuni aspetti ci sentiamo distanti, potrebbe sembrare a qualcuno strumentale e troppo "fuori dalla corrente". Ed invece no!

L'ACOI è convinta che la Chirurgia possa diventare un centro di interesse comune attorno al quale possa essere potenziato il progresso della reciproca comprensione con lo sviluppo ed il rafforzamento di un'attiva Società civile attraverso qualsiasi forma di dialogo (scientifico e chirurgico il nostro!) tra le società e le culture. Negli ultimi anni la chirurgia italiana, e segnatamente quella altamente tecnologica e mininvasiva, ha percorso un cammino, dapprima pionieristico e di successivo radicato consolidamento che ha portato a risultati eclatanti e riconosciuti da tutto il mondo chirurgico, specie nell'area mediterranea. Siamo diventati un punto di riferimento, un modello da copiare, soggetto di consultazione; molto probabilmente abbiamo sostituito l'immagine anglosassone della chirurgia che, certamente, nell'Area ha mantenuto per decenni una indiscussa leadership.

Abbiamo l'opportunità e, quindi, il dovere istituzionale di mantenere aperte tutte le porte. Questa favorevole concomitanza credo possa rappresentare un formidabile volano

per esaminare la possibilità di potenziare percorsi comuni ed Istituzionali tra le Società Chirurgiche dell'Area e l'ACOI al fine di potenziare quel dialogo tra culture ( nel nostro caso anche con enormi risvolti pratici ) sempre più indispensabile nelle finalità di scienza, ma anche di pace, totalmente nel rispetto delle proprie identità culturali.

Parallelamente alla nostra Associazione altri colleghi (ma sempre soci e membri rappresentativi dell'organigramma ACOI) hanno cucito, attraverso un costante e diffuso collegamento con chirurghi dell'Area, un tessuto tenace e ben intrecciato di relazioni scientifiche, esperienza di chirurgia diretta, disponibilità all'interscambio, insomma di

tutto quanto possa essere utile alla crescita ed alla qualità chirurgica. E' stata una vocazione con relativo percorso di sacrificio e di dedizione, oltre, naturalmente, di relativa gratificazione per il successo dell'idea, che ha portato alla fondazione nel 2001 a Beirut della Mediterranean and Middle eastern Endoscopic Society Association (MMESA) con la partecipazione di chirurghi, espressione scientifica di oltre 20 Paesi dell'Area. Da tale data, nei vari congressi annuali (Beirut, Atene, Istanbul), nei meetings locali, nel "1st International Congress SICE-MMESA" di Sorrento 2003 e nel recente "MMESA Spring Meeting" di Palermo 2004, si sono poste le basi e cementati i rapporti per una sempre più fattiva collaborazione. Non è un caso che l'ACOI sia così ben rappresentata all'interno del board societario della MMESA: Presidente Gianluigi Melotti, Consiglieri Vincenzo Mandalà, Giusto Pignata. Non è un caso che il "4th MMESA Congress" si terrà in Italia, nella mediterranea (come le precedenti sedi) splendida Venezia, (così ricca di grandi tradizioni di interscambio con l'Oriente) Presidente Giannantonio Farello.

L'ACOI dal Nord al Sud di Italia, nel centro del Mediterraneo, espressione massima di cultura, non solo chirurgica.

*Da questo numero inizia la collaborazione fra l'ACOI e il commercialista Franco Viccaro, al quale i nostri soci possono richiedere pareri e suggerimenti.*

## L'ANGOLO DEL FISCALISTA

Addio all'IRAP? In attesa della scossa fiscale per il rilancio dell'economia conviene predisporre l'istanza di rimborso.

L'IRAP (imposta regionale sulle attività produttive) nata nel 1998 mandava in soffitta tutta una serie di balzelli di non semplice gestione (contributi sanitari, tassa sulla salute, ILOR, ICIAP, tassa sulla partita IVA, imposta patrimoniale). Questa nuova imposta andava a colpire il valore aggiunto della produzione, quindi imprese, lavoratori autonomi e professionisti ed era destinata in particolare a finanziare la spesa sanitaria delle regioni, con un gettito che ha raggiunto 31,8 miliardi di euro nel 2002. Sin dall'inizio l'applicazione di questa imposta ai professionisti ha generato notevoli dubbi di legittimità costituzionale.

La Corte costituzionale con sentenza 156/2001 ha precisato che non si rende assoggettabile all'IRAP l'attività professionale svolta in assenza di elementi di organizzazione come significativi apporti di capitale, l'utilizzo di collaboratori o di attrezzature di elevato valore. A seguito della citata sentenza numerose Commissioni Tributarie hanno accolto i ricorsi presentati da professionisti che svolgendo la propria attività senza una significativa organizzazione hanno richiesto il rimborso dei versamenti IRAP effettuati.

L'Amministrazione Finanziaria ha mantenuto una posizione rigida sulla questione, si ritiene quindi in via prudenziale presentare la dichiarazione IRAP ed effettuare il corrispon-

dente versamento, salvo presentare istanza di rimborso.

Qualora l'ipotesi di abolire l'IRAP alla fine del 2005 dovesse effettivamente realizzarsi, come annunciato da ambienti governativi, si metterebbe fine a una delle imposte più controverse degli ultimi tempi.

RISPONDE L'ESPERTO

È variato il codice di attività dei chirurghi, valido per gli Studi di settore a partire da gennaio 2004?

L'Istituto di Statistica ha predisposto la nuova classificazione delle attività economiche utilizzate dall'Agenzia delle Entrate al fine dell'applicazione degli Studi di settore, il codice relativo alle prestazioni sanitarie svolte da chirurghi 8512A non è variato, mentre il modello relativo agli Studi di settore rimane il SK10U.

Qual è la scadenza per la presentazione del modello 730 per i redditi 2003?

Trascorso ormai il termine (30 aprile) per la consegna del modello 730 all'azienda o all'ente previdenziale, rimane ancora qualche giorno per la presentazione al CAF Centro Assistenza Fiscale, la scadenza è fissata infatti, per il 15 giugno.

Come sono variate le prestazioni occasionali?

Il comma 2 dell'art. 61 del Dlgs 10 settembre 2003, n. 276 ha disciplinato il lavoro occasionale quel rapporto di lavoro la cui durata complessiva non è superiore a 30 giorni nel corso dell'anno solare con lo stesso committente e un compenso non superiore a cinquemila euro.

a cura di Franco Viccaro  
Dottore Commercialista - Revisore contabile

## ACOI IN FESMED: UNA PRESENZA CRESCENTE

Dopo circa un anno si sono concluse le trattative per un nuovo assetto all'interno della FESMED, la compagine sindacale cui l'ACOI aderisce; sono stati pertanto ridisegnati sia il Consiglio Direttivo Nazionale sia l'organigramma dei Coordinatori Regionali.

Nell'ambito del Consiglio Direttivo l'ACOI avrà il Vice-Presidente Vicario ed un Consigliere; nel precedente Direttivo era di estrazione ACOI solo un Vice-Presidente senza la qualifica di Vicario.

Per quanto riguarda i Coordinatori Regionali, l'ACOI ne avrà quattro, in regioni di grande rilievo; inoltre avrà la possibilità di nominare un alto numero di Vice-Coordinatori per assicurare una forte rappresentanza in tutto il territorio nazionale; ricordiamo che nel precedente organigramma l'ACOI non aveva alcun Coordinatore.

All'interno della FESMED l'ACOI rappresenta la seconda

forza con circa 1600 iscritti, preceduta dall'AOGOI, l'Associazione dei Ginecologi Ospedalieri, che ne vanta circa 3000.

È evidente l'importanza strategica di questo nuovo assetto: l'ACOI sarà presente ai più importanti tavoli sindacali, primo fra tutti quello per il prossimo rinnovo del contratto di lavoro; la ritrovata forza a livello regionale permetterà di riportare l'attenzione delle amministrazioni locali sugli specifici problemi della Chirurgia.

Ricordiamo che la rappresentatività sindacale della nostra appartenenza all'ACOI si ottiene soltanto versando la quota di iscrizione attraverso l'Azienda da cui dipendiamo con la modalità, peraltro assai comoda, della trattenuta mensile.

Raccomandiamo pertanto a tutti i Soci di utilizzare questa modalità di pagamento.

### ACOI news

Coordinamento: Roberto Tersigni - Roma  
Redazione: Luciano Alessandrini - Roma  
Roberto Mencacci - Roma