

IL CONGRESSO DI TORINO: UN IMPEGNO COLLETTIVO

Siamo ormai entrati nel vivo dell'organizzazione del XIII Congresso AMD che si terrà al Lingotto di Torino dal 9 al 12 maggio. L'attività di programmazione degli eventi, i contatti con i relatori e, in generale, il numero di telefonate o di fax e di e-mail, stanno aumentando in modo vorticoso.

Il Congresso viene a cadere in un momento storico importante per le malattie metaboliche e la diabetologia: dopo alcuni anni bui di scarsa considerazione da parte di colleghi di altre specialità o di amministratori e politici, il concetto che il nostro è un settore di primo piano dell'assistenza sanitaria del nostro Paese si sta lentamente diffondendo. Nei documenti di programmazione e verifica del Ministero della Sanità, o delle Regioni, il diabete è ormai abbastanza presente e non si deve più fare opera di lobbying per richiamare l'attenzione sul problema. I dati epidemiologici e l'analisi dei costi incominciano a farsi sentire, quantomeno ai vertici dei massimi sistemi.

Viene soprattutto percepita la dimensione multidisciplinare, trasversale del metabolismo e della diabetologia, dimensione che porta il diabetologo metabolista ad essere interlocutore con un numero elevato di altri specialisti.

La collaborazione tra la diabetologia e le altre specialità diventa dunque uno dei temi conduttori del XIII Congresso, il cui programma scientifico comprende alcune importanti sessioni rivolte ad altri specialisti come ginecologi o ostetrici. Con loro saranno condivisi due eventi inerenti i problemi metabolici della donna, dalla pubertà alla menopausa, incluse le complicanze metaboliche della gravidanza. Siamo riusciti a questo proposito ad avere la partecipazione di R. Moses, il massimo esperto di diabete gestazionale, che dovrebbe farci il punto sulla patogenesi e sulla terapia del GDM, ma, soprattutto, dovrebbe mettere a fuoco le controversie diagnostiche che ancora esistono. Collaboreremo anche con i cardiologi, sempre più nostri alleati nelle problematiche cardiovascolari, con loro verrà messo a punto lo stato dell'arte nella prevenzione e nel trattamento delle sindromi coronariche del diabetico. Vi sarà un'eccezionale partecipazione di esperti stranieri: hanno infatti dato l'assenso a partecipare Klas Malmberg, del gruppo svedese del DIGAMI, J. Sehlub di Boston, massimo esperto di omocisteina, uno dei fattori di rischio emergenti più importanti, e R. Steiner, lipidologo di Chicago che chiarirà il ruolo che i fibrati hanno nella prevenzione coronarica.

Con gli endocrinologi "puri" abbiamo previsto un simposio sull'incrocio endocrino-metabolico, ovvero quelle sindromi in cui è preponderante l'insulinoreistenza, mentre il punto attuale sull'obesità verrà fatto da un relatore di primo piano come A. Golay di Ginevra.

SOMMARIO

1. Editoriale
2. Scuola AMD
4. Il paradosso delle regole
6. Che cosa sono e che cosa fanno i gruppi di lavoro AMD
6. Accreditemento e certificazione
7. L'arma segreta del diabetologo? L'organizzazione
8. Normativa e Marketing farmaceutico
10. Senatori si nasce
11. Abbiamo letto per voi
12. Attività delle sezioni regionali
12. AMD - Bilancio consuntivo consolidato al 31-12-1999

Tuttavia, oltre alla crescita delle competenze tecniche, non sono stati dimenticati gli altri aspetti della nostra *mission*. Per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza alle persone diabetiche, abbiamo dato spazio a incontri sulla bioetica, a discussioni guidate con Direttori generali e sanitari, a una tavola rotonda interattiva sulle problematiche sociali e legali del paziente e a un incontro con la FAND. Per favorire la crescita delle capacità organizzative e l'integrazione di tutte le figure professionali sono previsti incontri sul tema della Qualità, sui modelli gestionali che coinvolgono i Medici di Medicina generale. A latere del Congresso, la Scuola di Formazione dell'AMD terrà un corso residenziale per 100 infermieri diabetologi. Alla tavola rotonda sulla formazione ed educazione, caposaldo delle tematiche AMD, parteciperà J.P. Assal che possiamo ormai considerare un nostro amico fisso.

Parleremo del presente e del futuro nella tavola rotonda su telematica e informatica in diabetologia.

Epidemiologia e costi del diabete e delle malattie metaboliche saranno affrontati nell'ultima giornata del Congresso.

Lo sforzo organizzativo che si sta affrontando è notevole, ed è possibile soltanto grazie alla collaborazione di tutti i diabetologi che, a livello regionale e nazionale, si stanno impegnando in un lavoro che si aggiunge alla già gravosa quotidianità.

Parte di questa organizzazione sarà dedicata a eventi culturali, di spettacolo e sportivi che, seppure non scientifici, sono stati messi in programma per poter contribuire alla riuscita della manifestazione.

Carlo Giorda

COMITATO SCIENTIFICO
A. Arcangeli, C. Coscelli
S. Gentile, C. Giorda

REDAZIONE
P. Crupi, B. Oliviero

EDITORE
Guido Gnocchi Editore s.r.l.
Via A. De Gasperi, 55
80133 - NAPOLI
<http://www.idelson-gnocchi.com>
E-mail idelgno@tin.it

DIRETTORE RESPONSABILE
S. Gentile

AMD

Associazione Medici Diabetologi

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente: D. Cucinotta
Vice-Presidente: M. Comaschi

Consiglieri: S. Gentile
A. Arcangeli C. Giorda
V. Borzi D. Mannino
C. Coscelli N. Musacchio
S. Di Pietro M. Velussi

Segretario: A. Di Benedetto
Tesoriere: C. Teodonio

Sede Legale: Viale C. Felice, 77
Tel.: 06/7000499 00185 ROMA
Fax 06/77201195
C.C. postale: 96304001

PRESIDENZA E SEGRETERIA

Dipartimento di Medicina Interna
Policlinico Universitario
Via C. Valeria - 98100 Messina
Casella Postale 62 - 98100 Messina
Tel.: 090/2212390-2212430-2212353
Fax: 090/2921554-2935162
<http://www.columbus.it/amd/amd.htm>

PRESIDENTI SEZIONI REGIONALI

Abruzzo-Molise-Umbria: P. di Berardino
Calabria: G. Perrone
Campania: S. Turco
Emilia-Romagna: D. Giorgi P.
Friuli-Venezia Giulia: G. Maraglino
Lazio: F. Chiaromonte
Liguria: A. Cattaneo
Lombardia: G. Marelli
Marche: P. Compagnucci
Piemonte, Valle D'Aosta: G. Allochis
Puglia: F. Losurdo
Sicilia: P. Pata
Sardegna: A. Gigante
Toscana: E. Galeone
Veneto: R. Mingardi

Registrazione del Tribunale di Napoli
n. 4982 del 17/7/98

Abbonamento € 28.000
1 copia separata € 7.000
Arretrato € 14.000

SCUOLA AMD

Come ormai ben sapete il nostro Gruppo di Coordinamento Formativo AMD è nato per volere del Consiglio Direttivo nazionale che ne ha identificato i componenti, i ruoli, i compiti.

Mandato AMD

- Scegliere un metodo che permetta una formazione efficace ed omogenea valorizzando competenze preesistenti e presidiando la professionalità
- Identificare modalità operative che permettano di offrire servizi di qualità verificabile e quindi crediti formativi AMD riconosciuti
- Identificare canali per l'aggiornamento continuo in ambito formativo-educativo utili per tutti i soci AMD.

Entrati nella fase operativa, per prima cosa abbiamo scelto un metodo di formazione dei formatori basato sul lavoro centrato ad un risultato atteso e sulla verifica a tappe. Questa metodologia di lavoro non solo ha radici nella nostra esperienza in ambito educativo, ma risponde anche all'esigenza di continue verifiche e capacità al cambiamento che ci vengono richieste per garantire un processo di Miglioramento Continuo di Qualità.

Quindi a tutti noi fu chiaro che per dare forza e visibilità alla formazione AMD, che da sempre caratterizza la nostra Associazione, era necessario creare una struttura ufficialmente riconosciuta come **scuola AMD** per garantirne sviluppo e dignità.

Riforma sanitaria rende operativa la formazione permanente del medico nei vari ruoli del sistema sanitario

dal 1974 formazione in Team

- Uniformare i corsi
- renderli più efficaci
- valorizzare competenze
- creare una struttura legata ad AMD e non ai singoli individui

In sostanza abbiamo voluto creare una struttura fortemente legata al Direttivo, e da esso completamente dipendente, agile ed intercambiabile, che fosse al servizio dei soci per sottolineare, irrobustire, far crescere e proteggere il lavoro e la professionalità che da sempre distingue la nostra Associazione in ambito formativo. Abbiamo, perciò, scelto i criteri e gli strumenti

che ci avrebbero permesso di realizzare gli obiettivi prefissati.

È nato così il **programma** della scuola: le **norme** di funzionamento, l'istituzione dell'**albo dei formatori** (il percorso per diventare formatori è descritto nei precedenti numeri di questo giornale), l'**attribuzione dei crediti**, le caratteristiche dei prodotti della scuola (elaborati e manuali dei corsi, vademecum del formatore: il **"bollino"** AMD), la **capillarizzazione** della formazione attraverso il supporto di un editore.

Formazione Formatori

IL METODO AMD:
-formazione efficace ed omogenea
-valorizza le competenze preesistenti
-secondo i criteri ministeriali

La scelta metodologica:
IL PROCESSO FORMATIVO

- ★ **apprendimento dinamico**
identificare le tecniche formative
sperimentare tali tecniche
intuire l'esportabilità della tecnica
- trasformazione da gruppo a team**
capacità di ascolto
capacità di contrattazione
rispettare i confini altrui
- linkage con il quotidiano**
il clima come strumento di lavoro
risorsa umana, strumento di crescita
- produzione di un risultato concreto**
progetto di un processo formativo

Tanto lavoro è stato già fatto ed in qualche modo la nostra scelta strategica è stata premiata dalla disposizione ministeriale di far partire i crediti formativi. AMD è così già pronta per offrire un supporto tecnico a tutti i soci che si devono cimentare a preparare eventi riconosciuti, e per facilitare ed affrontare seriamente, qualora richiesto, un accreditamento per la formazione.

L'intendimento e la politica che ha portato

Formatore AMD: eroga una formazione efficace ed omogenea valorizzando competenze preesistenti e presidiando la professionalità diabetologica

Albo dei formatori

Realizzare prodotti formativi che permettano di offrire crediti formativi AMD riconosciuti

Calcolo crediti formativi, attribuzione dei crediti alle iniziative AMD

Capillarizzare i canali per l'aggiornamento continuo per tutti i soci

Codice Deontologico

Archivio

avanti il Gruppo di Coordinamento Formativo è sempre stata tesa a salvaguardare l'autonomia di ogni singolo socio ed a creare un servizio strettamente correlato e governato dal Direttivo Nazionale.

Volentieri pubblichiamo per intero il documento, concordato e deliberato dal Direttivo, ove enunciamo i criteri, le regole ed i compiti che ci siamo dati e che vogliamo condividere con tutti.

AMD	
Responsabili del gruppo :	dr. Nicoletta Alusazio dr. Umberto Valentini
Relatori per la formazione :	dr. Adolfo Arcangeli dr. Andrea Corsi dr. Sergio Di Pietro prof. Sandro Gentile
Responsabile segreteria operativa:	dr. Alessandro Sergi
Consulente per la formazione :	dr. Sandra Casagrande

Finanziamento

La Scuola AMD nasce per mandato ed agisce come braccio operativo del Consiglio Direttivo AMD, da cui dipende per visione politica e gestione economica. Il gruppo si impegna a presentare una propria strategia economica al C.D. AMD, mediante la quale farà fluire alla segreteria amministrativa AMD i contributi destinati al finanziamento delle proprie attività. Il C.D. AMD provvederà al reperimento delle risorse e si impegnerà a finanziare le attività della scuola intese come riunioni plenarie, riunioni di lavoro in gruppi ristretti, materiali di supporto e logistica generale inerente.

PROGETTO PER LA FORMAZIONE AMD: FORMAZIONE FORMATORI

Il formatore AMD

Lo strumento principale e secondo noi più efficace per realizzare questo progetto formativo è rappresentato dal **formatore AMD** che deve essere in grado di erogare una formazione efficace ed omogenea, valorizzando le competenze preesistenti e presidiando la nostra professionalità diabetologica.

Abbiamo quindi realizzato i primi due corsi sperimentali "Formazione Formatori" (Sarteano ed Artimino) ai quali sono stati invitati i Presidenti e Vicepresidenti delle sezioni Regionali, in modo da garantire una immediata capillarizzazione del progetto in tutte le nostre sedi. Il successo dell'iniziativa e la condivisione del progetto da parte di tutti i partecipanti ci hanno permesso di uscire dalla fase sperimentale e di iniziare a disegnare e dettagliare la figura del formatore AMD con i suoi compiti ed il suo codice deontologico.

La nostra cultura formativa ha bisogno di crescere e di mettere radici profonde, è quindi indispensabile il contributo di ogni formatore AMD per l'applicazione della metodologia scelta da AMD con tutte le sue peculiarità.

A tutti i soci che vorranno partecipare al progetto scuola ed iscriversi all'albo dei formatori AMD, chiediamo di offrire la disponibilità e la competenza acquisita per le iniziative AMD, sia a livello Regionale che Nazionale, per garantire che i corsi abbiano queste caratteristiche



così da ottenere il massimo dei crediti per ogni evento organizzato con la firma nella nostra Associazione.

LA SCUOLA AMD: CRITERI E REGOLE DI PROGETTAZIONE E REALIZZAZIONE DI UN PROCESSO DI LAVORO

Ogni progetto curato da AMD deve garantire al cliente alcuni prodotti che ne documentino la qualità e ne permettano la verifica, la riproducibilità, la vendibilità.

Il formatore AMD garantisce:

Progettazione documentata

Nella scheda di progettazione dovranno essere chiari il mandato, gli obiettivi generali e quelli specifici, i contenuti teorici e le attività da sperimentare, i metodi e gli strumenti scelti per ottenere il risultato atteso.

Questo documento verrà presentato al committente insieme al contratto di lavoro e si specificheranno i responsabili del progetto, il team di progettazione e di realizzazione.

Realizzazione documentata

● **Programma dettagliato:** durante la fase di progettazione si preparerà un programma ragionato (una sorta di canovaccio) del corso ove, step by step, il team descriverà nel dettaglio il procedere del lavoro (chi fa cosa, chi dice cosa, chi usa cosa, i tempi, gli obiettivi parziali etc.). Questo permetterà una ampia condivisione del lavoro con i tutors non coinvolti nella progettazione, una fedele riproduzione del lavoro anche in una seconda fase, una verifica della coerenza del progetto nella sua globalità, l'archiviazione del prodotto e testimonierà la serietà e professionalità della progettazione.

- **Materiale d'aula:** si preparerà il materiale di supporto da consegnare ad ogni partecipante con copia del programma, lista dei partecipanti, copia delle relazioni, materiale utile per lo svolgimento del corso.
- **Report del corso:** si organizzerà il lavoro in modo di recuperare tutto il materiale prodotto durante il corso (foto, tutor dedicato alla "story board"...), così da preparare un accurato report di tutto il processo di lavoro.

Valutazione documentata:

Il formatore AMD ha a disposizione ed ha sperimentato molti strumenti soprattutto di verifica e valutazione: utilizzarli nel lavoro valorizza di molto il prodotto. Prevedere sin dall'inizio il materiale di verifica permette anche durante il corso una verifica sul campo che consente di aggiustare il tiro. Inoltre subito alla fine del lavoro si è in grado di consegnare al cliente dati interessanti.

- **Verifica del prodotto:** questionari di gradimento, questionari conoscitivi (per la teoria), radart-chart (verifica di processo per i corsi formativi), esercitazioni (supervisione e registrazione per la verifica delle abilità)
- **Verifica della docenza:** questionari di valutazione.

Codice Deontologico del Formatore

1. Norme generali

1.1. Il Formatore AMD deve seguire le norme e le regole di ordine professionale e di comportamento emanate e, nei casi non espressamente disciplinati, deve sempre comportarsi in maniera tale da salvaguardare la buona immagine dell'Associazione.

1.2. Nello svolgimento degli incarichi ciascun Formatore AMD manterrà quei requisiti di dignità, indipendenza ed obbiettività considerati indispensabili all'esercizio professionale per le attività di formazione professionale, consulenza e per la erogazione di servizi.

1.3. Il Formatore AMD deve operare nell'interesse esclusivo dell'Associazione secondo i criteri di etica professionale.

1.4. Il Formatore AMD non accetterà in alcun modo incarichi per i quali non è qualificato; assegnerà il lavoro globalmente e nelle sue parti al personale idoneo a svolgerlo nel migliore dei modi, al fine di garantire un elevato indice qualitativo.

2. Indipendenza professionale e riconoscimento economico

2.1. Il Formatore potrà applicare tariffe diverse, ma ragionevoli ed appropriate alla natura dell'incarico ricevuto secondo i criteri e le leggi di mercato della propria realtà.

2.2. Gli elementi tecnici ed economici dell'incarico dovranno essere sempre e comunque presentati al cliente in un contratto scritto prima che lo stesso debba dare accettazione definitiva al medesimo incarico.

2.3. Consapevole della qualità e del serio impegno professionale che viene speso dai Formatori AMD impegnati in tutte le iniziative ufficialmente svolte in ambito formativo, un compenso economico vuole da una parte riconoscere il lavoro svolto, ma anche garantire al committente un prodotto con quelle caratteristiche di qualità e verifica che il Formatore AMD s'impegna ad erogare.

Certo, molto è stato già fatto, e nell'occasione di Torino 2001 il gruppo **scuola AMD** sarà lieto di presentare tutti gli strumenti elaborati per permettere a tutti i soci di aderire alle iniziative e condividere questa progettualità.

In quell'occasione avremo con noi come ospiti di eccezione il Prof. Assal di Ginevra che insieme al nostro Presidente prof. Domenico Cucinotta ed al nostro President in coming dr. Marco Comaschi presenzieranno la tavola rotonda dedicata alla Formazione AMD.

Nicoletta Musacchio

Vi aspettiamo numerosi

scuola AMD

Per chi viaggia all'estero: come trasportare insulina

Un esempio di certificazione per diabetici che portino insulina con sé, specie in viaggi all'estero

TO WHOM IT MAY CONCERN

This is to certify that Mr (Mrs, Miss) has insulin-dependent diabetes requiring injections of insulin several times a day. This treatment must not under any circumstances be interrupted. Therefore, he (she) always has to carry what is necessary for the injection with him (her).

data _____ Timbro, firma e indirizzo del medico _____

Traduzione in Italiano:

CERTIFICATO

Si certifica che il(la) Signor (Signora) è affetto(a) da diabete mellito insulino-dipendente in terapia con iniezioni plurigiornaliere di insulina.

Dal momento che detta terapia non deve assolutamente essere sospesa, il Sig. (la Sig.ra) deve sempre portare con sé il materiale necessario per la somministrazione di insulina.

NOTIZIE AMD VIA INTERNET

ATTIVATO IL SITO UFFICIALE DELL'AMD
net www.aemmedi.it
E-mail: amd@aemmedi.it

Nel sito sono attualmente presenti:
Consiglio Direttivo, Sezioni Regionali, Statuto, Domanda di ammissione, News, Calendario Congressi, Notizie dalle Sezioni Regionali, Link utili (collegamenti con ADA, IDF, EASD, MEDLINE, ANAO, ASSOMED, ecc.)

Responsabile del sito è **Giuseppe Piccelli**
tel. e fax: 0967/522087



IL PARADOSSO DELLE REGOLE: DISCORSO SULLA BUROCRAZIA, SUL CAOS E SULL'IMPREVISTO

ovvero CROMWELL UCCIDE IL SISTEMA

Come le Istruzioni, la Rigidità dell'organizzazione nega la specificità che è in ogni malato. Lo sviluppo invece richiede che le norme a volte siano infrante... (John C. Peirce)*

Il tema e l'Autore

«Per mancanza di un chiodo, si è perso lo zoccolo. Per mancanza di uno zoccolo, si è perso il cavallo. Per mancanza di un cavallo, si è perso il cavaliere. Per mancanza di un cavaliere, si è persa la battaglia. Per mancanza di una battaglia, si è perso il regno!».

È utilizzando questa filastrocca popolare che John C. Peirce – titolare di numerosi incarichi presso organismi sanitari dell'Arizona – affronta il problema della dinamica applicata ai sistemi sanitari complessi: l'entità dell'effetto non è proporzionale alla forza dell'intervento o del fattore di perturbazione – spiega – così interventi minimi possono avere un grande effetto e grandi interventi possono avere un effetto minimo».

E da questa riflessione trae lo spunto per la disamina di tutti i passaggi che servono a realizzare un corretto processo decisionale.

Passando – in questa prima parte della riflessione – per Culin, Bradley ed Eisenhower, la battaglia di Chesapeake Bay...

E altro ancora.

La contraddizione di base

«Gli enti che erogano assistenza sanitaria assomigliano ormai ad altre organizzazioni commerciali in cui viene condiviso un insieme comune di credenze culturali», dice Peirce. Ed enumera: «Il presidente del consiglio di amministrazione dovrebbe saper guardare in prospettiva, dovrebbe stabilire la destinazione verso cui orientare l'organizzazione in futuro, assumerne il controllo e guidarla a destinazione, essendo coadiuvato da un gruppo di gestione coeso; l'organizzazione dovrebbe possedere una cultura comune e consolidata, condividere una visione comune e seguire le stesse regole (bisogna "unire le forze" e "cantare all'unisono la stessa canzone"); il risultato ultimo, il tasso di rendimento e il grado di rischio sono questioni fondamentali che vanno affrontate prima di intraprendere qualunque azione: un'impresa dovrebbe individuare i propri punti di forza, dare ciò che il cliente vuole, facendolo meglio della concorrenza». Se messi in pratica, questi principi dovrebbero portare al successo – riflette l'Autore – eppure ciascuna di queste convinzioni parte dal presupposto che sia possibile conoscere il futuro, ossia che esso sia prevedibile – e che s'intenda raggiungere un equilibrio stabile. Ma quanto è possibile prevedere nel settore della Sanità? «Siamo in grado, top management compreso, di predire il futuro quasi con la stessa abilità con cui i meteorologi stilano le previsioni del tempo dei prossimi sei mesi», è la risposta.

Ovvero: «Il principale problema in fatto di pianificazione sta nel fatto che i programmi sono sempre virtualmente sbagliati». I passaggi elencati sono applicabili solo in situazioni stabili e sono dunque incompleti, «il che genera contraddizioni e anomalie». È per affrontare queste ultime che occorre «comprendere il paradosso».

La centralità del paradosso

«Tutto l'universo pare sia regolamentato, eppure offre libertà di scelta. Il prezzo di questa libertà è rappresentato dall'incapacità di conoscere la destinazione finale oppure di essere ai comandi durante il viaggio?», chiede Peirce. E ancora: «Come possiamo essere governati da leggi, essendo liberi di fare come ci aggrada? Tutti noi, per tutta la vita, conviviamo con questo paradosso come principale fonte di ansia, di sensi di colpa e di frustrazione». Ed è «dall'abilità con cui gestiamo questa situazione», aggiunge, «che dipende in larga misura quanto stiamo bene con noi stessi. E la nostra capacità di riconoscere i paradossi e risolvere le contraddizioni intrinseche, spesso è indicativa del grado di riuscita delle azioni che intraprendiamo». A caccia di paradossi, dunque. E il consiglio vale anche per il mondo della medicina e dell'assistenza, che nel corso del secolo hanno subito profondi cambiamenti. Cambiamenti oggi caratterizzati da paradossi verificatisi per più motivi: «la necessità di contenere i costi migliorando la qualità; d'inserire medici che valutino l'autonomia all'interno di un sistema organizzato di erogazione dell'assistenza; di riunire la cura del malato ai servizi di prevenzione; di integrare, coordinare e raggruppare il crescente numero di specialità e sottospecialità mediche diverse». Oggi – spiega l'Autore – non disponiamo di alcuna mappa concettuale valida per far fronte a questi paradossi. Ma poiché il riuscire a spiegare l'instabilità, il paradosso e la sorpresa rappresenta il nucleo centrale dei sistemi

adattativi complessi, «proprio questi ultimi possono fornire modelli di spiegazione che si rivelano utili nell'affrontare i paradossi dell'assistenza sanitaria e nel gestire così l'inconoscibile». Così ha inizio il viaggio di Peirce attraverso la natura dell'instabilità.

Le siepi di Normandia

Il disagio dovrebbe spingere in genere ad auto-organizzarsi – sostiene ancora Peirce – e la storia è popolata d'esempi in tal senso: «I primi coloni inglesi organizzarono le loro comunità in America perché si trovavano in una situazione "lontana dall'equilibrio" e dovevano ridurre l'instabilità». Il tentativo di imporre loro l'organizzazione dall'alto sfociò alla fine nella Rivoluzione Americana, così come «l'incapacità delle forze alleate di rompere l'accerchiamento in Normandia, dopo che erano trascorse 7 settimane dal D-day, il giorno dello sbarco, a causa delle siepi, creò grande instabilità. Sarebbe un peccato non riferire del ragionamento di Peirce in merito alle siepi, descritte come «cumuli di terra compatti, coperti da piante di biancospino e da alberi, distesi di fronte agli invasori alleati come un percorso a ostacoli senza fine, lungo 60 miglia e largo 25». Originariamente nate per segnare i confini delle proprietà e per proteggere le colture dai forti venti di mare, le siepi «nascondevano in modo quasi perfetto i fucili, i mortai, le mitragliatrici e le armi anticarro dei tedeschi. Ed erano tutte ostacoli pressoché insormontabili per i carri armati alleati».

Fu il sergente Curtis G. Culin Jr., del 102° squadrone di ricognizione della cavalleria americana, ad avere l'idea giusta, quando «saldò a un carro armato delle lame d'acciaio acuminate che gli consentirono di aprirsi un varco attraverso le siepi e di far fuoco con i cannoni». L'idea piacque al generale Bradley, che volle tre «tagliasiepi» ogni cinque carri della prima ar-

La dinamica dell'apprendimento

Vale per lo studente alle prese con una nuova lingua come per chi deve imparare a guidare una macchina, gestire un'impresa o eseguire un'appendicectomia: lo sviluppo di un comportamento automatico disciplinato richiede tempo e pratica, indispensabile per il passaggio alla fase operativa. In presenza di norme operative prestabilite – ragiona Peirce – l'apprendimento si sviluppa in tre fasi: rilevamento, scansione e monitoraggio degli aspetti significativi dell'ambiente; confronto con le norme operative precedentemente stabilite; avvio dell'azione correttiva

per avvicinare i risultati alle norme operative.

È l'apprendimento "single-loop", caratterizzato da una situazione sostanzialmente stabile. Viceversa, norme operative assenti, insufficienti o inadatte saranno probabilmente messe in discussione, portando all'instabilità.

È così che si entra nella fase di apprendimento di tipo "double-loop" e «una delle capacità fondamentali di un leader consiste nell'aiutare i propri gruppi e organizzazioni a capire quando e come intraprendere un percorso cognitivo di tipo "double-loop"».

* John C. Peirce, M.D., M.A., M.S. è amministratore anziano. Ricerca e istruzione medica presso il Good Samaritan Regional Medical Center di Phoenix, Arizona; professore di medicina clinica presso il College of Medicine dell'Università dell'Arizona; professore aggiunto presso la School of Health Administration and Policy, della "Arizona State University".



mata. Fu in seguito il generale Eisenhower – conclude Peirce – a scrivere che gli ingegnosi dispositivi “ripristinano l’efficienza del carro armato e innalzano considerevolmente il morale di tutto l’esercito”».

L’innovazione, dunque «ha inizio, con la necessità di superare la sofferenza, affrontando l’origine della sofferenza e dell’instabilità», e tra l’azione di Culin e la scelta di Bradley si è realizzata la transizione da una fase creativa instabile a una fase produttiva stabile: infatti tanto Bradley che Eisenhower «sapevano come agire alle soglie del caos o d’instabilità forzata», e proprio «l’abilità di gestire le sorprese, e la conseguente instabilità, costituisce una capacità fondamentale dei leader».

Le istruzioni che “uccidono”

“Che accade adesso?”, si starà chiedendo il paziente (e speriamo affascinato) lettore. Accade che, con un ultimo guizzo di genialità, Peirce sferra il suo attacco alla burocrazia sanitaria spiegandoci perché la Marina britannica non fu in grado di combattere contro il blocco francese all’imboccatura della Chesapeake Bay e di conseguenza di consegnare i rifornimenti necessari al generale Cornwallis, intrappolato nella penisola di Yorktown, ponendo fine alla Guerra di rivoluzione. Colpa, ci spiega, di quel «drago paralizzante noto come Istruzioni di combatti-

mento, un documento tirannico che imponeva a ogni nave dello schieramento di mantenersi alla distanza di un cavo (200 yards) e di impegnare la nave corrispondente dello schieramento nemico, avanguardia contro avanguardia, linea centrale contro linea centrale, retroguardia contro retroguardia, senza mai abbandonare lo schieramento per agire diversamente. La regola, denominata “linea avanti”, si prefiggeva d’evitare la confusione chiamata una “mischia”, in cui singole navi avrebbero potuto trovarsi sotto il fuoco amico, e dare a una sezione della linea, se assistita da vicino dalla nave che si trova immediatamente a poppavia, una possibilità di distruggere l’opposta sezione nemica. Le istruzioni di combattimento vennero pubblicate durante le prime guerre olandesi sotto il regime di Oliver Cromwell, del quale certamente rispecchiavano la mentalità autocratica, sebbene le istruzioni siano state attribuite anche a quel povero essere di Giacomo I, che non si direbbe abbia potuto avere il carattere per concepire un documento contenente una tale intransigenza». Redatte dall’ammiraglio per dare alla flotta maggiore efficacia, le Istruzioni comportarono la limitazione, se non addirittura l’annientamento, dello spirito d’iniziativa: «Non lasciando spazio all’imprevisto che sta in agguato nell’imprevedibilità degli uomini, per non parlare dell’imprevedibilità dei venti e degli oceani – commenta Peirce – le Istruzioni di combattimento rappresentavano un concetto di rigidità militare che deve stupire per sempre il profano». La caratte-

ristica di un’organizzazione burocratica – prosegue il nostro Autore – consiste nel rispetto di una serie inflessibile di regole. Dato che l’imprevisto è un fattore comune nell’assistenza ai malati, la maggior parte dei medici evita la burocrazia con la sua rigidità di regole fuori dal contesto e lotta per mantenere una certa autonomia nel trattare con i propri pazienti. La burocrazia che hanno sperimentato negli ospedali delle forze armate o nella gestione dei veterani li hanno convinti della saggezza delle loro opinioni. Le regole fuori dal contesto non possono mai prevedere sorprese, l’obiettivo consiste quindi nel trovare un equilibrio tra il ricorso alle regole per ottimizzare la produttività e l’efficienza e la possibilità d’infrangerle quando la situazione lo richieda, per dare vita a organizzazioni efficienti e flessibili. Quest’abilità di passare rapidamente da condizioni stabili regolamentate, a condizioni instabili, in cui la creatività e l’innovazione sono necessarie per affrontare gli “imprevisti” della vita (nella quale le regole del passato non sono più valide), diventa una necessità per un’organizzazione di successo.

Quest’abilità di passare rapidamente da certe condizioni ad altre richiede: un certo discernimento che è stato riscontrato nei professionisti e nei loro comportamenti automatici e disciplinati. Tuttavia, in situazioni d’incertezza e disaccordo, in cui nessuna singola professione possiede la capacità d’affrontare il problema all’interno della propria disciplina, la cosa più importante da fare consiste nell’imparare.

Un leader per innovare tra tentativi ed errori

«L’evoluzione dell’innovazione richiede un apprendimento basato su tentativi ed errori. Un gruppo o un individuo motivati proveranno un qualcosa, verificheranno se funziona e, in caso contrario, proveranno qualcos’altro. Qualora quella data cosa funzioni, ma non nella maniera desiderata, essi dovranno riflettere su quanto è accaduto, studiando ciò che altri hanno sperimentato e modificando il loro modus operandi». Così, nelle sue conclusioni, Peirce riapre il capitolo dell’apprendimento di tipo double-loop, sottolineando che esso può risultare «inefficiente e disordinato, ma essenziale qualora un’organizzazione debba innovarsi e adattarsi in maniera creativa all’evolversi dei tempi». Tutti i sistemi, infatti, «devono trovare un equilibrio tra esplorazione e innovazione rispetto allo sfruttamento di un’operazione produttiva ed efficiente. Quando un nuovo processo è stato collaudato ed è risultato non solo efficace, ma anche migliore di altri processi, spesso diventa la nuova norma operativa o standard. In questo modo va a sostituire un’operazione precedente». «Le organizzazioni che evitano il disagio di cambiare e quindi rifuggono dall’affrontare l’instabilità dei tempi – avverte ancora l’Autore – sono impegnate in un’attività di “group-think” o aggiramento collettivo di tipo difensivo»; viceversa, «sia le emozioni, sia la razionalità sono essenziali ai fini di un buon ragionamento, di un corretto giudizio e del processo decisionale». «Molti paradossi derivano dai limiti dei modelli teorici che si utilizzano – prosegue Peirce – e l’angoscia del

sergente Culin e del generale Bradley in Normandia illustrano l’azione risultante da uno stato di sofferenza. Questo è uno stimolo molto più potente dell’esortazione, è un imbonimento». Di citazione in citazione l’Autore ci informa ancora che «la sofferenza rappresenta per noi un avvertimento, e ci offre la miglior protezione per la sopravvivenza, poiché aumenta la probabilità che gli individui e i gruppi diano retta ai segnali di dolore e agiscano per prevenirne le cause e correggerne le conseguenze, recludendo la mente razionale nella neocorteccia». Le emozioni, insomma, sono al centro della dimensione personale, sociale ed etica del ragionamento, del giudizio e del processo decisionale e «d’interazione tra emozioni e razionalità è essenziale in quanto è in grado di anticipare il futuro e di pianificarlo di conseguenza all’interno di un ambiente sociale complesso, per acquisire un senso di responsabilità nei confronti di se stessi e degli altri, e per poter orchestrare la propria sopravvivenza deliberatamente, secondo la propria libera volontà». Un medico efficiente è colui che si preoccupa di un paziente in cattive condizioni utilizzando le proprie capacità cognitive per affrontare il problema tempestivamente.

Così, un buon leader sarà «colui nel quale altri ripongono la propria fiducia e che seguono, in virtù del valore della persona e della sua capacità di gestire la frustrazione, l’ansia, il conflitto e d’intervenire alle soglie del caos, bilanciando quindi produttività e innovazione».

Ringraziamento per il Corso di Grimentz

Con queste poche righe intendo esprimere il dovere, ma soprattutto il desiderio di porgere un ringraziamento ad AMD nazionale per l’opportunità datami di frequentare il Corso del Prof. Assal a Grimentz 24-29/06/2000.

È difficile esprimere le emozioni provate, anche perché la prima impressione ricevuta è quella di essere stati proiettati in un mondo distante anni luce dal tuo e dalla tua realtà quotidiana.

In un mondo policromo e poliedrico, sicuramente non facile ed impegnativo, in cui vieni accompagnato, con fini accorgimenti pedagogici, a formulare problematiche inerenti la condotta terapeutica nel campo della malattia cronica e ad imbastirne delle possibili soluzioni, vieni contemporaneamente arricchito di un bagaglio esperienziale che potrà successivamente essere adattato alla tua realtà lavorativa.

Non è cosa da poco!

Senza altre queste righe riflettono ancora dell’entusiasmo che ha permeato l’intera settimana del corso e... forse col tempo le sensazioni si attenueranno. Di sicuro però ho avvertito anche un’altra sensazione e più che una sensazione penso si tratti di una consapevolezza: che questo corso abbia inciso profondamente nella coscienza professionale, che sia stato una pietra miliare sulla strada del cammino professionale.

Dr. Luca Richiardi

CHE COSA SONO E CHE COSA FANNO I GRUPPI DI LAVORO AMD

Molti soci si saranno resi conto che negli ultimi anni lo spirito dell'AMD si è andato arricchendo di nuove peculiarità. AMD ha acquisito una connotazione più matura e completa rivolgendosi in modo maggiormente strutturato molte energie ad attività istituzionali e caratterizzate come la Qualità.

I gruppi informali di lavoro nati anni addietro si sono meglio organizzati e strutturati, definendo sempre meglio il loro meccanismo di funzionamento interno e la loro interazione con il Consiglio Direttivo Nazionale di cui rappresentano bracci operativi e strumenti di approfondimento. Il gruppo di lavoro "Disease Management" è diventato "Modelli Assistenziali", quello VRQ è diventato "Gruppo Tecnico per l'Accreditamento Professionale". Accanto a questi si sono costituiti più recentemente altri gruppi di lavoro come la "Scuola di Formazione Permanente AMD" o più semplicemente Gruppo Scuola, il gruppo per la definizione dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ed altri ancora in via di organizzazione. Anche se nei numeri precedenti del giornale sono già state illustrate molte delle attività di alcuni di questi gruppi, a partire da questo fascicolo vi saranno presentati in forma sintetica i Regolamenti essenziali di funzionamento di ciascuno di essi, in modo che tutti i soci possano essere correttamente informati.

Gruppo Modelli Assistenziali CRITERI GENERALI DI ISTITUZIONE E FUNZIONAMENTO

Il Gruppo "Modelli Assistenziali" nasce per mandato del Consiglio Direttivo Nazionale di AMD, da cui dipende per visione politica e gestione economica.

Mandato:

- 1) Valorizzare le esperienze assistenziali diabetologiche attuate in Italia, evidenziando le principali tipologie.
- 2) Collaborare alle stesure del nuovo Manuale di Disease Management.
- 3) Creare una struttura di "servizio" ai diabetologi che intendono, all'interno delle proprie realtà, effettuare un percorso di miglioramento verso il Disease Management.
- 4) Progettare, in rapporto con Scuola AMD, un Corso sul Disease Management per allargare la struttura di "servizio".

Composizione, durata e funzionamento:

Il Gruppo è formato da 5 membri, nominati dal Direttivo Nazionale AMD, di cui almeno due appartenenti al Consiglio Direttivo attuale,

uno dei quali ha il compito di Referente al Direttivo.

Ai componenti del Gruppo si possono affiancare di volta in volta uno o più esperti con funzioni di supporto.

Il Gruppo termina il proprio mandato nel 2003 (Congresso Nazionale AMD).

Il Gruppo nomina al proprio interno i Responsabili per le diverse attività ed il Segretario, che ha il compito di verbalizzare le riunioni.

Il Gruppo si riunisce in plenaria almeno tre volte all'anno, secondo le modalità enunciate nell'art. 14 dello Statuto AMD, in sede, da decidere di volta in volta.

Scopo delle riunioni plenarie è di organizzare, raccogliere e pianificare il lavoro svolto; una volta definiti obiettivi, risultati attesi e ruoli, le attività troveranno realizzazione nel periodo intercorrente fra le riunioni.

Le decisioni del Gruppo vengono prese secondo le modalità previste dallo stesso articolo dello statuto AMD. Le decisioni del Gruppo devono essere verbalizzate dal Segretario, inviate in copia alla Presidenza AMD e ratificate dal C.D. AMD.

Finanziamento:

Il finanziamento per tutte le attività del Gruppo sarà garantito da AMD mediante rapporto con Ditta sponsor che si impegna fino alla scadenza del mandato.

Gruppo Tecnico per l'accreditamento professionale CRITERI GENERALI DI ISTITUZIONE E FUNZIONAMENTO

Il Gruppo Tecnico per l'Accreditamento Professionale (GTA) è nominato dal Consiglio Direttivo AMD.

Il mandato e le risorse del GTA dipendono dal Consiglio Direttivo di AMD.

Il GTA svolge un ruolo di servizio e consulenza:

- per l'espletamento delle funzioni previste dalla procedura di accreditamento e descritte nel manuale;
- per la revisione e l'aggiornamento degli strumenti dell'accreditamento.

Il GTA è formato da:

Funzione superiore: 5 componenti tecnici e 1 rappresentante del Consiglio Direttivo Nazionale (CDN) di AMD;

Funzione intermedia: 10 diabetologi esperti in accreditamento, da scegliere tra coloro che hanno partecipato ai corsi master promossi da AMD.

Funzione di segreteria: individuata presso la segreteria nazionale di AMD a Roma.

Al GTA può essere affiancato uno o più

esperti riconosciuti nel campo dell'accreditamento professionale o di organismi per la valutazione della qualità.

I componenti del GTA nominano al loro interno un responsabile ed un segretario del gruppo con compiti di verbalizzazione delle riunioni.

Il lavoro del GTA si svolge di norma con l'utilizzo di metodi telematici.

Riunioni plenarie vengono convocate dal responsabile almeno 2 volte all'anno, secondo le modalità enunciate nell'art. 4 dello Statuto AMD.

Scopo delle riunioni plenarie è la pianificazione e la verifica delle attività svolte, la revisione dei processi di lavoro e l'approvazione dei documenti da presentare come modelli.

Le decisioni del GTA vengono prese secondo i modi previsti nell'art. 14 dello Statuto di AMD.

Il GTA presenta al CDN AMD gli obiettivi specifici, la pianificazione annuale, la previsione delle risorse necessarie, i risultati ottenuti.

Il mandato conferito al GTA ha una durata di 4 anni. Il CDN al fine di garantire la continuità del lavoro del GTA rinnoverà per altri 2 anni il mandato a 1 componente della funzione superiore.

Il GTA non è dotato di sede propria. Le riunioni di lavoro sono organizzate in sedi di volta in volta concordate.

L'attività del GTA è finanziata da AMD direttamente o tramite partnership pubbliche e/o private.

Norme di salvaguardia

Il componente del GTA deve osservare le norme, le regole di ordine professionale e di comportamento emanate e, nei casi non espressamente disciplinati, deve sempre comportarsi in modo tale da salvaguardare la buona immagine dell'Associazione.

Prima di assumere un incarico nel quale particolari circostanze di lavoro o eventuali interessi finanziari potrebbero configurare conflitto con l'attività del GTA, deve essere informato il CDN AMD per iscritto. Il nulla osta del CDN AMD non esonera dal rispettare quanto previsto dal paragrafo precedente.

Norma transitoria

La composizione iniziale del gruppo della funzione superiore è: Claudio Noacco, Danilo Orlandini, Gualtiero de Bigontina, Sandro Gentile, Alessandro Ozzello, Mariano Agrusta.

La funzione intermedia è composta da 10 soci da nominare, da parte del CDN AMD su segnalazione del GTA, tra i Visitatori formati.

La segreteria del GTA è presso la Segreteria Amministrativa AMD di Roma

Il consulente per l'accREDITAMENTO (eventuale) è nominato dal CDN AMD su indicazione del GTA.

ACCREDITAMENTO E CERTIFICAZIONE

La Costituzione della Repubblica sancisce, all'art. 32, il diritto alla cura e l'interesse della collettività per tutto quello che significa "salute". Su questo presupposto si sono declinate,

negli anni, leggi e decreti che hanno ispirato e definito vari modelli organizzativi di assistenza sanitaria nel nostro paese, con il vincolo irrinunciabile di coniugare diritti e doveri di cia-

scuna delle parti e costi e benefici di ogni attività.

Ogni prestazione sanitaria può essere ricondotta a una fase del processo di cura, che com-



prende attività principali (prevenzione, diagnosi e cura) e di supporto (approvvigionamento, personale, ecc.) parimenti importanti nel definire il risultato finale di soddisfare i bisogni impliciti ed espliciti del malato.

Negli ultimi decenni si è passati da un'impostazione del Sistema Sanitario Nazionale basata sull'USL, prevista dalla L. 833/78 come unità elementare-principale di pianificazione sanitaria, a quella centrata sull'ASL, dotata di personalità giuridica e autonomia imprenditoriale, definita dai D.L. 502/92 e 517/93, ritenuta essenziale per costruire un sistema sanitario capace di garantire la libertà di scelta al cittadino, tra strutture pubbliche e private; tutelando la spesa pubblica, con un sistema di pagamento a prestazione con tariffe definite da parte del SSN subordinate a un tetto di spesa, e l'utente, con strumenti di controllo formalizzati nell'Accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie. Ciò ha disegnato un contesto caratterizzato da nuovi elementi, come il management e le sue leggi ispirate alla competitività, sistemi di controllo orientati a garantire livelli uniformi di assistenza e generato una cultura gestionale basata su elementi quali la responsabilità personale dei dirigenti, il budget e gli obiettivi, i centri di costo... il tutto ispirato al criterio della qualità, ambiente multidimensionale (tecnica, relazionale, ambientale, economica) nel quale declinare la "convergenza" dei bisogni/aspettative di utenti/operatori/gestori.

Il passaggio da un sistema di finanziamento "garantito" a quello "a prestazione" ha definito la necessità di monitoraggio delle prestazioni erogate e del controllo dei risultati, introducendo strumenti come gli indicatori, per generare flussi informativi/contabili a supporto delle decisioni, che permettano la produzione di linee strategiche aziendali coerenti con la programmazione sanitaria nazionale e regionale e compatibili con le risorse disponibili a livello di ogni ASL.

Quindi l'equazione da risolvere è dimostrare che ciò che produciamo è coerente e rispettoso di determinati vincoli etici, economici, professionali e che questo si verifica ogni volta che produciamo "quella" prestazione sanitaria. Ma come?

La L. 833 precisa la necessità che le strutture pubbliche e convenzionate rispondano a requisiti minimi (strutturali, di qualificazione del personale); la L. 502/92 ribadisce la necessità di definire requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per l'esecuzione di attività sanitarie. Il DPR 14-01-97 identifica i requisiti di tipo generale e specifico, e all'art. 2 precisa come ulteriore requisito il controllo della qualità rispetto a indicatori di efficienza e qualità dei servizi e attribuisce il ruolo di controllo e verifica periodica alle regioni.

Ciò che non è definito è come si fa ad accertare il possesso dei requisiti minimi di una struttura, e a monte di questo quesito come deve fare la struttura per dimostrare di rispondere a uno standard, quale strumento è idoneo a formalizzare tale caratteristica?

La scelta di tale strumento è cruciale per definire vincoli e libertà del diabetologo.

Attualmente si confrontano due modelli di riferimento: la Certificazione ISO, e l'accreditamento professionale o di eccellenza.

La tabella I evidenzia le principali caratteristiche dei due modelli. Dobbiamo comprendere e sottolineare con chiarezza che entrambi sono da considerarsi come strumenti e non come obiettivi finali nel percorso verso la qualità in sanità; infatti, né l'uno né l'altro sono completamente esaustivi ma casomai compatibili e sinergici, essendo utili per permettere la valutazione-lettura della performance dei servizi; le ISO sono focalizzate sulla responsabilità della direzione nell'assicurare la conformità con quello che si dichiara di produrre, l'Accreditamento professionale è più centrato sulla qualità "tecnica" dell'attività sanitaria.

denza a requisiti, iniziali e ulteriori, riconosciuti come indispensabili per la buona pratica clinica e per permetterne una lettura "trasparente" anche da parte dell'utente.

Si è così definito un modello di gestione aziendale della qualità, unico per ASL/ASO, con obiettivi, comportamenti e azioni coerenti con la definizione di un ambiente competitivo, l'individuazione di uno standard minimo di accettabilità delle strutture e delle prestazioni, l'effettuazione di un monitoraggio di qualità e efficienza e l'affinamento della capacità delle strutture di "ascoltare" il cliente.

La speranza e la paura è che la scelta di uno strumento che condiziona la politica aziendale possa determinare un condizionamento, non sempre condivisibile e ottimale, della strategia

	Norma ISO e UNI	Accreditamento professionale
Attivazione	Volontaria	Volontaria
Presupposto	Adesione a norme	Autovalutazione
Valutazione	Di parte terza (esterna)	Interna e/o di parte seconda, di parte terza (esterna)
Azione di controllo	Rilevare Non Conformità	Prevenire Non Conformità
Requisiti	Documentare l'Osservanza delle Norme	Dimostrare la rispondenza a Criteri
Indicatori		
1. di struttura	+	+
2. di processo	+	+
3. di esito	-	+
Scopo	Garantire il processo di produzione	Promuovere il miglioramento
Qualità	Corrispondenza a norme o specifiche; organizzazione	Relatività: comparazione across overtime
Verifica	Ispettiva	Consulenza tra pari
Contesto		
1. Organizzativo	+++	+++
2. Culturale	+	+++

Le necessità che accomunano i due modelli di riferimento sono la leadership di un top management, il coinvolgimento di tutto il personale, il lavoro di gruppo interfunzionale, l'applicazione della logica cliente-fornitore e la misurazione continua dei risultati.

La risposta alla necessità del professionista di vedere riconosciuta la propria capacità professionale e i bisogni correlati per poterla esprimere sta nell'applicazione di altri modelli che tengano in considerazione l'orientamento alla persona, agli esiti e all'appropriatezza delle prestazioni erogate anche, ma non solo, in termini economici sociali e individuali.

La normativa ha disegnato una disciplina di gestione della qualità e definito elementi strategici di governo aziendale, fondati su strumenti come la Carta dei servizi, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, ciò per salvaguardare la respon-

organizzativa e terapeutica delle unità operative.

L'organizzazione delle attività di controllo varia in funzione delle azioni messe in atto e dei soggetti che le eseguono. Se prevalgono i caratteri di autoregolamentazione (autovalutazione) e la partecipazione dei professionisti (Associazioni scientifiche) si definisce l'Accreditamento professionale; se prevalgono i caratteri di controllo esterno e le disposizioni obbligatorie si definisce la Certificazione ISO o l'Accreditamento Istituzionale. Le rigidità e complessità connesse a ciascun modello, applicato da solo e senza l'uso di una vera cultura della Qualità, possono fortemente condizionare la flessibilità di risposta al bisogno di salute, spesso necessaria nella conduzione dei servizi "front-line" come le UO di Diabetologia.

Alessandro Ozzello

L'ARMA SEGRETA DEL DIABETOLOGO? L'ORGANIZZAZIONE

Quando ero ragazzo non c'era film di fantascienza dove non comparisse un laser presentato come arma letale e segreta. Per fortuna la realtà si è evoluta diversamente e questo 'raggio della

morte' dà ottimi risultati in medicina, in particolare nel trattamento della retinopatia diabetica. Grazie al laser ad alta tecnologia è possibile spesso fermare la progressione dei danni

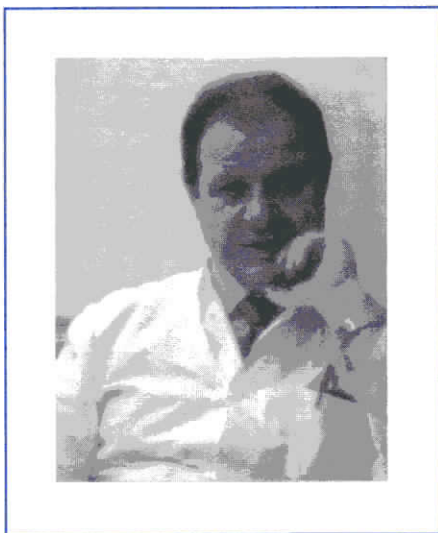
che il diabete porta al prezioso organo della vista.

La retinopatia è una delle complicanze più frequenti del diabete: può bastare un 'piccolo

diabete' diciamo così, per far partire un meccanismo che - nell'arco di dieci o vent'anni - può portare alla cecità. Il segreto per combatterlo è una diagnosi precoce. «Un diabetico che si fa controllare il fondo dell'occhio ogni anno rischia il 90% in meno degli altri di sviluppare seri problemi alla vista», dice il professor Porta. Recentemente questi dati sono stati contestati e c'è chi afferma che potrebbe bastare un esame ogni tre anni. Il dibattito è elegante ma teorico. Di fatto, solo una minoranza delle persone con il diabete si sottopone a periodici controlli.

Per una struttura sanitaria come la nostra, improntata alla specializzazione, far dialogare un Centro di diabetologia con un Servizio di oftalmologia è complicatissimo, non parliamo poi di iniziative sul territorio. C'è inoltre il dubbio che il sistema sanitario collasserebbe sotto la pressione di 2 milioni di esami del fondo oculare all'anno (tanti si stima siano i pazienti con il diabete).

Insomma, davanti agli occhi, è il caso di



dirlo, abbiamo una situazione paradossale ma comune. Il sistema sanitario investe in laser ad altissima tecnologia capaci di gestire o procrastinare gli sviluppi di una retinopatia diabetica in atto ma fatica a trovare gli strumenti culturali e organizzativi per mettere a punto un sistema che consenta alle persone con il diabete di effettuare un controllo preventivo.

Il fatto è che l'alta tecnologia applicata alla medicina soddisfa tutti: dirigenti ospedalieri e delle ASL, politici ed elettori. L'organizzazione, l'attività quotidiana svolta sul territorio mettendo in contatto figure e strutture differenti è invece più complessa, propone modelli che i sistemi amministrativi faticano a seguire o a finanziare e, soprattutto, non 'paga' in termini di immagine. Peccato che nei film di fantascienza di una volta nessun eroe utilizzasse come 'armi segrete' il buon senso e l'organizzazione.

Umberto Valentini

NORMATIVA E MARKETING FARMACEUTICO

La Costituzione Italiana sancisce pienamente il diritto di tutela della salute dell'individuo, la sua libertà di curarsi, così come la libertà e, almeno per i medici della P.A. (P.U. o i.s.p.e.) l'obbligo di curare, ponendo come unico vincolo i limiti delle disposizioni di legge.

Costituzione Italiana

Art. 13: "La libertà personale è inviolabile. Non è ammessa forma alcuna di detenzione di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'Autorità Giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge".

Art. 32: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure agli indigenti. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

Art. 28: "I funzionari e i dipendenti dello Stato e degli enti pubblici sono direttamente responsabili, secondo le leggi penali, civili e amministrative, degli atti compiuti in violazione dei diritti. In tali casi la responsabilità civile si estende allo Stato e agli enti pubblici".

Uno dei principi fondamentali affermato dal Codice Deontologico, dalla legge n. 833 (23-12-1978) e dal D.L.vo 502 (30-12-1992) è la libertà di scelta di cura da parte del paziente, sebbene con qualche limitazione, definita dalla L. 833/78, rispetto ai limiti oggettivi dell'organizzazione dei servizi sanitari, e dalla 502/92, rispetto ai vincoli economici ed alla responsabilizzazione del medico nel contenimento della spesa sanitaria. La libertà del paziente e del medico non è del tutto completa.

Codice Deontologico

Art. 24. Libera scelta del medico e del luogo di cura:

"La libera scelta del medico e del luogo di cura costituisce principio fondamentale del rapporto medico-paziente. ... la scelta del medico costituisce diritto fondamentale del cittadino..."

L. 833/78 - Art. 19 (comma 2, 4):

"...Ai cittadini è assicurato il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura, nei limiti oggettivi dell'organizzazione dei servizi sanitari..."

"...Gli utenti hanno diritto di accedere, per motivate ragioni o in casi di urgenza o di temporanea dimora in un luogo diverso da quello abituale, ai servizi di assistenza di qualsiasi unità sanitaria locale..."

D.L.vo 502/92 - Art. 8 (Lettera A, B, C, D):

"...A) prevedere che la scelta del medico sia liberamente effettuata dall'assistito, nel rispetto di un limite massimo di assistiti per medico..."

"...B) regolamentare la possibilità di revoca della scelta da parte dell'assistito nel corso dell'anno, nonché la ricusazione della scelta da parte del medico..."

"...C) prevedere le modalità per concordare livelli di spesa programmati e disciplinarne gli effetti, al fine di responsabilizzare il medico al rispetto dei livelli di spesa indotta per assistito, tenendo conto delle spese direttamente indotte dal medico e di quelle indotte da altri professionisti e da altre strutture specialistiche e di ricovero."

"...D) prevedere che l'accertato e non dovuto pagamento, anche parziale, da parte dell'assistito delle prestazioni previste in convenzione, comporta il venir meno del rapporto con il servizio sanitario nazionale..."

Nella sua libertà di scelta e di cura, l'individuo/paziente è limitato dalle conoscenze, non sempre corrette, derivate dall'informazione di massa ed alla sua possibilità di libero accesso ad un limitato numero di medicinali o prodotti considerati "da banco" che si posano acquistare senza prescrizione medica. D'altra parte chiara è l'intenzione del legislatore di limitare l'informazione e l'accesso ai farmaci al pubblico, esplicitata in alcuni articoli della L. n. 833/78 e del recente D.L.vo 541/92.

L. 833/78 - Art. 31, Pubblicità ed informazione scientifica sui farmaci (comma 2):

"...È vietata ogni forma di propaganda e di pubblicità, presso il pubblico, di farmaci sottoposti all'obbligo della presentazione di ricetta medica e comunque di quelli contenuti nel prontuario terapeutico approvato ai sensi dell'articolo 30..."

L. 541/92 - Art. 3 - Limiti della pubblicità presso il pubblico:

1. Possono formare oggetto di pubblicità presso il pubblico, medicinali che per la loro composizione e il loro obiettivo terapeutico sono concepiti e realizzati per essere utilizzati senza intervento di un medico per la diagnosi, la prescrizione o la sorveglianza nel corso del trattamento e, se necessario, con il consiglio del farmacista.

2. È vietata la pubblicità, presso il pubblico, di medicinali che possono essere forniti soltanto dietro presentazione di ricetta medica o che contengono sostanze psicotrope o stupefacenti; in deroga a tale divieto il Ministero della Sanità può autorizzare campagne di vaccinazione promosse da imprese farmaceutiche.

3. È vietata la distribuzione al pubblico di medicinali a scopo promozionale

4. ...è vietata la pubblicità presso il pubblico di medicinali compresi nel prontuario terapeutico del Servizio sanitario Nazionale...

Art. 4 - Caratteristiche e contenuto minimo della pubblicità presso il pubblico

Art. 5 - Contenuti pubblicitari non consentiti Art. 6 - Autorizzazione della pubblicità presso il pubblico

Secondo la 833/78 (Art. 29, 31) l'informazione scientifica sui medicinali è compito specifico dello Stato, delegato alle USL e alle imprese produttrici, e sotto il controllo del Ministero della Sanità. Di fatto, poiché è impensabile un controllo scientifico che non sia basato sulle esperienze e sui dati in possesso dell'industria farmaceutica. La gestione dell'informazione scientifica e la pubblicità sono demandate dallo Stato alle ditte autorizzate a produrre e a commercializzare medicinali.

L. 833/78 - Art. 29 - Disciplina dei farmaci:
*"...Con legge dello stato sono dettate norme...
...g) per la regolamentazione del servizio d'in-*



formazione scientifica sui farmaci e dell'attività degli informatori scientifici...".

L. 833/78 - Art. 31 - Pubblicità ed informazione scientifica sui farmaci (comma 1, 5):

"Al servizio sanitario nazionale spettano compiti di informazione scientifica sui farmaci e di controllo sull'attività di informazione scientifica delle imprese titolari, delle autorizzazioni alla missione in commercio di farmaci...".

"...le unità sanitarie locali e le imprese di cui al primo comma, nel rispetto delle proprie competenze, svolgono informazione scientifica sotto il controllo del Ministero della Sanità...".

Di conseguenza lo Stato si cautea, in particolare con il D.L.vo 512/92, ponendo in essere specifiche normative riguardanti le caratteristiche e i contenuti della pubblicità nei confronti dei cittadini e degli operatori sanitari, medici e farmacisti, ed i requisiti e le attività degli informatori scientifici.

L. 541/92 - Art. 2 - Pubblicità presso gli operatori sanitari:

"1. Gli operatori sanitari ai quali può essere rivolta la pubblicità di un medicinale sono esclusivamente quelli autorizzati a prescrivere o dispensarlo...".

Art. 8 - Disposizioni particolari sulla pubblicità presso i medici.

Art. 9 - Requisiti e attività degli informatori scientifici.

Art. 10 - Disposizioni particolari sulla pubblicità presso i farmacisti.

La gestione pressoché totale della prescrizione terapeutica da parte dei medici unita alle leggi di mercato cui è legata l'industria farmaceutica, deputata peraltro all'informazione scientifica sui farmaci, può certamente generare, bilateralmente, un:

Conflitto di Interessi:

"Condizione in cui il giudizio professionale, riguardo un interesse primario, come il benessere del paziente o la validità di una ricerca, tende ad essere eccessivamente influenzato da un interesse secondario come il profitto".

Pur nella completa legalità e nel rispetto di alcune norme del nostro Codice Deontologico (Art. 4, 12), l'influenza e le ricadute, soprattutto economiche, delle nostre scelte sono enormi.

Codice Deontologico

Art. 4 - Libertà e indipendenza della professione

"L'esercizio della medicina è fondato sulla libertà e sull'indipendenza della professione".

Art. 12 - Prescrizione e trattamento terapeutico:

"La prescrizione di un accertamento diagnostico e/o di una terapia impegna la responsabilità professionale ed etica del medico... Su tale presupposto al medico è riconosciuta autonomia nella programmazione, nella scelta e nell'applicazione di ogni presidio diagnostico terapeutico, anche in regime di ricovero, fatta salva la libertà del paziente di rifiutarla e di assumersi la responsabilità del rifiuto stesso. Le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche, anche al fine dell'uso appropriato delle risorse...".

Ricadute economiche della prescrizione di farmaci, siano essi pagati dal paziente o dalla comunità, influenza sul comportamento prescrittivo di altri medici o studenti in seguito

alla citazione di un farmaco ad un simposio, influenza di una ricerca scientifica sulla disponibilità o indicazioni di un farmaco, ricadute di tipo prescrittivo e/o economico, derivanti dall'introduzione di un determinato farmaco nel prontuario ospedaliero.

Generalmente il medico recepisce il suo comportamento riguardo alla prescrizione di un farmaco, come maggiormente motivato dalle conoscenze sugli effetti del medicamento, ma spesso il suo atteggiamento è, almeno in parte, influenzato dalla pubblicità. Esistono studi che hanno documentato come la pubblicità e la sponsorizzazione contribuiscono a indirizzare un determinato comportamento.

D'altra parte, come anche confermato dalla American Federation for Clinical Research, la sponsorizzazione da parte dell'industria di simposi ed il suo supporto alla ricerca, sono una parte integrante della ricerca biomedica e del sistema di educazione e aggiornamento. La demonizzazione di queste attività, viste solo come "L'essenza della buona corruzione", può danneggiare ricerca e aggiornamento scientifico con conseguenti notevoli ricadute sulla comunità, nel nostro caso sui diabetici.

Nel corso della nostra attività e nei rapporti con l'industria farmaceutica e con l'informazione / pubblicità dobbiamo tenere presenti alcune norme di comportamento deontologico, legislative e alcuni risvolti di ordine legale.

Codice Deontologico

Art. 5 - Esercizio dell'attività professionale:

"...non deve soggiacere a interessi, imposizioni e suggestioni di qualsiasi natura. Il medico deve denunciare all'Ordine ogni iniziativa tendente ad imporgli comportamenti...".

Art. 6 - Limiti dell'attività professionale:

"...Il medico che riveste cariche pubbliche non può avvalersene a scopo di vantaggio personale...".

Art. 24 - Libera scelta del medico e del luogo di cura:

"...può consigliare, ma non pretendere, che il cittadino si rivolga a determinati presidi, istituti o luoghi di cura...".

Art. 27 - Fornitura di medicinali:

"...È vietata al medico ogni forma di prescrizione che procuri a sé o ad altri indebito lucro...".

Art. 28 Comparaggio:

(Rapporto illecito fra produttore di sostanze medicinali e il medico che le prescrive, per cui il secondo agevola lo smercio dei prodotti del primo prescindendo dal loro effettivo valore).

"...Ogni forma di comparaggio è vietata...".

Art. 54 - Informazione sanitaria:

"...non può assumere le caratteristiche della pubblicità commerciale... (che non producano timori infondati, spinte consumistiche o illusione attese dalla pubblica opinione)...".

Art. 56 - Divieto di patrocinio:

"...non devono concedere patrocinio e avallo a pubblicità per istituzioni e prodotti sanitari e commerciali di esclusivo interesse promozionale...".

Art. 68 - Rapporto con altre professioni sanitarie:

"...non deve stabilire accordi diretti o indiretti con altre professioni sanitarie che svolgano attività o effettuino iniziative di tipo industriale o commerciale inerenti, l'esercizio professionale...".

D.L.vo 541/92 - Art. 11 - Concessione o promessa di premi o vantaggi pecuniari o in natura:

"1. ...è vietato concedere, offrire o promettere, premi, vantaggi pecuniari o in natura, salvo che siano di valore trascurabile e siano comunque collegabili all'attività espletata dal medico e dal farmacista.

2. I medici e i farmacisti non possono sollecitare o accettare alcun incentivo vietato a norma del comma 1.

3. In caso di violazione dei commi 1 e 2 si applicano le pene previste dagli articoli 170, 171, e 172 del TULS approvato con RD 27-07-34, n. 1265, come modificati dall'art. 16, comma 1, del presente decreto".

Art. 12 - Convegni o congressi riguardanti i medicinali:

"5. ...eventuali oneri per spese di viaggio od ospitalità devono essere limitati agli operatori del settore qualificati e non possono essere estesi ad eventuali accompagnatori. Detti oneri non possono riguardare i medici generici. L'ospitalità non può, inoltre, eccedere il periodo di tempo compreso fra le dodici ore precedenti l'inizio del congresso e le dodici ore successive alla conclusione del medesimo né presentare caratteristiche tali da prevalere sulle finalità tecnico-scientifiche della manifestazione...".

9. ...in seno al congresso o al convegno, o colateralmente allo stesso, non può essere effettuata alcuna forma di distribuzione o sponsorizzazione o esposizione di campioni medicinali o di materiale illustrativo di farmaci, ad eccezione del riassunto delle caratteristiche del prodotto...".

Art. 13 - Campioni gratuiti:

"3. ...a ciascun sanitario, due campioni a visita per ogni dosaggio o forma farmaceutica di un medicinale, esclusivamente nei diciotto mesi successivi alla data della prima commercializzazione del prodotto ed entro il limite massimo di dieci campioni annui per ogni dosaggio o forma.

4. ...non più di 5 campioni a visita, entro il limite massimo di 25 campioni annui, scelti nell'abito del listino aziendale dei medicinali in commercio da più di diciotto mesi...".

14. ...In caso di violazione delle restanti disposizioni del presente articolo si applica il disposto dell'articolo 15. (art. 201 TULS R.D. 1934 n. 1265 e succ. mod.)".

In riferimento all'articolo 12 del D.L.vo 541/92 circa la partecipazione del personale medico e non a congressi, convegni ed altre iniziative formative con spese a carico di privati, in data 18-7-1995, prot. N. 2845/54, è stata emessa dall'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte una circolare esplicativa nella quale è prevista la richiesta diretta, da parte dell'azienda farmaceutica, al Direttore Generale della ASL o ASO, senza indicazioni nominative del partecipante al congresso o convegno, partecipante che dovrà essere designato dalla Direzione stessa della ASL/ASO.

RULS R.D. 27-07-1934 n. 1265.

Art. 170: "Il medico o il veterinario che ricevano, per sé o per altri, denaro o altra utilità ovvero ne accettino la promessa, allo scopo di agevolare, con prescrizioni mediche o in qualsiasi altro modo, la diffusione di specialità medicinali o di ogni altro prodotto a uso farmaceutico, sono puniti con l'arresto fino a un anno e con l'amenda da lire 400.000 a 1.000.000.

Se il fatto violi pure altre disposizioni di legge, si applicano le relative sanzioni secondo le norme sul concorso dei reati.

La condanna importa la sospensione dall'esercizio della professione per un periodo di tempo pari alla durata della pena inflitta.

Art. 171: "Il farmacista..."

Indipendentemente dall'esercizio dell'azione penale, il prefetto può, con decreto, ordinare la chiusura della farmacia per un periodo da uno a tre mesi, e in caso di recidiva pronunciare la decadenza dell'esercizio della farmacia".

Art. 172: "Le pene stabilite negli artt. 170 e 171, primo e secondo comma, si applicano anche a carico di chiunque dà o promette al sanitario o al farmacista denaro o altra utilità.

Se il fatto sia commesso dai produttori o commercianti delle specialità...chiusura dell'officina...revocare la registrazione delle specialità..."

Art. 201: "...Il contravventore alle disposizioni contenute nel primo e terzo comma è punito con l'arresto fino a tre mesi e con l'ammenda da lire 200.000 a lire 1.000.000..."

Nei casi punibili a norma degli articoli 170 e 171 del TULS/34 e succ. mod., in qualità di P.U. o i.p.s. potremmo inoltre incorrere nell'imputazione di un grave reato secondo l'art. 323 del

C.P. recentemente modificato (L. 16-07-1997 n. 234).

Codice Penale

Art. 323 - Abuso d'Ufficio:

"Salvo che il fatto non costituisca un più grave reato, il pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico servizio che, nello svolgimento delle funzioni o del servizio, in violazione di norme di legge o di regolamento, ovvero omettendo di astenersi in presenza di un interesse proprio o di un prossimo congiunto o negli altri casi prescritti, intenzionalmente procura a sé o ad altri un ingiusto vantaggio patrimoniale ovvero arreca ad altri un danno ingiusto, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni. La pena è aumentata nei casi in cui il vantaggio o il danno hanno un carattere di rilevante gravità".

Senza voler entrare in discussioni giuridiche, peraltro abbastanza avulse dalla nostra mentalità di medici, dalla attenta lettura dell'articolo 323 c.p. risultano abbastanza chiare le sue implicazioni nelle nostre scelte. Il vantaggio per una ditta può diventare danno per un'altra, l'acquisizione in comodato d'uso o in donazione di apparec-

chiatura possono essere un vantaggio per la nostra azienda (P.A.) a, allo stesso tempo, l'inutilità della apparecchiatura stessa o un costo sproporzionato dei materiali di consumo un danno.

A proposito del comodato d'uso o delle donazioni è bene sottolineare che il responsabile di U.O. o servizio non rappresenta l'ente e pertanto l'accettazione di beni strumentali o di consumo, in comodato o per atto di liberalità, seppur destinati al migliore svolgimento delle attività della P.A., se non autorizzato e consentito nelle forme e termini fissati dall'ordinamento amministrativo del settore viene considerato illegittimo ed eventualmente aggravato dalla parzialità nelle scelte.

L'unica attenuante che ci può risollevare gli animi è che il reato di abuso d'ufficio, coe tutti i reati, sussiste se sussiste il "dolo specifico" e cioè la precisa volontà di procurare a sé o agli altri ingiusto vantaggio o danno.

(dagli Atti del Congresso Annuale AMD, Sezione Regionale Piemonte Valle d'Aosta, Dicembre 1999).

Sergio Martelli

SENATORI SI NASCE...

Le origini del Senato sono probabilmente antecedenti alla fondazione di Roma. Nei popoli protolatini esisteva un consiglio degli anziani detti *patres*, poi sostituito da *senes* - da cui Senato - con funzione di indirizzo della politica. Nel periodo monarchico di Roma i senatori erano i rappresentanti delle famiglie patrizie, di cui essenzialmente curavano gli interessi. Successivamente, nel periodo della dominazione etrusca (sotto Tarquinio Prisco, VI sec. a.C.) furono immessi nel senato membri di estrazione plebea, con il dichiarato intento di moderare il potere dei patrizi. Fu solo nel periodo repubblicano (a partire dal IV sec. a.C.) che il senato si aprì ad una composizione più moderna - diremmo oggi - in quanto ne entrarono a far parte ex magistrati, consoli, pretori, questori, tribuni, tutte figure che avevano dimostrato con i fatti la propria valentia in vari campi. Nell'età Augustea imperiale (III-I sec. a.C.) il senato conobbe il suo massimo splendore. Di concerto con l'imperatore, il Senato era la sede dove si elaborava la politica dello stato. Era il Senato che assegnava le province ai governatori, emetteva pareri vincolanti per i magistrati che dovevano poi trasformarli in legge, controllava l'erario. Era il custode della tradizione, della continuità dei *mores* dello Stato, ed il depositario di importanti funzioni sacrali. Era di fatto il cuore dello Stato ed il garante della dignità dei suoi membri, della cui dirittura morale era esso solo anche il giudice.

Ma questa è storia antica. Pensate, la carica di Senatore era allora onorifica, ed anzi erano non pochi i casi di Senatori che facendo testamento lasciassero i propri beni allo Stato.

Tutto ciò oggi sembra lontanissimo e totalmente inadeguato alla nostra realtà, dove *cariche* veramente di *servizio* sembrano appartenere ad un mondo fantastico. Ogni volta che si parla di elezioni politiche ci vengono propinati programmi accattivanti dai candidati di ogni colore! Ma qui non si parla di politica. Ne parlano già troppo i *media*.

Nel nostro ambito, invece, assistiamo spessissimo (non sempre, per fortuna) a scalate a ripeti-

zione a cariche societarie, ad ingressi in gruppi di lavoro o gruppi di studio, a cumulo di cariche (non necessariamente in antitesi con norme statutarie, ma certo in stridente contrasto con norme etiche, se si ha un'etica) e a quant'altro consenta visibilità, il tutto con ritmi vorticosi, non importa di quale società ed ancor peggio non importa se sulla base di una competenza riconosciuta o millantata. Non importa se chi pretende di essere o di diventare questo o quello sia veramente all'altezza (apicalità, competenza, ruolo, attività curriculare riconosciuti dalla comunità scientifica, spirito di servizio) basta che si possano fare accordi e scambiare o promettere favori. E' come se alcuni (solo alcuni, per fortuna) fossero nati solo per diventare Senatori. Ed allora? Allora cerchiamo di cambiare le regole del gioco, cerchiamo la trasparenza e non l'opportunismo ed il presenzialismo a tutti i costi! Immaginiamo il miglioramento come una necessità culturale, un'esigenza professionale, un'espansione della personalità e non come esercizio del potere o il frutto di accordi. Purtroppo esistono esempi disparati di tutto ciò.

Membri del collegio che premiano se stessi... sotto gli occhi ed addirittura (certo ricorderete) con gli applausi di tutti o quasi, per fortuna!

Un altro esempio? Tizio ha un ruolo societario che durerà ancora per un certo tempo ed aspira ad un ruolo ritenuto più importante. Allora che cosa escogita? Si organizza un gruppo di sostenitori locali che gli garantiscano di continuare ad esercitare il potere in casa propria e si candida per il ruolo più importante, lo raggiunge e non dismette il ruolo precedente. Gestisce le cose a più livelli e si sente in regola ed a posto con la propria coscienza e non contravviene a norme (perché di fatto carenti in proposito!). Tuttavia, fa violenza ad un principio palese di democrazia. Quello di ledere il diritto e le aspirazioni di chiunque altro ambisca a ricoprire almeno uno di quei ruoli che lui si tiene ben stretti!

E il millantato credito dove lo mettiamo? Chi si insedierà nelle Commissioni Regionali dovrà avere le carte in regola per rappresentare "tutta" la base. Chi si porrà in rapporto con altre cate-

gorie di Professionisti che vantano forse più "potere" dovrà essere di fatto i requisiti per parlare "istituzionalmente" di diabetologia. Siamo certi che ciò sia reale in ogni rappresentanza?

Siamo certi che i rapporti con il mondo industriale siano sempre trasparenti? Siamo certi che nessuno profitti della buona fede di un altro e che non se ne serva, vestendo le penne del pavone, per accrescere la propria visibilità ed il proprio potere di contrattazione agli occhi di chi è legato al marketing? Siamo certi che il codice deontologico abbia la medesima valenza per ciascuno di noi?

Ed allora? Se non vi sembrerà troppo ingenuo o scontato modifichiamo, integriamo le norme scritte ed adeguiamole a tutte le situazioni che si possono configurare come critiche. Oppure stabiliamo norme transitorie che facciano chiarezza fino a che tutte le situazioni inconsuete non siano state regolarizzate. Stabiliamo norme anche per le candidature e lasciamo perdere la tradizione non scritta. Va a finire che se ci basiamo sui così detti principi di *trasparenza morale* possiamo rimanere delusi e scoprire che sono cose valide solo per alcuni e che per tutti gli altri sono solo grosse balle!

Non è un caso che mi trovi qui, ora, a fare queste riflessioni con voi e non è a cuor leggero che le faccio, rendendomi interprete di una non so bene se minoranza o maggioranza silenziosa. Ma qualcuno deve pur farlo perché chi tace acconsente ed a me non va di acconsentire! Nella nostra Società sono imminenti nuove candidature per il Direttivo Nazionale e queste mie note - forse un pò *démodées* - sono affidate a chi vorrà coglierne lo spirito, a chi veramente offre il meglio di sé come ruolo di servizio. Per non sentirsi offesi da quanto scrivo - ed è facile cadere in questo equivoco, veramente non voluto - basta che ognuno si senta a posto con la propria coscienza e sappia ricordare che nella Roma imperiale i Senatori erano garanti non solo della politica ma anche e, soprattutto, della dignità del ruolo. Intendo ruolo reale, non millantato!

Sandro Gentile



ABBIAMO LETTO PER VOI

Mi piacerebbe mangiare... Posso?

ovvero

Come stare a Dieta Senza Tante Rinunce e Gioco degli Equivalenti

di **Mariano Agrusta, Giancarlo De Giuli, Sandro Gentile e Donata Richini**. I Edizione fuori commercio del giugno 1999, ristampata nel marzo 2000 e supportata da Roche Diagnostics. Pubbl. De Martino.

È una guida pratica ed estremamente didattica destinata a "non medici", ma sicuramente interessante anche per questi ultimi, riccamente illustrata e basata oltre che sui contenuti proposti con estrema semplicità anche sul forte impatto che colore, disegni e foto possono evocare. Nasce con una finalità prettamente educativa ed è la premessa al Gioco degli Equivalenti edito anch'esso a cura della Roche Diagnostics, come strumento pratico da utilizzare nell'educazione di gruppo. Per queste caratteristiche si distingue da tutti i volumi dedicati all'educazione alimentare ed ai molti "ricettari" già esistenti. Ve ne proponiamo, come di consueto, la premessa.

Chi è "a dieta" spesso crede di dover rinunciare ad alcuni piatti di uso comune perché non sa come comportarsi. Questa rinuncia spesso è dovuta ad una parziale conoscenza o ad una totale ignoranza dei contenuti degli alimenti e di come questi devono essere consumati ed assortiti tra loro per una corretta alimentazione.

Questo libro è destinato non solo alle persone diabetiche ma a tutti coloro che desiderano controllare il proprio peso e mangiare sano. Esso nasce con la precisa intenzione di fornire alcune indicazioni utili al lettore su come comportarsi a tavola senza rinunciare al gusto di piatti più appetitosi di quanto in genere è compreso in una dieta e su come interscambiarli tra loro senza alterare lo spirito di una dieta.

Ci auguriamo sinceramente di avere fatto cosa utile a tutti coloro che hanno voglia di saperne di più su come mangiare meglio ed in modo più gustoso e sano.

Prima di addentrarsi nella lettura e di mettere in pratica le proposte del Ricettario è bene fermarsi a fare alcune considerazioni generali sull'alimentazione. Infatti, il contenuto calorico di ogni alimento, pur essendo abbastanza costante, varia molto in rapporto al modo di cucinarlo. Non sfugge a nessuno ad esempio che un lesso di carne magra con pomodoro fornisce un condimento gustoso ed accettabile, mentre un ragù tirato con grasso di maiale ed uguale quantità di



carne mista di suino e bovino è forse più gustoso ancora, ma meno digeribile e certamente più ricco di grassi ed in particolare di colesterolo.

Va tenuto in debito conto che ogni pietanza avrà un effetto sul potere calorico complessivo, su glicemia e colesterolo, in rapporto a come viene preparato (cottura a vapore, bollitura, arrosto, frittura, etc.) al quantitativo e al tipo di condimento adoperato. Relativamente poca importanza hanno invece le spezie e gli aromi utilizzati per insaporire i cibi.

Per le ragioni su esposte, nel **Primo Capitolo** vengono messe a disposizione del lettore alcune *considerazioni generali sull'alimentazione*. Che cosa sono le calorie, in quali cibi si trovano prevalentemente proteine, zuccheri (glucidici, amidi), lipidi (grassi), vitamine etc.

Pure molto utile risulterà il **Secondo Capitolo** dedicato a *come scegliere piatti differenti tra loro ma equivalenti* per quel che riguarda tipo, contenuto di calorie e quantità di sostanze nutritive.

Segue nel **Terzo Capitolo** un vero e proprio **Ricettario**. Qualche spiegazione supplementare è necessaria prima della realizzazione dei piatti. Chi riceve una dieta dal proprio medico spesso non sa come tradurla in pratica nella preparazione di piatti di uso comune e corre il rischio di seguire troppo spesso una dieta priva di sapore e lontana dalle proprie abitudini o... di non seguirla affatto! In questo Capitolo viene fornita una serie di ricette come suggerimento da mettere in pratica in riferimento ad una dieta base di 1600 calorie suddivisa in tre pasti (che è quella prescritta dal medico nella

maggioranza dei casi) per ciascuno dei quali viene elencato tipo e quantitativo degli alimenti, ma senza indicazioni su come consumarli. I menù che vengono proposti insegnano come preparare pietanze comuni con gli alimenti elencati nella dieta di riferimento e come adeguare gli altri piatti della giornata in modo da non superare le calorie previste e senza alterare la composizione in nutrienti (glucidici, lipidi, proteine). Naturalmente chi dovesse fare riferimento a diete con contenuto calorico diverso (più elevato o inferiore) potrà con poca fatica fare gli opportuni adeguamenti.

Nei successivi **Capitoli di Appendice** riportiamo ulteriori informazioni sul *contenuto di sali minerali, vitamine contenuto di acqua, dei principali alimenti* (Appendice 1) e sulla composizione ed, in particolare, sul contenuto di grassi totali e di colesterolo (Appendice 2).

L'ultimo capitolo del volume è dedicato al Gioco degli Equivalenti, che rappresenta una Appendice al *volume utile per esercitarsi nello scambio di alimenti equivalenti*. Tuttavia, va precisato che questo Gioco ha una precisa valenza didattica e che esso non può essere utilizzato dal singolo lettore senza la guida di un medico o di una persona esperta di alimentazione (il così detto facilitatore).

Si raccomanda quindi al lettore di richiedere al proprio diabetologo come eseguire il Gioco e, pertanto, l'utilizzazione di questo capitolo è rimandata a dopo che il Gioco sarà stato illustrato e fatto in gruppo sotto la guida di un facilitatore.

Una sola insulina per 24 ore

Imitare la natura è l'obiettivo dei ricercatori che studiano le 'nuove' insuline. Da anni è possibile imitare la reazione immediata del pancreas all'ingestione di cibo: l'analogia rapida agisce più o meno nello stesso modo. Non si era ancora invece riusciti a imitare la capacità del pancreas di mantenere durante tutto l'arco della giornata un 'minimo garantito' di insulina nel sangue, la cosiddetta 'insulina basale'. Le insuline lente e ultralente hanno permesso grandi passi in questa direzione, ma l'andamento della loro concentrazione nel sangue segue quella che viene definita 'curva a campana': sale lentamente, raggiunge un picco e poi scende. Se il soggetto non asseconda questa curva con dell'esercizio fisico o uno spuntino, corre prima il rischio di ipoglicemie (quando l'insulina è nella fase di massima concentrazione), e poi quello opposto (quando la concentrazione dell'insulina diminuisce).

C'è quindi grande attesa per una insulina detta a 'onda quadra', la cui concentrazione nel sangue raggiunga velocemente una quota definita (il 'plateau') e resti tale senza variazioni di rilievo per un lungo periodo. In questa direzione, è in fase avanzata di sperimentazione l'insulina dal nome medico 'glargine'. Potrebbe essere somministrata una volta al giorno nei casi di NIDDM associata a farmaci orali o dosi di analogo rapido ai pasti. Per i casi di IDDM si stanno valutando protocolli basati su una o due iniezioni al giorno di glargine.

A TUTTI I SOCI AMD

Lo scopo delle Rubriche del giornale è quello di stimolare lo scambio di opinioni tra i soci AMD. Tutti sono invitati a contribuirvi. I testi - preferibilmente contenenti tra le 300 e le 600 parole - potranno essere inviati via fax a Sandro Gentile al numero 081.5666734, oppure mediante posta elettronica ad uno dei seguenti indirizzi:

sandro.gentile@unina2.it
oppure
idelgno@tin.it

ATTIVITÀ DELLE SEZIONI REGIONALI

Sezione Friuli-Venezia Giulia

Presidente: G. Maraglino, vice-presidente: C. Noacco, consiglieri: M. Geat, M. Maschio, P.M. Miniussi, segretario: N. La Porta

Iniziative culturali e Corsi di Aggiornamento

- Lignano Sabbiadoro, 12.05.2000: "Acreditamento Professionale". Preparazione alla visita di revisione tra pari di una struttura diabetologica. Relatori: D. Orlandini, W. De Bigontina
- Udine, 25.05.2000: "Normalizzazione pressoria nel paziente diabetico iperteso". Target: Diabetologi. Relatore P.L. Malini
- Codroipo, 8-10.06.2000. "L'assistenza diabetico anziano istituzionalizzato" Corso Residenziale per operatori sanitari delle Case per Anziani del Friuli-Venezia Giulia. Relatori: A. Pellegrini, P.M. Miniussi
- Beggia del Fiume Veneto, 21.10.2000. "Corso Interattivo di Aggiornamento per Team Diabetologici". Relatore: A. Ceriello
Formatori AMD: M. Agrusta, W. De Bigontina, G. Maraglino, A. Pellegrini

- Cordenons, 28.10.2000. Congresso Regionale di Diabetologia 2000

Sezione Puglia

Presidente: F. Losurdo, vice-presidente: A. Bellomo Damato, consiglieri: R. Serra, G. Campobasso, G. Giaculli, C. Lepore, A. Trinchera, segretario: G. Stefanelli

Iniziative culturali e Corsi di Aggiornamento

- Selva di Fasano, 17-18.11.2000. Congresso Regionale di Diabetologia 2000. "L'educazione del paziente diabetico"

Sezione Abruzzo-Molise-Umbria

Presidente: P. Di Berardino, vice-presidente: R. Iannarelli, consiglieri: E. Antonacci, G. La Penna, M. Tagliaferri, C. Vitale

Iniziative culturali e Corsi di Aggiornamento

- S. Maria Imbaro (Consorzio Mario Negri sud). 15.04.2000: "In Cucina con il Diabete,

6ª Edizione". Convegno indirizzato a diabetologi, infermieri ed operatori della ristorazione.

- Silvi Marina, 7.10.2000. "Aspetti Psicologici della Malattia Diabetica". Convegno indirizzato ad équipe diabetologiche con l'obiettivo di focalizzare l'attenzione sull'importanza che assumono gli aspetti psicologici della gestione della malattia diabetica. Sono intervenuti esperti diabetologi e psicologi, quali: A. Maldonato, P. Gentile, E. Mannucci, F. Graziani
- L'Aquila, 8.11.2000. Congresso Interregionale SID-AMD su "Diabete ed Ipertensione Arteriosa"

Sezione Sardegna

Pubblichiamo l'esatta composizione del Consiglio direttivo della Sezione Sardegna, erroneamente indicato sul fascicolo 3/2000, scusandoci per l'errore (n.d.r.).

Presidente: A. Gigante; vicepresidente: A. Corda; consiglieri: G. Pala, V. Sica, P. Contini.

AMD - BILANCIO CONSUNTIVO CONSOLIDATO AL 31/12/99

ENTRATE

TITOLO 1 - Effettive

Cat. 1 - Proventi quote soci ordinari	66.524.000
Cat. 2 - Proventi soci sostenitori	74.000.000
Totale Entrate Effettive	140.524.000

TITOLO 2 - Gestione Area Commerciale

Cat. 1 - Proventi della gestione commerciale	70.794.500
--	------------

TITOLO 3 - Gestioni Speciali

Cat. 1 - Erogazioni Liberali	15.444.000
Cat. 2 - Corsi	7.135.200
Cat. 3 - Interessi attivi c/c postali e bancari	2.775.501
Cat. 4 - Abbuoni	4.034
Totale Gestioni Speciali	25.358.735

TOTALE GENERALE ENTRATE

236.677.235

USCITE

TITOLO 1 - Effettive

Cat. 1 - Spese di stampa e quote associative	43.278.237
Cat. 2 - Spese per le riunioni degli organi statutari	40.493.650
Cat. 3 - Spese amministrative	
Cap. 1 - Acquisto mat. di consumo	5.560.500
Cap. 2 - Spese postali, bancarie e carte di credito	6.991.981
Cap. 3 - Spese affitto sala	1.602.900

Cap. 4 - Utenze	3.520.000
Cap. 5 - Segreteria e altri compensi lavoro autonomo	28.632.400
Cap. 6 - Assicurazioni	3.965.000
TOTALE USCITE EFFETTIVE	134.044.668

TITOLO 2 - Gestione Area Commerciale

Cat. 1 - Spese per servizi	16.270.500
Cat. 2 - Borse di studio	50.044.444
Cat. 3 - Oneri diversi di gestione	3.825.610
Cat. 4 - Imposte dell'esercizio	466.000.
Totale Uscite Area Commerciale	70.606.554

TITOLO 3 - Gestioni Speciali

Cat. 1 - Ammortamenti immobilizzazioni	2.244.472
Cat. 2 - Tasse di Concessioni Governative	280.000
Cat. 3 - Arrotondamenti	400
Totale Uscite Gestioni Speciali	2.524.872

TOTALE GENERALE USCITE

207.176.094

RIEPILOGO

Entrate	236.677.235
Uscite	207.176.094
AVANZO DI GESTIONE	29.501.141

COMUNICAZIONE AI SOCI AMD

La nostra Associazione può operare grazie soprattutto alla quota associativa annuale di L. 50.000 e che non verrà incrementata nel prossimo futuro. È importante quindi che ognuno di noi versi la quota con una certa regolarità o regolarizzi la propria posizione. Solo i Soci in regola con le quote '98 possono fare domanda di partecipazione ai Corsi AMD. I versamenti possono essere effettuati sul conto corrente postale 96304001 - AMD, v.le Carlo Felice 77, Roma

Riservato al pagamento con carta di credito (scrivere a macchina o a stampatello, spedire via fax all'indirizzo riportato in basso)

Cognome Nome
 Indirizzo: Via N.
 CAP Città Provincia
 Importo lire
 Tipo di carta di credito: VISA EUROCARD MASTERCARD
 Numero Scadenza
 Data Firma del titolare

N.B. Questo riquadro può essere utilizzato, indipendentemente dal pagamento delle quote sociali, anche per comunicare eventuali variazioni di indirizzo.

Chi volesse informazioni sulla propria situazione contabile può contattare la Segreteria Amministrativa: Viale Carlo Felice, 77 - 00185 Roma - Tel. 06/700.04.99 - Fax 06/77.20.11.95