SISDCA

Società **I**taliana **S**tudio **D**isturbi **C**omportamento **A**limentare

www.dca-disturbialimentari.org

Libro Bianco SISDCA 2010-2012
Stato di Salute

www.dca-disturbialimentari.org

Navigare nei 6 ambienti cliccando il bottone corrispondente

Down load del file LIBRO BIANCO
http://sisdcadisturbialimentari.weebly.com/libro-bianco.html

1. **SISDCA:**
   sapere cosa succede nel campo dei DAO

2. **CAFDAO:**
   informazioni sulla Formazione
   http://corsialtaformazionedao.weebly.com/

3. **DIABO-2011:**
   leggere i contributi del 6° Congresso Nazionale

4. **ARCHIVIO SOCI:**
   entrare nella propria scheda dati
   http://sisdcadisturbialimentari.weebly.com/istruzioni-archivio.html

5. **PLAYDCA:**
   entrare nel Network con password

6. **EWD:**
   utilizzare la rivista
   http://sisdcadisturbialimentari.weebly.com/la-rivista.html

Cap. A. Presentazione: Crescita e Futuro della SISDCA

Questo Libro Bianco è un documento che contiene la storia recente, le proposte progettuali e le azioni societarie nel settore DAO (Disturbi Alimentari Obesità) sostenute dal CDNR (Consiglio Direttivo Nazionale Ristretto) 2011-2014. In particolare mette in chiaro la "direzione" che si intende dare alla Società per lo sviluppo della sua crescita, alla luce delle profonde modificazioni che si sono verificate nel campo dei DAO in questi ultimi anni.

La presente bozza del Libro, preparata dal CDNR, è destinata al CNSR, il Senato della SISDCA (Consiglio Nazionale delle Sezioni Regionali), un nuovo organo della Società proposto dal Consiglio Direttivo Nazionale Ristretto il 29 Giugno 2012.

Il Senato è composto dai 74 componenti elettivi della Società come apparirà chiaro nel contesto della stesura del Libro.

La versione finale del Libro Bianco sarà presentata al CNSR nella sua 1° riunione del 1.12.2012 con tutti i commenti ricevuti entro la fine di Ottobre.

Seguirà un Libro Verde per promuovere una consultazione generale allargata a tutti i Soci Ordinari in regola.

Mentre il Libro Verde potrà esporre una gamma ufficiale di progetti e di azioni in fase esecutiva, il Libro Bianco contiene una raccolta di idee, di proposte e di azioni pragmatiche ai fini di un dibattito pubblico e costituisce lo strumento per la loro realizzazione. Il Libro Verde sarà presentato nel corso del 2013-2014.

Il Libro Bianco si suddivide nei seguenti Capitoli (A-F), Sezioni (1°-7°), Paragrafi (1-13) e Allegati Eventuali: Pag.

Cap. A. Presentazione: Crescita e Futuro della SISDCA	03
Cap. B. Organigramma della SISDCA	04
Cap. C. Indice Circostanziato	05
Cap. D. Syllabus Sintetico	07
Cap. E. Sezioni	11
Sez.1°: Mission: Mission SISDCA e Dichiarazione di Mission del Presidente, Paragr. 1 e 2	11
Sez.2°: Chi siamo. Caratterizzazione della SISDCA, Paragr. 3	14
Sez.3°: Chi vogliamo essere. Indicatori dello Stato di Salute, Paragr. 4-11	07
Sez.4°: Chi dobbiamo essere. Incarichi nominali e Responsabilità, Paragr. 6	**21**
Sez.5°: Cosa dobbiamo fare. Conclusioni Pragmatiche, Paragr. 12	**27**
Sez.6°: Per saperne di più. Appendici I-XX:	29
Sez.7°: Cosa faremo. Un Libro Verde, Paragr. 13	93
Cap. F. Allegati Eventuali	94

La lettura esaustiva delle **Appendici** e delle **Note** a piè di pagina permette di entrare nel cuore dell'azione e di comprendere l'importanza di attivare le **Conclusioni Pragmatiche**, mentre la sola lettura delle stesse costituisce il minimo onere indispensabile per chi fa parte del CDNA e del CNSR-Senato, essendo stato eletto. Ognuno potrà scegliere come procedere.

La lettura dell'**Indice Circostanziato** (Cap. C) e del **Syllabus Sintetico (Cap. D)** offre la possibilità di una sintesi ed è senz'altro utile e di rapida acquisizione degli elementi di base.

Dal dire al fare esiste solo un piccolo passo, collaborazione e buon senso, in un mare di problemi e difficoltà sic et simpliciter!

NB. Si invitano i Componenti del CDNA di consultare la Sez 4°, Paragr. 5, Pag. 21 e i componenti del CNSR-Senato di consultare la Sez. 4°, Paragr. 6, Pag. 22 (Posizioni, Incarichi, Responsabilità) per verificare la correttezza dei propri dati, segnalando eventuali imprecisioni e dati mancanti per soddisfare i propri impegni.

Arrivederci a presto in attesa dei vostri commenti.

BO 30 Ottobre 2012

Il Presidente della SISDCA
Nazario Melchionda

Cap. B. Organigramma della SISDCA

Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare

Disturbi Alimentari Obesità: DAO

Consiglio Direttivo, Organi, Comitati, Commissioni e Gruppi di Studio

Per le loro funzioni vedi Sez. 2°, Paragr 3.2.: Funzioni degli Organi della SISDCA

Assemblea Generale	Soci Ordinari in Regola con Diritto di voto
Consiglio Direttivo	**Diritto di voto**
Melchionda Nazario	Presidente
Donini Lorenzo	Presidente Eletto, Uff. di Presidenza, C.to Editoriale, C.to Scientifico, C.ne WEB, Steering Commeettee
Ballardini Donatella	Consigliere, Uff. di Presidenza, C.ne WEB
Bongiorno Antonello	Consigliere, Coo.re della C.ne Soci, C.to Editoriale, Steering Commeettee
Cerro Pierfabrizio	Consigliere, C.ne Relazioni Esterne
Di Pietro Giancarlo	Consigliere, Coo.re del C.to Scientifico, C.ne Regolamenti
Gravina Giovanni	Consigliere, Resp. Sezioni Regionali, Uff. di Presidenza, C.ne WEB, Coadiuva CNSR-Senato, Steering Commeettee
Guidi Lisa	Consigliere, C.to Formazione, C.to Editoriale
Lanzarone Cristina	Consigliere, C.to Editoriale
Manzato Emilia	Consigliere, C.to Editoriale
Manzi Sabato Antonio	Consigliere, C.to Formazione, C.ne Soci, C.ne Regolamenti
Milano Walter	Consigliere, C.ne Soci, C.ne Regolamenti
Prosperi Enrico	Consigliere, C.to Formazione, C.ne Soci
Spera Giovanni	Consigliere, Coo.re della C.ne Relazioni Esterne e della C.ne Regolamenti, Presiede CNSR-Senato, Steering Commeettee
Tarrini Giulietta	Consigliere, Resp. Amministrativa Naz. (RAN), Uff. Presidenza, C.ne Sezioni Regionali, C.ne WEB, Coadiuva CNSR-Senato
Bosello Ottavio	Past President, Socio Onorario, Uff. di Presidenza, C.to Editoriale, Steering Commeettee
Ostuzzi Roberto	Past President 1949-2009
Cuzzolaro Massimo	Past President, Socio Onorario, Uff. di Presidenza, Editor EWD Kurtis, C.to Editoriale, C.ne WEB, Steering Commeettee
Manara Fausto	Past President, Socio Onorario, C.ne Soci
Scapicchio Pierluigi	Socio Onorario
Zanetti Chiara	Web Master, Uff. di Presidenza
Nizzoli Umberto	Coo.re del C.to Editoriale, C.to Formazione, Steering Commeettee
CDNA	CDNR allargato ai Past Presidents, ai Presidenti e Presidenti Eletti, RAR Sezioni Regionali, Nizzoli Umberto
CNSR-Senato	Consiglio Nazionale Sezioni Regionali – 74 Componenti: Consiglieri CDNR, Consigli Direttivi Sezioni Regionali, RAR
RAR	Responsabili Amministrativi Regionali: Degli Esposti, Russo, Giombini, Scelzo, Ricci, Melcarne, Di Pietro, Minì
Steering Commettere GL.LPS	Bongiorno, Bosello, Cuzzolaro, Donini, Gravina, Melchionda, Nizzoli, Spera
CDNE: Gruppo di Studio (GL.LPS)	CDNA Allargato a Esperti Esterni: Capezzali D, Bertelloni S, Castelnuovo G, Cecchetto G, Cuzzocrea F, Dalla Ragione L, Dalle Grave R, Franzoni E, Guidi G, Guerri A, Gagliardini C, Gnessi L, Meneghini S, Molinari R, Notarbartolo L, Pennacchi L, Rago S, Ruggiero GM, Scaglia M, Schumann R, Tanas R, Tridenti G, Vanzo A, Zini D.
Ufficio di Presidenza	Ballardini, Bosello, Donini, Gravina, Tarrini, Zanetti
C.to Formazione	Coo.re Melchionda, Guerri, Guidi, Manzi, Nizzoli, Prosperi
C.to Editoriale	Coo.re Nizzoli, Bosello, Donini (Resp. Gazzetta della SISDCA), Guidi, Jacoangeli, Lanzarone, Manzato
C.to Scientifico	Coo.re Di Pietro, Bosello, Castelnuovo, Donini, Gravina, Todisco
C.ne Relazioni Esterne	Coo.re Spera, Cerro, Di Stani
C.ne Regolamenti	Coo.re Spera, Di Pietro, Milano
C.ne Sezioni Regionali	Resp. Gravina, Tarrini, Spera
C.ne Soci	Coo.re Bongiorno, Milano, Prosperi
C.ne WEB	Coo.re Melchionda, Ballardini, Cuzzolaro, Donini, Tarrini, Zanetti

Cap. C. Indice Circostanziato

A. Presentazione: Crescita e Futuro della SISDCA 03
B. Organigramma della SISDCA 04
C. Indice circostanziato 05
D. Syllabus 07
E. Sezioni 11
Sezione 1°: Mission 11
1. Mission della SISDCA e Costrutto della Formazione: O. Bosello e N. Melchionda 11
2. Mission del Presidente della SISDCA 11
2.1. Il Modello della Leadership Relazionale 12
2.2. La Dichiarazione della Mission del Presidente 13

Sezione 2°: Chi siamo 14
3.1. Caratterizzazione della vita Societaria attuale: Necessità della redazione del Libro Bianco 2010-2012 14
3.2. Funzioni degli Organi della SISDCA 16

Sezione 3°: Chi vogliamo essere 17
4. Indicatori 17
4.1. Prospetto Riassuntivo 17
4.2. Analisi Dettagliata 18
4.2.1. Numero degli iscritti 18
4.2.2. Rinnovo delle quote associative 18
4.2.3. Status della comunicazione e-mail 18
4.4.4. Eventi formativi svolti 19
4.2.5. Funzionamento delle Sezioni Regionali 19
4.2.6. Progetti di sviluppo in corso 19
- Seminario Regionale Emilia-Romagna
- Manuale ETOS - Certificazione di Eccellenza Professionale DAO
- Elaborazione di Percorsi Assistenziali Standard di Qualità Eccellente
- Corsi Regionali di Formazione Propedeutica (CRFP)
- Progetto Supervisori
- Manuale DAO SISDCA
- Consiglio Nazionale Sezioni Regionali (CNSR-SENATO)
- Pubblicazione della Gazzetta della SISDCA)
- Progetto per la introduzione di Soci Junior Under 30
- Questionario Coaching

4.2.7. Interazione sui contenuti nel Portale WEB 20
4.2.8. Lavoro Interattivo sull'Archivio Soci Informatico via WEB 21
4.2.9. Utilizzazione Network PLAYDCA 21
4.2.10. Utilizzazione della Rivista EWD 21

Sezione 4°: Chi dobbiamo essere 21
5. Tabella Nominale Posizioni CDNA 21
6. Tabella Nominale Responsabilità, Incarichi e Posizioni del CNSR-Senato 22
7. Soci irreperibili 25
8. Commenti dei Responders al file Stato di Salute Vers. 4, 5 e Libro Bianco 25
9. Agenda CAFDAO 2013: Preliminare 25
8°CAFDAO 25
10. Attività Formativa 2010-2011 26
10.1.: Atelier ANDID-SISDCA: Obesità Omeostatica e Obesità BED: Navacchio Settembre 2010 26
10.2.: ProFF-DAO: Programma Modulare per la Formazione dei Formatori 26
10.2.1. Modulo 1 Montanari: Metodologia di base della formazione per il raggiungimento di un obiettivo intersocietario (Bologna 22.1.2011) 26
10.2.2. Modulo 2 Albano: L'Educazione Terapeutica (Roma 18-19.3.2011) 26
10.3: DIABO-2011 26
11. 1° Verbale del CDNA del 17 Marzo 2012, ODG: Dove sta andando la SISDCA 27

Sezione 5°: Cosa dobbiamo fare 27
12. Conclusioni Pragmatiche 27
12.1.: Azioni Prioritarie 27
12.2.: Prerequisiti Concettuali 27

Sezione 6°: Per saperne di più 29
Appendici I-XX 29

I. La Mission della SISDCA e il costrutto della Formazione 29
II. Il Modello della Leadership Relazionale 30
III. Mission del Presidente Dichiarazione 33
IV. 10 Suggerimenti della Netiquette ovvero il galateo della Posta Elettronica in rete 35
V. Messaggio 1531.PRIORITA_2 di risposta ai Responders della 1530.PRIORITA 35
VI. Piano Formativo CAFDAO 2011-2013 36
VII. MCP: Mini-Corso di Perfezionamento svolto al DIABO 2011 1° Clinical Teaching Day 37
VIII. Elaborazione di Percorsi Assistenziali Standard di Qualità Eccellente in collaborazione con ANSISA 30
IX. Proposta Editoriale della Gazzetta della SISDCA 37
X. Declinazione delle competenze chiave del Coaching sull'Approccio Cognitivo Comportamentale trans-diagnostico dei DAO con distinzione relativa alla specificità delle differenti professionalità del Team Multi-disciplinare 39
XI. 6° CAFDAO: Giornata di studio sulla Terapia Farmacologia nei Disturbi Alimentari-Obesità e Comorbilità …… 40
XII. 1° CAFDAO: Epicrisi di Casi Clinici. 4 Seminari Multidisciplinari di addestramento all'inquadramento diagnostico …… 44
XIII. 1° GL.LPS: 45
1. Syllabus 46
2. Sintesi di Area 45
XIV. 5° CAFDAO: Formazione dei Formatori con commenti dei 35 partecipanti 50
Commenti dei 35 Partecipanti 51
XV. 3° CAFDAO: Empowerment dei Professionisti come metodo educativo nel TeamBuilding: Il Lavoro in equipe multidisciplinare … 52
XVI. 7° CAFDAO: Essere Leader. Corso di Formazione per Direttore-Responsabile di un Equipe-Servizio per i Disturbi Alimentari … 57
XVII. 2° CAFDAO: Corso di Alta Formazione Avanzato per l'Educazione Terapeutica Orientata e Strutturata (ETOS) … 59
Valutazione dei Partecipanti 62
XVIII. Commenti dei Responders al file Stato di Salute Vers. 4 e Vers. 5. 63
IXX. Attività Formativa 2010-2011 65
1. Atelier ANDID-SISDCA 71
Alcuni Commenti dei Docenti 71
2. ProFF-DAO: Programma Modulare per la Formazione dei Formatori 73
2.1. Modulo 1 Montanari 76
2.2. Modulo 2 Albano 76
3. DIABO-2011. 6° Congresso Nazionale SISDCA. Disturbi Alimentari Bologna: 17.11.2011 81
XX. Verbale CDNA del 17 Marzo 2012, ODG: Dove sta andando la SISDCA 82
ODG 82
Discussione dei messaggi inviati su maill e su PLAYDCA 83
Discussione senza votazione 85
Modulo Propedeutico Metodologia della Formazione 87
La PLN non viene presentata come modello terapeutico 88
Relazione consuntiva di Myriam Lopa 88
Conclusioni del CNDR: 9 livelli della formazione 89
All. 1: A proposito di New Age 91

Sezione 7°: Cosa faremo 93
13. Arrivederci al 1° Dicembre per la preparazione del Libro Verde 93

F. Allegati Eventuali 94

Cap. D. Syllabus Cicostanziato

Sezione 1°: Mission

La complessità dei DAO non può prescindere dal chiarimento della Mission della Società e da quella dei suoi Presidenti. Dopo un lungo periodo di riflessioni e due più recenti Presidenti condividono il loro pensiero cui partecipa, senza dubbio, anche il Presidente prematuramente scomparso, Roberto Ostuzzi.

1. Mission della SISDCA e Costrutto della Formazione: O. Bosello e N. Melchionda: Una doverosa puntualizzazione, dopo 20 anni dalla fondazione, come punto di riferimento programmatico per i Soci Senior che hanno vissuto il divenire della Società ma soprattutto per i Soci Junior, non solo in relazione all'anagrafe. La lettura della Mission della SISDCA è di stimolo per chi voglia attivarsi in senso propositivo per la prosecuzione futura.

2. Mission del Presidente della SISDCA: Mentre si assume la responsabilità del proprio stile di Leadership, il Presidente sviluppa il filone culturale e gli intenti delle Leadership precedenti di cui egli ha memoria essendo stato Presidente Eletto. Quindi il Presidente in carica 2011.1013 applica il metodo che gli consentirà di ottenere i migliori risultati per tutti gli Stakeholders, i portatori di interesse ossia le Persone. Il modello che afferma di sottoscrivere è quello del Relazionalismo che succede, in armonia con i tempi, a quello tradizionale del "comanda e controlla". Il Modello della Leadership Relazionale è quello in cui le Persone sono al centro del sistema basato su tre elementi: la Fedeltà, il Valore e l'Apprezzamento. A questi elementi attengono i loro 7 attributi: la Correttezza, la Fiducia, l'Attenzione, lo Scopo, il Divertimento e la Celebrazione. Sulla base di queste premesse il Presidente definisce con una Dichiarazione il suo impegno per il mandato 2011-2013 che hanno voluto dare gli Elettori. I futuri Presidenti arricchiranno certamente la Dichiarazione del Presidente 2011-2013 in relazione allo sviluppo che avrà la Società nelle prossime decadi perché il campo dai DAO si è praticamente appena aperto e si deve porre come supervisore autorevole di tutta la Comunità.

Sezione 2°: Chi siamo

Sebbene l'operatività della SISDCA ha un periodo di vita è assolutamente necessario definire chi siamo (vedi Organigramma degli Organi, dei Comitati, delle Commissioni e delle loro Funzioni) e quali sono le nostre funzioni anche perché negli ultimi anni lo scenario dei DAO è cambiato.

3.1. Caratterizzazione della vita Societaria attuale: Necessità della redazione del Libro Bianco 2010-2012: I tempi stanno cambiando dal disinteresse del passato ad una esplosione di intenti disordinata e dell'ultima ora per la costituzione di molte Società che si interessano di DAO, per l'interesse anche se tardivo delle Istituzioni, per le caratteristiche multi-dimensionali, multi-professionali e multi-disciplinari dove coloro che si interessano di DAO sono già Soci di altre Società afferenti alla propria Disciplina di base, per la mancanza di sponsor e per lo scarso interesse dell'Industria Farmaceutica, per la crisi economica che sta attraversando il paese che non permette di affrontare le spese per la formazione e infine per la grande attenzione all'Obesità date le profonde connessioni e intersezioni con il comportamento alimentare e i suoi disturbi non ultimo il Binge Eating. Pertanto dopo 7 mesi di lavoro è compito del Presidente tracciare lo Stato di Salute con la produzione di un Libro Bianco, che caratterizza la Società, considerando i sotto-elencati indicatori per attivare con azioni concrete il necessario rilancio della Società in relazione al cambiamento dei tempi.

3.2. Funzioni degli Organi della SISDCA: Dopo un anno di lavoro tutte le funzioni della Società stano prendendo quota e sono stilizzate in una tabella riassuntiva. Il CDNR si impegna a rivalutare tutte le funzioni che gli Elettori si aspettano.

Sezione 3°: Chi vogliamo essere

4. Indicatori. In merito ai 10 indicatori proposti va fatta una puntualizzazione: non hanno lo stesso valore: le "comunicazioni e-mail" e gli "eventi formativi" non possono essere messi sullo stesso piano. Il primo è solo una questione di buona volontà, Il secondo è il frutto di un intenso lavoro dei Comitati e dei gruppi di studio. Pur topo le difficoltà economiche dovute alla crisi non hanno consentito una larga partecipazione di allievi. Molti dei punti attengono, direttamente o indirettamente, alla comunicazione intra-società (punto 2, 7, 9) che in parte risente della mole di mail che ognuno riceve, per la serie numerosa e complessa dei problemi che emergono nel campo dei DAO. La pronta risposta ai messaggi e-mail consentirà di ridurre l'impegno della comunicazione perché molti messaggi sono ripetitivi. L'accumulo della mail non consente di comprendere bene il loro significato e genera disorientamento.

Sezione 4°: Chi dobbiamo essere

5. Tabella Nominale Posizioni del CDNA. La necessità di convocare un Consiglio Direttivo allargato ai Presidenti e ai Presidenti Eletti delle Sezioni Regionali nasce dalla considerazione che il Presidente e i 14 Consiglieri eletti dalla Assemblea Generale non possono soddisfare tutte le esigenze specifiche di realtà locali così eterogenee che riguardano i DAO. L'invito è specificamente espresso dall'Art. 22 dello Statuto.

6. Tabella Nominale Responsabilità, Incarichi e Posizioni del CNSR-Senato. Si invitano i Componenti del CNSR-Senato a consultare questa tabella per verificare la correttezza dei propri dati, segnalando eventuali imprecisioni e dati mancanti per soddisfare i propri impegni.

7. Soci irreperibili. Si chiede di fornire dati per un concreto riconoscimento

8. Commenti dei Responders al file Stato di Salute Vers. 4, 5 e Libro Bianco. Si ringraziano tutti coloro che sono intervenuti di cui ho tenuto in considerazione i rispettivi contenuti

9. Agenda CAFDAO 2013: Preliminare. Ancora una ipotesi che si deve concretizzare

10. Attività Formativa 2010-2011. E' stata svolta nel periodo di supplenza per la scomparsa prematura d Roberto Ostuzzi

11. 1° Verbale del CDNA del 17 Marzo 2012, ODG: Dove sta andando la SISDCA. Si tratta del 1° Verbale del Consiglio Direttivo Allargato con un ODG programmatico sul tema "Dove sta andando la SISDCA. Sono stati discussi alcuni punti del ODG che hanno sollevato divergenze di tipo politico-culturale-organizzativo con un dibattito che ha messo in chiaro la direzione che deve avere la Società nel prossimo triennio.

Sezione 5°: Cosa dobbiamo fare

12. Conclusioni Pragmatiche. Hanno la priorità: le funzioni della Sezioni Regionali, la campagna per nuovi Soci e Senior e l'apertura facilitata a nuovi Soci Junior, tutte le azioni necessarie per incentivare il rinnovo delle quote societarie, la promozione della comunicazione mail, un lavoro di Segreteria di assistenza ai Soci, il mantenimento del Sito WEB, l'organizzazione diretta di eventi regionali, la collaborazione con le altre Società, la partecipazione al CNSR-SENATO del 1° Dicembre, il raggiungimento degli obiettivi relativi ai progetti in fase di azione.

Sezione 6°: Per saperne di più: Appendici I-XX

La lettura esaustiva delle Appendici e delle Note a piè di pagina permette di entrare nel cuore dell'azione e di comprendere l'importanza di attivare le Conclusioni Pragmatiche, mentre la sola lettura delle Conclusioni Pragmatiche costituisce il minimo onere indispensabile per chi fa parte del CNSR-Senato, essendo stato eletto. Ognuno potrà scegliere come procedere.

I. La Mission della SISDCA e il costrutto della Formazione

……… "La formazione non consiste nel trasferimento di un insieme di nozioni ma è un processo complesso per fare acquisire livelli scientifici, intellettuali, culturali, emotivi, tecnici e pratici sempre maggiori, dove il linguaggio, l'approfondimento, la durata e il metodo formativo-educativo cambia per ogni progetto formativo. La formazione non si fa in tempi brevi, ma è nel contesto di un processo che deve durare anni, tutta la vita"………

II. Il Modello della Leadership Relazionale

Esistono due modelli di riferimento che sono relativi ai costrutti di base della Vision:
1. La Mission del tipo "comanda e controlla": è il modello tradizionale ormai superato per il profondo cambiamento dello scenario mondiale legato alla globalità della comunicazione che consente una conoscenza immediata degli eventi permessa dalla telefonia mobile, dalla televisione e dal WEB. Nell'ambito di questo modello si è conclusa la formazione, ormai esaustiva e centenaria, della Leadership predisposta per tale modello. Il culmine della parabola è stato ormai raggiunto e attualmente si assiste ad una caduta dei risultati che sono devastanti e non più proponibili in tutte le culture.
2: La Mission del tipo che mette in gioco il "Relazionalismo" dove le persone sono al centro del sistema basato su tre elementi: ……….

III. Mission del Presidente Dichiarazione

Contiene la dichiarazione in versione completa con un corredo esplicativo di note relative ai significati di coscienza, auto-consapevolezza, comunicazione proattiva, etica dela personalità, salto di paradigma, legge di Pareto.

IV. 10 Suggerimenti della Netiquette ovvero il galateo della Posta Elettronica in rete

Servono per utilizzare nel modo più efficace la posta elettronica.

V. Messaggio 1531.PRIORITA_2 di risposta ai Responders della 1530.PRIORITA

Lettera di ringraziamento inviata ai Responders (51%) alla 1530.PRIORITA dopo 4 giorni. La dilazione delle risposte comporta un super lavoro di segreteria che non ci possiamo permettere perchè costa tempo e denaro. Basta leggere la Tabella nominale del file "STATO DI SALUTE SISDCA_3". Tra le azioni che ho previsto cito l'uso del telefono che tuttavia comporta costi aggiuntivi. In tempo di crisi questa azione non si allinea alla "Spending Review"

VI. Piano Formativo CAFDAO 2011-2013

La Multi-disciplinarità è una delle sfide con cui la Ricerca, l'Assistenza e la Formazione dovranno prima o poi confrontarsi. A causa dell'elevato grado di specializzazione del sapere odierno, la possibilità che un solo campo del sapere si consideri preminente è ormai sempre meno credibile. L'Inter-disciplinarietà si pone così come possibilità per far comunicare, ed a un tempo progredire, i numerosi punti di vista che si sono aperti nel mondo della Medicina. L'amplificazione della conoscenza ha reso impossibile l'ideale del sapere a 360° e ha accelerato il processo di specializzazione. Il pensiero, costretto all'interno delle singole Discipline, ha evidenziato un disagio sempre più diffuso ed è stato il motore per superare i limiti di un sapere mono-disciplinare dove bisogna ricorrere alla convergenza sul medesimo ambito di specialisti provenienti da più campi. Questo percorso è l'unico percorribile ogni giorno di più, ma è complesso e pieno di difficoltà legate alla chiusura professionale e alla mancanza di modelli specifici di formazione.

VII. MCP: Mini-Corso di Perfezionamento svolto al DIABO 2011 1° Clinical Teaching Day

Argomenti di un Manuale in corso di pubblicazione costituito dalle lezioni del Mini Corso di Perfezionamento che si è svolto il 17 di novembre prima dell'apertura ufficiale del DIABO, con Seminari-dibattito interattivo tra studenti e docenti

VIII. Elaborazione di Percorsi Assistenziali Standard di Qualità Eccellente in collaborazione con ANSISA

Facendo seguito ad alcuni scambi informali con i Past President, Cuzzolaro e Bosello, propongo di pensare alla preparazione di un testo breve, non più di 200 pagine, meglio 150, che testimoni la vitalità scientifica della SISDCA e dell'ANSISA e offra un panorama, aggiornato e sintetico, di raccomandazioni (suggerimenti) cliniche e di principi teorici a quanti operano nel campo della cura e della prevenzione dei Disturbi dell'Alimentazione.
Data la relativa povertà di evidenze scientifiche forti, accanto alle segnalazioni dello stato attuale delle prove, documentate dalla letteratura scientifica e classificate secondo le gerarchie canoniche delle linee-guida, dovrebbe essere dato spazio a esperienze, ipotesi e considerazioni critiche che appaiono al gruppo di lavoro sufficientemente interessanti pur in assenza, ancora, di dimostrazioni empiriche di efficacia (p.e. la prevenzione integrata dei disturbi dell'alimentazione e dell'obesità).

IX. Proposta Editoriale della Gazzetta della SISDCA

Periodico semestrale della SISDCA in fase di preparazione da inviare a tutti i Soci i regola che avrà come contenuti abstract di articoli accettati da EWD e non ancora pubblicati, MiniSimposi, estratti dalla letteratura scientifica e tutte le notizie riguardanti lo scenario mondiale della DAO, Notizie: incontri, convegni locali, nazionali ed internazionali comprese le iniziative SISDCA sia nazionali che regionali, Progetti di ricerca: call for cooperation, risultati preliminari, Documenti ufficiali SISDCA, novità dal sito SISDCA e da PLAYDCA, Società Scientifiche: notizie da siti di società scientifiche (anche straniere) che operano in settori a noi affini

X. Declinazione delle competenze chiave del Coaching sull'Approccio Cognitivo Comportamentale trans-diagnostico dei DAO

E' preciso dovere istituzionale dei Professionisti che lavorano all'interno di un Team Multi-disciplinare, orientato alla diagnosi e alla Terapia dei DAO, ampliare il più possibile le opportunità di attivare processi e percorsi utili alla soluzione dei problemi di interesse psichiatrico, psicologico, nutrizionale e internistico che si presentano nelle differenti tipologie DAO.

Per diventare Formatore e/o Coach è necessario un training lungo e faticoso. Bisogna solo cominciare ed avere un intenso interesse che collima con una "passione". Il training si realizza impegnando tempo, denaro ed energie interiori rivolgendosi ad un professionista della formazione, meglio se di elevato livello, che si identifica in un programma dichiarato.

XI. 6° CAFDAO: Giornata di studio sulla Terapia Farmacologia nei Disturbi Alimentari-Obesità e Comorbilità ………

Premesse. Le linee guida più recenti concordano sul trattamento integrato multi-disciplinare come terapia elettiva nei DAO. E' previsto il coinvolgimento di più figure professionali e quindi l'impiego di strumenti terapeutici diversi: terapia medica e psico-farmacologica, terapia psicologica e terapia alimentare. Ad oggi l'utilizzo della sola terapia sembra non avere dato risultati soddisfacenti; tuttavia la ricerca in campo farmacologico continua a darci la possibilità di utilizzare principi attivi sempre nuovi che meritano di essere testati nei DAO. I dati della letteratura non sono incoraggianti per quello che riguarda gli studi clinici controllati, ma lasciano molti interrogativi a cui sarebbe auspicabile dare una risposta.

Chi si occupa di DAO sa che la terapia farmacologia rappresenta un valido aiuto nella gestione della maggior parte dei casi e non solo per il trattamento delle patologie in comorbilità che dovrebbe essere scontato.

XII. 1° CAFDAO: Epicrisi di Casi Clinici. 4 Seminari Multidisciplinari di addestramento all'inquadramento diagnostico ……

Premesse: I DAO (Disturbi Alimentari-Obesità) richiedono una formazione e un approccio multi-disciplinare, intesi come integrazione dei vari specialisti che si abituano a lavorare insieme per definire un quadro diagnostico completo del paziente e per impostare un adeguato percorso terapeutico. Questa modalità è completamente diversa dalla modalità di "consulenza" dove ogni specialista si occupa solo di una parte del problema ma non si preoccupa di avere una "visione d'insieme"………

XIII. 1° GL.LPS

Descrizione dei lavori del Gruppo di Lavoro sulle Linee Programmatiche che si è svolto a Navacchio nel Gennaio 2012 su 4 aree.

Area A: Formazione. Compito: Elaborare uno o più Progetti Articolati di alta Formazione con l'obiettivo di dare non solo qualità ma anche un "riconoscimento spendibile

Area B: Ricerca. Compito: Elaborare una o più Proposte di Protocolli di Ricerca Multi-centrica Centralizzata della SISDCA

Area C: Management Assistenziale. Compito: Elaborare un Modello di Assistenza Multi-professionale Integrata a livello Residenziale articolato con modelli Ambulatoriali coesi da una Leadership Direzionale accreditata

Area D: Business. Compito: Elaborare strategie di arruolamento di Nuovi Soci per la Leadership della SISDCA

XIV. 5° CAFDAO: Formazione dei Formatori con commenti dei 35 partecipanti

Premesse: In un periodo di grande concorrenza e competizione, ognuno è chiamato ad affrontare problematiche e sfide complesse. E' fondamentale che ciascuno ottenga il massimo rendimento. Sviluppare il proprio potenziale è fondamentale per raggiungere con successo gli obiettivi di vita professionale e personale.

1° Modulo: Presentazione della Piattaforma L2L: Live To e.Learning presso il CINECA si è svolto al CINECA. Si struttura in una sessione che ha per contenuto la presentazione della piattaforma L2L

2° Modulo Formazione dei Formatori: Un salto di qualità: 1. Cosa spinge davvero una persona ad agire? Che risultati può ottenere, chi sa supportare e motivare il proprio interlocutore in ogni situazione? 2. Come fanno i grandi oratori a catturare l'attenzione del pubblico?
Cosa rende un intervento in pubblico "memorabile", oppure semplicemente "uno fra i tanti"? 3. Quanto influisce lo stress negativo, sulla qualità di un intervento in pubblico?
Come si fa per sfruttare lo stress a proprio vantaggio?

XV. 3° CAFDAO: Empowerment dei Professionisti come metodo educativo nel TeamBuilding: Il Lavoro in equipe multi-disciplinare

Premesse: Il lavoro con pazienti con DAO prevede la costituzione di equipe multi-disciplinari che condividano progetto terapeutico e linee di approccio alla patologia. Attualmente i percorsi formativi per ognuna delle professionalità coinvolte nel trattamento dei DAO (Medici, Dietisti, Psicologi, Internisti.) non prevedono un percorso di formazione specifico sulle modalità di lavoro in team multi-disciplinare le cui dinamiche, di fatto, vengono lasciate al buon senso dei singoli componenti. I DAO obbligano ad una modalità di lavoro che mette "la persona" al centro del problema e che diventerà sempre più necessaria per tutte le patologie complesse. In particolare deve diventare la modalità di approccio anche dell'area obesità come è ben sottolineato dall'acronimo DAO. Solo un'adeguata impostazione diagnostico-terapeutica multi-disciplinare permette la formulazione di un progetto a misura di paziente: l'incontro dei vari specialisti permette la scelta del trattamento sulla base delle priorità internistiche, psichiatriche, psicologiche e nutrizionali) in relazione alla situazione clinica del paziente ……………

XVI. 7° CAFDAO: Essere Leader. Corso di Formazione per Direttore-Responsabile di un Equipe-Servizio per i Disturbi Alimentari …

Premesse. La direzione del Servizio per i DA e per i DAO è lo strumento cruciale per realizzare piani di trattamento multi-disciplinari integrati. Senza un leader competente nessuna equipe può funzionare in modo efficace. Tuttavia i Responsabili di Servizio non hanno alcuna formazione specifica per potere assumere quel ruolo. La loro impreparazione rende spesso difficile e poco efficace il lavoro di equipe: ne risente il clima interno ma soprattutto i pazienti curati a volte da equipe caotiche, confuse o, peggio, conflittuali. Gli stessi Responsabili impreparati possono subire le conseguenze della mancanza di formazione: il loro lavoro diventa fonte di sofferenza. Le strutture, siano private, pubbliche o sociali, applicano generalmente un modello di leadership di tipo comanda e controlla. Esiste invece un modello relazionale che parte da un presupposto diverso: ottenere il successo con la motivazione delle persone. L'approccio relazionale non vuole eliminare o sostituire il solido business del guadagno, ma vuole indirizzare le abilità manageriali in un contesto pragmatico in cui possano essere ottimizzate. Per fare crescere una struttura spesso le teorie non considerano un problema: non tutti lavorano allo stesso modo, per cui uno schema non è valido per tutti.
La leadership relazionale non è un modello strano, ma un metodo per costruire e rafforzare le capacità direttive grazie alla valorizzazione del personale o dei componenti di un team: si passa perciò dal concetto di dipendente al concetto di persona che possiede una forte cultura della leadership.
E' opportuno tenere in considerazione la struttura di personalità dei leader e che chi gestisce un team faccia su se stesso il lavoro personale psicologico. Spesso nei gruppi di lavoro si affermano persone molto competitive nelle relazioni con gravi tratti narcisistici.

XVII. 2° CAFDAO: Corso di Alta Formazione Avanzato per l'Educazione Terapeutica Orientata e Strutturata (ETOS) …

Premesse. L'Educazione Terapeutica è designata all'addestramento del paziente nelle abilità di auto-gestione o adattamento del trattamento alla sua particolare situazione di cronicità, nonché nei processi di coping. Deve anche contribuire a ridurre i costi dell'assistenza a lungo termine sia per i pazienti che per la società (Report of a WHO Working Group 1998). L'educazione terapeutica, nasce come nuovo paradigma di cura per le malattie croniche attraverso il passaggio da un intervento prescrittivo ad uno in grado di considerare il malato protagonista della cura. L'OMS definisce l'Educazione Terapeutica come un processo continuo, strutturato, multi professionale, impartito da operatori sanitari formati nelle metodologie di educazione dei pazienti.

XVIII. Commenti dei Responders al file Stato di Salute Vers. 4 e Vers. 5 e Libro Bianco

IXX. Attività Formativa 2010-2011

1. Atelier ANDID-SISDCA è un laboratorio di alto livello formativo. Riguarda l'Educazione Terapeutica, la Psico-Educazione e la Ristrutturazione Cognitiva propria del Modello Cognitivo-Comportamentale, dirette al Management dell'Obesità Omeostatica e alle forme associate a Binge Eating Disorder. Si propone di familiarizzare con le indicazioni che provengono da Modelli EB pubblicati, di allenare i partecipanti al Team-Approach interdisciplinare e multi-professionale integrato, di adattare alla realtà nazionale i Modelli esistenti, di porre le basi per la Produzione di nuovi Modelli
L'Atelier si sviluppa su 2 Moduli: 1°: Obesità Omeostatica e 2°: Obesità BED. Per ogni Modulo sarà presentata una Lezione Frontale da parte di esperti. Seguirà un lavoro per piccoli gruppi.

2. ProFF-DAO: Programma Modulare per la Formazione dei Formatori
Il Modulo 1. Montanari: Costituire una delegazione intersocietaria di esperti per essere ricevuta dal Ministro della Sanità per una interpellanza ministeriale con una lettera di presentazione. Il modulo è guidato da un metodologo che svilupperà la raccolta dei contributi e analisi "SWOT", i punti di forza e criticità segnalati dai partecipanti relativamente alle proprie attività professionali ed associative, le opportunità e minacce presenti negli ambiti professionali, operativi e politici esterni alle associazioni partecipanti, la costruzione di una mappa strategica per lo sviluppo del Progetto-Programma, la presentazione del modello logico di base del programma per ottenere i risultati attesi
Il Modulo 2. Albano d'Yvernois: Formazione dei Formatori al trattamento dei Disturbi Alimentari Obesità compresa. L'Educazione Terapeutica del Paziente è una tecnica strutturata con contenuti specifici attinenti all'ambito della patologia che il professionista deve conoscere a fondo. Nell'Obesità e nei DCA la ETP può essere altrettanto importante, ma siamo in ritardo di 15 anni. Si devono ancora definire i contenuti relativi all'Obesità Omeostatica e all'Obesità BED. Si può quindi prevedere una ETP orientata all'Obesità e ai Disturbi Alimentari e all'Obesità in senso più lato. Anche in questo caso dovrà essere programmata una serie di ricerche per produrre le evidenze. Già a Ginevra 5 anni fa è iniziato un Trial presso la scuola di JF Assal.

3. DIABO-2011. 6° Congresso Nazionale SISDCA. Disturbi Alimentari Bologna. Cosa e come apprendere a 360° sui nuovi scenari. Modelli clinici e organizzativi, Prevenzione e Cura, Facilitazione dell'accesso, Ricerca, Laboratori, Formazione, Team Approach Multi-professionale. Riunioni Precongressuali Riservate: l. Discussione Progetto di legge On.le Marino: Disposizioni in materia di prevenzione, cura e riabilitazione dell'Obesità e dei DAO. 2 I DA verso il DSM-5 Presentazione e discussione del volume "Developping an Evidence-Based classification of Eating Disorders: Scientific Findings for DSM-5".

XX. Verbale CDNA del 17 Marzo 2012, ODG: Dove sta andando la SISDCA

Si tratta del 1° Verbale del Consiglio Direttivo Allargato con un ODG programmatico sul tema "Dove sta andando la SISDCA. Sono stati discussi alcuni punti del ODG che hanno sollevato divergenze di tipo politico-culturale-organizzativo con un dibattito che ha messo in chiaro la direzione che deve avere la Società nel prossimo triennio.

Sezione 7°: Cosa faremo

13. Arrivederci al 1° Dicembre per la preparazione del Libro Verde. Il 1° Dicembre è convocato il CNSR-Senato della SISDCA per la presentazione del Libro Bianco a tutti i 74 Componenti. Le istruzioni saranno date in itinere appena ricevuti i commenti a questa bozza entro il 30 Ottobre.

F. Allegati Eventuali

Cap. E. Sezioni

Sezione 1°: Mission

1. La Mission della SISDCA e il Costrutto della Formazione: O.Bosello e N. Melchionda

In senso generale, la missione di una Istituzione è il suo compito di diffondere un messaggio. Qualsiasi sia l'Istituzione, il compito è sempre così riassumibile "**aumentare il sapere, diffondere il sapere e insegnare a saper fare**". Nel caso di una Società scientifica, è quasi tautologico affermare che il primo compito è quello di contribuire ad aumentare e diffondere il sapere scientifico; di conseguenza viene la necessità di contribuire a saper mettere in pratica i contenuti del sapere, cioè il saper fare.

Mediante una enunciazione esplicita, "**Mission Statement**", ogni Società Scientifica dichiara quali sono i contenuti e le peculiarità che la distinguono e la differenziano da altre consimili. Lo scopo dell'istituzione deve essere chiaro, ma non riduttivo; deve contenere principi scientifici, ma anche morali e sociali ..... **Vedi Appendice (i)**

La formulazione di questa Misssion è stata oggetto di discussione e approvazione a Navacchio (Pisa) durante la riunione del 1° Gruppo di Lavoro sulle Linee Programmatiche della SISDCA il 21 Gennaio 2012. Rispetta nella sostanza il contenuto dell'Articolo 3a e 3b dello statuto approvato dalla Assemblea Generale il 18 Novembre 2011: "a. La Società che non ha scopo di lucro, ha come oggetto la promozione di studi, ricerche e iniziative culturali e le loro applicazioni pratiche che riguardano i disturbi del comportamento alimentare e le loro complicanze. Per il raggiungimento dei propri scopi la Società può estendere anche al di fuori dell'ambito nazionale il suo campo di azione e promuovere intese con organismi aventi analoghe finalità. b. La Società, a carattere interdisciplinare, opera nei settori dell'assistenza socio-sanitaria, della prevenzione, della istruzione, della formazione e della ricerca scientifica."

Una doverosa puntualizzazione dopo 20 anni dalla fondazione come punto di riferimento programmatico per i vecchi Soci che hanno vissuto il divenire della Società ma soprattutto per i giovani Soci Junior, non solo in relazione all'anagrafe.
La lettura della Mission della SISDCA è di stimolo per chi voglia attivarsi in senso propositivo per la prosecuzione futura.

2. La Mission del Presidente della SISDCA.

Il Presidente della SISDCA rimane in carica per tre anni dopo essere stato Presidente Eletto per tre anni. Come Presidente Eletto coadiuva il Presidente in carica nella conduzione della Società e mantiene la memoria del Presidente in carica mentre si assume la responsabilità del proprio stile di Leadership e quindi può anche diversificare il modo di condurre la Società in attinenza alla situazione ambientale in divenire. Nello spesso tempo il Presidente, come tutti i Presidenti di qualsiasi organizzazione, è coadiuvato dai componenti eletti del Consiglio Direttivo. Nel caso della SISDCA, che ha una connotazione specificamente multi-disciplinare, il Consiglio Direttivo è composto da 6 Psichiatri, 3 Psicologi, 4 Internisti, 1 Nutrizionista e 1 Dietista. Con questa composizione il Consiglio Direttivo della SISDCA è sufficientemente equilibrato in termini di multi-disciplinarità così come cita lo statuto. **Nota**[1]

Pertanto la Mission del Presidente della SISDCA deve attenersi a quella della Società che conduce mentre il suo stile di Leadership può essere molto personale in quanto si assume la responsabilità di applicare il metodo che gli consentirà di ottenere i migliori risultati per tutti gli **Stakeholders, ossia i portatori di interesse, le Persone**, tra cui la Comunità spesso ignorata. Per questo compito l'unico modello che il Presidente deve sottoscrivere è quello

---

1 E' opportuno che nel Consiglio Direttivo siano rappresentate le principali aree disciplinari: medicina interna, psichiatria, nutrizione, dietistica e psicologia (Art. 9.i)

di agire in modo etico e di rendersi visibile, cosa che instaura un clima di fiducia Nota[2], di soddisfazione e di collaborazione. Il Modello della Leadership Relazionale sembra avere tutti i requisiti necessari per raggiungere gli obiettivi inerenti alla Mission. La Dichiarazione di Mission del Presidente rappresenta il cartello esaustivo che viene pubblicato in questo Libro Bianco.

2.1. Il Modello della Leadership Relazionale. Nota[3]

Esistono due modelli di riferimento che sono relativi ai costrutti di base della Vision:

1. La Mission del tipo "comanda e controlla": è il modello tradizionale ormai superato per il profondo cambiamento dello scenario mondiale legato alla globalità della comunicazione che consente una conoscenza immediata degli eventi permessa dalla telefonia mobile, dalla televisione e dal WEB. Nell'ambito di questo modello si è conclusa la formazione, ormai esaustiva e centenaria, della Leadership predisposta per tale modello. Nota[4] Il culmine della parabola è stato ormai raggiunto e attualmente si assiste ad una caduta dei risultati che sono devastanti e non più proponibili in tutte le culture.

2: La Mission del tipo che mette in gioco il "relazionalismo", dove le Persone, gli Stakeholders, sono al centro del sistema basato su tre elementi:

1. Fedeltà
2. Valore
3. Apprezzamento

A questi 3 elementi si riferiscono 7 attributi: correttezza, carattere, fiducia, attenzione, scopo, celebrazione e divertimento. "Non si può negare il gelato ad un bambino che ha visto che tutti lo hanno". La formazione dei Leader predisposti a questo tipo di modello è appena nata. Vedi appendice per il seguito esteso del modello. Vedi Appendice([ii])

Nucleo Centrale		**Leadership Relazionale: fa le cose giuste (perché) e può associarsi al Management che fa le cose bene (come)**
Le Persone	Target	Gli **Stakeholders:** i Soci della SISDCA, l'Utenza, le Istituzioni, i Politici, la Comunità Scientifica e Professionale sono tenuti sullo stesso piano e al centro dell'attenzione.
Elementi	**Attributi**	Lavorano tutti all'unisono come parti di un complesso ingranaggio
1. Fedeltà: Rappresenta l'anima	**1. Correttezza**	I Leader non mostrano egoismo, favoritismi e pregiudizi per raggiungere l'equilibrio tra interessi contrastanti. Hanno apertura verso le idee innovative, i proponimenti qualificati e le azioni concrete

---

2 **Fiducia:** Termine di complessa trattazione. Non si trova nemmeno su Wikipedia. Sentimento di attesa ottimistica verso qualcuno o qualche cosa. L'ironia e la saggezza dei proverbi può essere d'aiuto. Alcuni esempi: "A veste logorata poca fede viene prestata", "Bocca chiusa e mano fida, van sicure in ogni dove", "Chi mantiene la sua parola col fatto, è vero uomo", "Chi non sa mentire, crede che tutti dicano il vero", "Chi mantiene la sua parola col fatto, è vero uomo", "Chi si fida è ingannato", ecc.

3 **Frank McIntosh**, The Relational Leader. A revolutionary frameworh to engage your team, 2011.

4 **Significati della Leadership:** Bernard Bass nel manuale sulla leadership propone 11 categorie di significati attribuiti alla leadership nel corso dell'ultimo secolo, tra cui:
Leadership come focus della dinamica di gruppo, il leader viene visto da alcuni autori come protagonista, punto di polarizzazione, centro focale di gruppo. La tendenza che si riscontra in queste prospettive di studio è di considerare il concetto di leadership strettamente a struttura e dinamiche di gruppo;
Leadership come l'arte di indurre il consenso: è definita come l'abilità di aiutare le persone così da ottenerne il meglio con i minimi contrasti e la massima cooperazione attraverso il contatto face-to-face tra leader e subordinati;
Leadership come esercizio dell'influenza, l'utilizzo del concetto di influenza segna un passo decisivo nell'astrazione del concetto; gran parte degli studiosi che operarono negli anni cinquanta utilizzarono definizioni affini. Il concetto di influenza implica una relazione reciproca tra individui, non necessariamente caratterizzata da dominio, controllo o induzione del consenso da parte del leader;
Leadership come strumento per raggiungere l'obiettivo: questa idea è comune a molti studiosi che l'hanno inclusa nelle proprie definizioni, ma alcuni più di altri hanno centrato la loro sul raggiungimento dell'obiettivo; Questi studiosi considerano la leadership come forza principale per stimolare, motivare e coordinare coloro che si muovono per raggiungere un obiettivo comune.

Nucleo Centrale		Leadership Relazionale: fa le cose giuste (perché) e può associarsi al Management che fa le cose bene (come)
	2. Carattere	Il Leader si attiene ad elevati livelli di etica e di moralità che trascendono da qualsiasi convinzione politica, ideologica o religiosa e che si mantenga costante nel tempo.
	3. Fiducia	Il Leader è costantemente coerente ai propri principi e in particolarmente quelli delle persone.
2. Valore: E' la base solida	**4. Attenzione**	I Leader osservano e ascoltano le persone. L'attenzione fa capire che si rispetta una persona ascoltando seriamente quello che ha da dire.
	5. Scopo e determinazione	I Leader promuovono obiettivi giusti e appaganti che devono essere definiti con chiarezza.
3. Apprezzamento Fornisce entusiasmo ed energie	**6.Divertimento**	I Leader promuovono attività che favoriscono il sorriso, la serenità e il relax
	7.Celebrazione	I Leader danno regolarmente omaggio ai risultati ottenuti. Bisogna sempre festeggiare la vittoria anche con piccole spese. Basta una e-maill di congratulazione.

Mentre il Presidente si assume la responsabilità del proprio stile di Leadership, sviluppa il filone culturale e gli intenti della gestione precedente di cui ha memoria essendo stato Presidente Eletto.

Quindi applica il metodo che gli consentirà di ottenere i migliori risultati per tutti gli Stakeholders, i portatori di interesse, le Persone. Il modello che afferma di sottoscrivere è quello del Relazionalismo che succede, in armonia con i tempi, a quello tradizionale del "comanda e controlla".
Il Modello della Leadership Relazionale è quello in cui le Persone sono al centro del sistema basato su tre elementi:
Fedeltà, Valore e Apprezzamento.
A questi elementi attengono gli attributi della Correttezza, della Fiducia, dell'Attenzione, dello Scopo, del Divertimento e della Celebrazione.

2.2. La Dichiarazione di Mission del Presidente

Sulla base di queste premesse relative alla Mission e alla Vision della Leadership è stata formalizzata la Dichiarazione di Mission che attiene alla Vision della integrità. **Nota**[5] La redazione ha tenuto in considerazione il Modello Relazionalistico di cui al punto 2.1. **Vedi Appendice** (iii)

1. Prenderà iniziative assumendone le responsabilità.
2. Eserciterà l'ascolto.
3. Avrà un linguaggio proattivo.
4. Penserà a cosa lascerà alla fine del suo mandato.
5. Condividerà col Consiglio Direttivo della Società proposte attuative.
6. Faciliterà la redazione di una Dichiarazione della Mission della Società.
7. Avrà la forza per il salto dal paradigma dell'etica personalità.

---

5 **Integrità:** Parlando di integrità rende perfettamente l'idea: c'è allineamento tra i pensieri le parole e le azioni. Non si sta parlando di valori etici. I valori etici sono costrutti teorici, mentali, si esprimo spesso in: "non si fa, non si deve, ecc". L'Integrità esprime certo dei valori, ma è implicita, vuol dire essere interi e autentici e li mette in pratica direttamente con le azioni.
Il termine "Integrità" deriva da integro. Integro significa che non è mai stato toccato, a cui non manca nulla. E'quindi puro e incorrotto, ma anche intero. Non si sta parlando di valori etici (o morali), anche se la condizione di integrità porta inevitabilmente a esprimere determinati valori. Integro è un valore, mentre Integrità è lo stato in cui possiamo esprimere un insieme di valori interiori autentici e coerenti attraverso i loro diversi livelli.

8. Userà tecniche di semplice richiesta di suggerimenti.
9. Leggerà questa Dichiarazione prima di prendere decisioni.
10. Considererà la Legge di Pareto dell'80-20%.
11. Contribuirà al raggiungimento per il successo dells leadership nel territorio.
12. Correggerà i propri errori e chiederà di essere aiutato.

Il Presidente dichiara il suo impegno per il mandato 2011-2013 che hanno voluto dare gli Elettori.

I futuri Presidenti arricchiranno certamente la Dichiarazione del Presidente 2011-2013 in relazione allo sviluppo che avrà la Società nelle prossime decadi, perché il campo dai DAO si è praticamente appena aperto e si apre con determinazione esaustiva a tuta la Comunità.

Sezione 2°: Chi siamo

3.1. Caratterizzazione della vita societaria attuale: Necessità di redazione del Libro Bianco SISDCA 2010-2012

I Disturbi Alimentari emergono in questi ultimi anni dopo un lungo periodo di interesse legato solo a pochi cultori che hanno fondato la SISDCA nel 1991. L'interesse attuale è dilagato a dismisura senza regole in un caos di iniziative realizzate senza alcuna programmazione. La SISDCA pertanto sta attraversando un momento complesso e difficile, nel contesto che interessa tutto il Paese, caratterizzato da:

A. **Esistenza** di altre Società che operano nel campo dei DCA: SIPA, ANSISA, SIO, ADI, AIDAP, FIDA, et al che hanno obiettivi eterogenei, encomiabili di per sé, ma contribuiscono alla perdita di credibilità nei confronti delle Istituzioni e sono determinanti nel creare disorientamento nei riguardi dell'Utenza. Il processo di unificazione delle Società cointeressate ai DAO è stato prospettato al ProFF-DAO di Bologna nel 2010 ma non ha raggiunto un esito propositivo conclusivo (vedi Appendice XIX).

B. **Interesse** per i DCA del Ministero della Salute e dell'ISS senza adeguato riconoscimento della leadership della SISDCA, nonostante i suoi tre elementi base che indirizzano il lavoro per i Disturbi Alimentari Obesità compresa (DAO) da oltre 20 anni e rappresenta certamente la massima Leadership clinica italiana:

1. Caratterizzazione della rivista Eating and Weight Disorders sostenuta dalla Società stessa. **Nota**[6]

6
Eating and Weight Disorders. Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity (EWD) è una rivista scientifica in lingua inglese fondata nel 1996 (Editice Kurtis srl, www. kurtis.it).
Il comitato editoriale internazionale di Eating and Weight Disorders raccoglie ricercatori di molti Paesi, attivi e ben noti nel campo degli studi sui disturbi dell'alimentazione e dell'obesità.

Obiettivi. EWD è uno dei cinque giornali scientifici in lingua inglese pubblicati nel mondo e mirati ai disturbi dell'alimentazione. Ecco l'elenco, in ordine cronologico di nascita con l'indicazione del sito web di riferimento:
- 1982: International Journal of Eating Disorders, (www.interscience.wiley.com)
- 1993: European Eating Disorders Review, (www.interscience.wiley.com)
- 1993: Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention (www.tandf.co.uk)
- 1996: Eating and Weight Disorders. Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity (www.kurtis.it)
- 2000: Eating Behaviors: An International Journal (www.elsevier.com).

EWD è la prima rivista scientifica italiana in lingua inglese su questo tema ed è tuttora l'unica al mondo dedicata insieme ai disturbi dell'alimentazione e all'obesità. L'idea ispiratrice, pionieristica, è stata una costante attenzione alle intersezioni e alle integrazioni fra i due territori1.
EWD è una rivista scientifica periodica, trimestrale. Fin dall'inizio è stata prestata la massima attenzione alla qualità dei lavori pubblicati, tutti rigorosamente peer reviewed, con un collegio di revisori di alto e riconosciuto livello scientifico. Alla fine di ogni anno, nel quarto numero di ogni volume, è stato pubblicato l'elenco dei reviewers consultati nel corso dei dodici mesi precedenti.

2. Lo Studio della Prevenzione e della Terapia dei Disturbi Alimentari deve essere inter-disciplinare e multi-professionale integrato. **Nota**[7]
3. Grande attenzione all'Obesità per le profonde connessioni e intersezioni con il comportamento alimentare e i suoi disturbi e per essere il sintomo visibile del Disturbo Alimentare, che sul piano epidemiologico è certamente di rilevante interesse ma sottovalutato, il Binge Eating.

C. La **crisi** economico-politica non permette lo sviluppo di attività formative, l'organizzazione di eventi culturali e societari, l'acquisizione di nuovi Soci specialmente per i giovani e il rinnovo della quota associativa.

D. Per le **caratteristiche multi-dimensionali**, multi-disciplinari e multi-professionali sono da considerare le difficoltà e le carenze della Società perché la maggior parte dei Soci è già membro anche di altre Società relative alla propria disciplina o professione, verosimilmente più anziane, più

Sono accolti solo lavori originali con finalità culturali e scientifiche e dichiarazione di ogni eventuale conflitto d'interessi. Sono sempre richiesti l'approvazione del Comitato Etico competente in accordo con la Dichiarazione di Helsinki (1964) e il rispetto delle leggi nazionali e degli accordi internazionali per le sperimentazioni su animali (NIH publication No. 85-23, revised 1985). Dal 2005, sul modello seguito da altre prestigiose riviste (un esempio è Pediatrics, http://pediatrics.aappublications.org), Eating and Weight Disorders ha compreso una parte cartacea e online e un'altra in formato esclusivamente elettronico. Dalla fine del 2009 l'intera rivista è pubblicata solo online. Il trasferimento solo-online ha avuto due obiettivi principali: accelerare i tempi di pubblicazione dei lavori ed esercitare un possibile effetto volano sull'impact factor.

Risultati. Nell'arco di quindici anni di vita, la qualità scientifica dei contributi proposti a Eating and Weight Disorders è continuamente cresciuta e sono molto aumentate la sua notorietà e gli apprezzamenti ricevuti in campo internazionale come forum di confronto per ricerche multidisciplinari dedicate ai disturbi del comportamento alimentare e all'obesità. Grazie all'accurato lavoro dei revisori, la rivista è stata e conta di continuare a essere un'ottima palestra di addestramento alla ricerca e alla pubblicazione per giovani studiosi italiani e stranieri. I lavori pubblicati spaziano dalla ricerca biologica di base, agli studi teorici e clinici nel campo dell'anoressia nervosa, della bulimia nervosa, dei disturbi dell'alimentazione atipici, del sovrappeso e dell'obesità.
Il rejection rate, il tasso dei lavori respinti, è superiore al 60%. Finora sono stati pubblicati su Eating and Weight Disorders i risultati dei lavori di autori di 43 Paesi: Argentina, Australia, Austria, Belgio, Brasile, Bulgaria, Canada, Cile, Cina, Corea, Croazia, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Giappone, Grecia, India, Iran, Iraq, Israele, Italia, Messico, Norvegia, Nuova Zelanda, Olanda, Pakistan, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Russia, Serbia, Spagna, Stati Uniti d'America, Sud Africa, Sultanato di Oman, Svezia, Svizzera, Turchia, Ungheria, Zimbabwe.
EWD figura da oltre dieci anni nei più prestigiosi database internazionali per le riviste scientifiche in campo medico e psicologico: Index Medicus, MEDLINE, PsycINFO, SIIC Data Bases, Science Citation Index Expanded (SciSearch®) e Journal Citation Reports/Science Edition. Nel 2009 ha ottenuto il suo primo incoraggiante, Impact Factor, specialmente sofferto per la concorrenza di potenti case editrici internazionali (Wiley, Elsevier etc.).
2009 JCR: Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia Bulimia and Obesity
Total Citations: 419
Journal Impact Factor: 0.831

7 **Inter-disciplinarità e Multi-professionalità Integrata.** Il termine non va confuso con multi-discipliarità che ha un significato differente, cioè quello della semplice giustapposizione di discipline diverse, senza rapporto apparente tra loro. Prima di dare una definizione occorre premettere che un approccio inter-disciplinare non può attuarsi senza aver chiari i nuclei fondanti delle singole discipline. L'inter-disciplinarità presuppone la ineludibile integrazione dei saperi, delle procedure e dell'elaborazione con un linguaggio comune, che permette scambi concettuali e metodologici. In altri termini l'inter-disciplinarità può essere definita come l'unitarietà del sapere attraverso la trasversalità delle competenze. La specificità di un sapere disciplinare deriva dal modo particolare in cui esso declina competenze che sono trasversali a tutti gli ambiti disciplinari. Quindi l'Integrazione delle Professionalità esprime la traduzione operativa dell'Inter-disciplinarità che significa "toccare nei suoi aspetti principali il modo complessivo di "fare professione". Significa saper partire dalla pratica reale e non dalle sue interpretazioni teoriche. Esse sono già sistematizzate in un ben definito settore conoscitivo, le Discipline e le Specialità professionali. L'Inter-disciplinarità permette pertanto di saper partire dalle situazioni problematiche della pratica, da fenomeni e realtà globali sempre complessi e mai riconducibili ad un confinato ambito settoriale specifico. Certamente, le discipline o le specialità sono sistemi necessari per la comprensione della realtà, ma devono essere considerati solo "impianti metodologico-conoscitivi di valore sempre relativo e di portata parziale". Questi sono bisognosi di continue e reciproche interazioni tra le dimensioni scientifiche già note e quelle non ancora messe a punto dalla cultura ufficiale per la comprensione della realtà. Quindi nulla è scritto, vale a dire come si deve fare, ma la creatività, l'invenzione e l'uniformità a bisogni emergenti costituiscono un campo affascinante di lavoro eclettico e innovativo. Ovviamente le soluzioni non sono "sul tavolo" ma bisogna inventarle e renderle operative soprattutto quando sono attinenti a interessi professionali. Pertanto l'integrazione delle professionalità va vista non come sovrapposizione di ambiti professionali o affiancamento di discipline diverse, non come somma di competenze, ma come esplicazione di un ben più impegnativo e serio tentativo di impostare l'intero iter clinico. Non: "Di che ti mando io" ma: "Parliamone insieme". Il primo caso si riferisce al Professionista che invia il Paziente ad un altro Professionista. Nel secondo caso i due (o più) Professionisti si attivano insieme, con un comune linguaggio, per la soluzione di problemi che riguardano l'iter diagnostico-terapeutico. Quindi è possibile ritenere che un Team Multi-disciplinare di Professionisti, integrato all'insegna della Inter-disciplinarità, possa operare molto meglio di Professionisti isolati, anche se molto preparati ma che non comunicano all'unisono.

organizzate e con appeal forse anche affettivo, per motivazioni molteplici. In fondo a che serve essere iscritto alla SISDCA? Quali sono i privilegi aggiuntivi?

E. La **mancanza di sponsor** istituzionali adeguati e scarso interesse da parte dell'industria Farmaceutica riduce in modo rilevante la promozione di eventi formativi e didattici

F. Nel Gennaio 2011, durante l'incarico sostitutivo del Presidente Roberto Ostuzzi, prematuramente scomparso, è stato organizzato un incontro di programmazione per lo **Sviluppo del 1° GL.LPS** (Gruppo di Lavoro per lo studio di Linee Programmatiche SISDCA - Anoressia-Bulimia-Bingeating-Obesità), 1° Giornata di Studio Full Immersion, Navacchio (PISA), 20-21 Gennaio. Da questo incontro sono emersi elementi di sviluppo che caratterizzato il lavoro in progress della Società in 4 aree di interesse: Formazione, Ricerca, Management Assistenziale e Business: vedi Appendice XIII e Nota[8]. La riunione del 2° GL.LPS farà riferimento allo Steering Commettere composto da Bongiorno, Bosello, Cuzzolaro, Donini, Gravina, Melchionda, Nizzoli, Spera.

G. Infine va precisato che dal 18 Novembre 2011 la SISDCA **non è più una Sezione Speciale** della Società Italiana di Psichiatria, diventando quindi indipendente ed autonoma e con un suo statuto approvato dalla Assemblea Generale di Bologna. Nota[9] Questo evento ha una importanza culturale e politica rilevante in quanto ratifica l'assetto multi-disciplinare della Società. Vedi nuovo Statuto <http://sisdcadisturbialimentari.weebly.com/statuto-2011.html>

Pertanto dopo 7 mesi di lavoro relativi al primo anno di attività del nuovo Consiglio Direttivo Nazionale Ristretto 2011-2014 è compito del Presidente tracciare lo Stato di Salute con la produzione di un Libro Bianco, che caratterizza la Società, considerando i sotto-elencati indicatori, la cui analisi permette di avere una panoramica in corso di definizione per attivare con azioni concrete il necessario rilancio della società in relazione al cambiamento dei tempi. Nota[10]

Lo scenario sta cambiando, dal disinteresse del passato ad una esplosione di intenti disordinata e dell'ultima ora:
- per la costituzione di molte Società che si interessano di DAO,
- per l'interesse anche se tardivo delle Istituzioni,
- per le caratteristiche multi-dimensionali, multi-professionali e multi-disciplinari dei DAO dove coloro che se ne interessano sono già Soci di altre Società afferenti alla propria Disciplina di base,
- per la mancanza di sponsor,
- per lo scarso interesse dell'Industria Farmaceutica,

---

8 **Hanno partecipato al 1° GL.LPS:** Donatella Ballardini, Silvano Bertelloni, Antonio Bongiorno, Ottavio Bosello, Daniela Capezzali, Gianluca Castelnuovo, Pierfabrizio Cerro, Francesca Cuzzocrea, Massimo Cuzzolaro, Riccardo Dalle Grave, Linda Degli Esposti, Concetta De Salvo, Giancarlo Di Pietro, Marinella Di Stani, Lorenzo Donini, Emilio Franzoni, Carla Gagliardini, Lucio Gnessi, Giovanni Gravina, Andrea Guerri, Lisa Guidi, Fabrizio Jacoangeli, Cristina Lanzarone,, Emilia Manzato, Sabato Antonio Manzi, Nazario Melchionda, Meneghini Stefania, Simonetta Migliorini, Walter Milano, Valentina Minì, Piergiorgio Miottello, Enrico Molinari, Francesco Montecchi, Umberto Nizzoli, Lucrezia Notarbartolo, Sara Poggioli, Enrico Prosperi, Caterina Renna, Giovanni Maria Ruggiero, Sandra Sassaroli, Maurizio Scaglia, Romana Schumann, Giovanni Spera, Rita Tanas, Giulietta Tarrini, Patrizia Todisco, Angiola Vanzo, Gabriele Tridenti, Chiara Zanetti.

9 In considerazione dell'abrogazione dell'articolo 3 lett. d. del precedente statuto e della conseguente trasformazione della Società da Sezione Speciale della Società Italiana di Psichiatria ad autonoma associazione (Art.25.a del nuovo Statuto).

10 **Il Libro Bianco** è un documento che contiene proposte di azione comunitaria nel settore DAO. La versione finale sarà presentata alla riunione del CNSR-Senato nella riunione del 1° Dicembre 2012. Seguirà un **Libro Verde** (Green Papers) per promuovere una consultazione a livello condiviso. Mentre il Libro Verde potrà esporre una gamma di idee e di azioni ai fini di un dibattito pubblico, il Libro Bianco contiene una raccolta ufficiale di proposte e azioni pragmatiche che costituisce lo strumento per la loro realizzazione. Il Libro Verde sarà presentato nel corso del 2013. I libri Verdi sono dei documenti destinati a tutti coloro - sia organismi che privati - che partecipano al processo di consultazione e di dibattito. In alcuni casi, hanno rappresentato, in Europa, il primo passo degli sviluppi legislativi successivi, tra cui sicuramente i Libri Bianchi. I Libri Bianchi, a loro volta ed al contrario, sono documenti che contengono proposte di azione comunitaria in un settore specifico. Talvolta fanno seguito, appunto, ad un libro verde pubblicato per promuovere una consultazione. La differenza tra i due tipi di libri è che mentre quelli verdi espongono una gamma di idee ai fini di un dibattito pubblico, i libri bianchi contengono una raccolta ufficiale di proposte in settori politici specifici e costituiscono lo strumento per la loro realizzazione.

- per la crisi economica che sta attraversando il Paese che non permette di affrontare le spese per la formazione e
- infine per la grande attenzione all'Obesità date le profonde connessioni e intersezioni con il comportamento alimentare e i suoi disturbi, non ultimo il Binge Eating.

Pertanto dopo 7 mesi di lavoro è compito del Presidente tracciare lo Stato di Salute con la produzione di un Libro Bianco, che caratterizza la Società, considerando i sotto-elencati indicatori per attivare con azioni concrete il necessario rilancio della Società in relazione al cambiamento dei tempi.

3.2. Funzioni degli Organi, dei Comitati, delle Commissioni e dei Gruppi di Studio della SISDCA

Funzioni degli Organi, dei Comitati e delle Commissioni
Per i Componenti vedi Organigramma pag 4

Assemblea Generale Annuale	**Approvazione Modificazioni Statuto - Elezione Consiglieri**
Presidente in carica	**Vigila il funzionamento in relazione allo Statuto**
Past President e Soci Onorari	Funzioni Consultive
CDNR: Consiglio Direttivo Nazionale Ristretto	Diritto di voto, Approvazione Verbali
Responsabile Naz. Amministrativa, Referente Archivio Soci (RAN)	Bilancio, Referente Responsabili Amministrativi Regionali (RAR)
Web Master (WM)	Mantenimento Portale
CDNA: CDNR allargato ai Pres. e Pres. Eletti Sez. Reg. e al Coo.re del C.to Editoriale	Funzioni Consultive
CNSR-Senato: Consiglio Nazionale Sezioni Regionali: Spera, Gravina, Tarrini	Redazione Libro Bianco
Responsabili Amministrativi Regionali (RAR)	Mantenimento Archivio Soci via WEB
GL.LPS-CDNE: CDNA Allargato a Esperti Esterni come gruppo di studio	Funzioni di expertise
Ufficio di Presidenza	Preparazione ODG Riunioni CDNR
Steering Commeettee	Convocazione e attività del GL.LPS
C.to Formazione: Coo.re Melchionda	Progettazione Corsi di Formazione, Eventi Scientifico-Congressuali
C.to Editoriale SISDCA: Coo.re. Nizzoli	Produzione Materiale stampato, Gazzetta
C.to Scientifico: Coo.re Di Pietro	Attività scientifica Comitati e Commissioni, revisione letteratura
C.to Relazioni Esterne: Coo.re. Spera	Rapporti ISS, Ministero Salute
C.ne Regolamenti: Coo.re. Spera	Razionalizzazione lavori e attività Commissioni e Comitati
C.ne Sezioni Regionali: Resp. Gravina	Uniformità con lo Statuto e funzionamento
C.ne Soci: Coo.re Bongiorno	Valutazione comportamenti etico-sociali
C.ne WEB: Coo.re Melchionda	Costruzione Portale WEB e suo mantenimento
Sezioni Regionali: Lombardia-Piemonte, Emilia-Romagna-Marche, Triveneto, Toscana, Lazio, Puglia-Basilicata, Campania-Calabria, Sicilia-Sardegna	Autonomia Organizzativa e Scientifica locale in coerenza con i programmi della Società

Dopo un anno tutte le funzioni della Società stano prendendo quota e sono stilizzate in una tabella riassuntiva.
Il CDNR si impegna a rispettare tutte le funzioni che gli Elettori e comunque tutti i Soci si aspettano.

La novità, rispetto a quello che lo Statuto impone, è la costituzione del Gruppo di Studio 1° GL.LPS (CDNE) che si è riunito a Navacchio nel Gennaio 2012, dove ha varato un programma di Alta Formazione e la costituzione del CNSR-Senato che si riunirà il 1° Dicembre nel tentativo di dare un ulteriore sviluppo alla Società attraverso il funzionamento delle Sezioni Regionali.
Si vedrà nel paragrafo successivo che alle Sezioni Regionali è demandato il miglioramento dello Stato di Salute della SISDCA.

Sezione 3°: Chi vogliamo essere

4. Indicatori

4.1. Prospetto Riassuntivo

Elenco di 10 indicatori	Stato di Salute	Azioni: Si auspicano suggerimenti
1. Numero degli iscritti	- Ottima - Oltre 200 nuovi iscritti dal 2010	Programmazione di eventi regionali formativi Utilità promozionale della pubblicazione della Gazzetta SISDCA-DAO
2. Rinnovo delle quote associative	- Molto scarso - Solo un terzo dei Soci al 31 Luglio	Intervento promozionale dei Presidenti e Presidenti Eletti. Le Sezioni Regionali hanno possibilità di sussistere solo se ci sono Soci Ordinari in regola. E' quindi fondamentale che tutti i Soci sostengano il loro ruolo col rinnovo della quota associativa nel 2010 utilizzando le istruzioni reperibili al link: http://sisdcadisturbialimentari.weebly.com/segreteria---iscrizioni.html In ottemperanza a quanto cito lo statuto. **Nota**[11]
3. "Statu quo" della comunicazione e-mail	- Molto scarso - Meno del 20% di risposte dopo 2 giorni - meno del 40% di risposte dopo 7 giorni - numerosi non rispondono mai	- Promozione della Netiquette fino ad ora disattesa **Vedi Appendice** (iv) o http://sisdcadisturbialimentari.weebly.com/netiquette.html - Implementazione della comunicazione telefonica - Implementazione del lavoro di Segreteria per gli aspetti organizzativi della formazione e degli eventi societari - Lavoro di due persone a tempo parziale (circa 30 ore settimanali) - Vedi risposta ai "Responders" alla e-mail 124 **Vedi Appendice** (v)
4. Eventi formativi svolti (CAFDAO)	- Ottimo	- Implementazione con mailing di altre organizzazioni - Programmazione di altri eventi
4.1. Numerosità delle iscrizioni	- Molto Scarso	- Maggiore partecipazione del CNSR - Per quanto riguarda i Soci: uscita del Paese dalla "crisi economica"
5. Funzionamento delle Sezioni Regionali	- Molto Scarso	- Collaborazione dei Presidenti, dei Presidenti Eletti e dei RAR http://sisdcadisturbialimentari.weebly.com/campania.html
6. Progetti in corso di sviluppo 6.1 Rapporto progetti svolti/progetti approvati (standard atteso 90%)	- Da valutare	- Attivazione di responsabili delegati e Implementazione del lavoro di Segreteria

---

11
Il Socio moroso da due anni, che non abbia provveduto a regolarizzare la sua posizione amministrativa, pur essendo esplicitamente stato invitato a farlo almeno due volte, viene dichiarato decaduto dal Consiglio Direttivo dopo che l'Ufficio di Presidenza o la Commissione Soci, se istituita, ha valutato l'espressa volontà del Socio moroso di non voler più appartenere alla Società stessa. La sua eventuale riammissione non è consentita prima di 3 anni dal decadimento.

Elenco di 10 indicatori	Stato di Salute	Azioni: Si auspicano suggerimenti
7. Interazione su contenuti nel Portale WEB	- Scarso	- Navigare http://www.dca-disturbialimentari.org
8. Lavoro Interattivo sull'Archivio Soci Informatico via WEB	- Assente	- Collaborazione tra Responsabili Amministrativi Regionali (RAR) Responsabile Amministrativa Nazionale (RAN) http://www.dca-disturbialimentari.org/mvc/system/view/login.php
9. Utilizzazione Network PLAYDCA con i forum	- Molto Scarso	- Collaborazione https://playdca.cineca.it/
10. Utilizzazione della Rivista EWD	- Molto Scarso	- Collaborazione http://sisdcadisturbialimentari.weebly.com/la-rivista.html

In merito ai 10 indicatori proposti va fatta una puntualizzazione: non hanno lo stesso valore: le "comunicazioni e-mail" e gli "eventi formativi" non possono essere messi sullo stesso piano. Molti dei punti attengono, direttamente o indirettamente, alla comunicazione intra-società (punto 2, 7, 9) che in parte risente della mole di mail che ognuno riceve, per la serie numerosa e complessa dei problemi che emergono nel campo dei DAO.

La pronta risposta ai messaggi e-mail consentirà di ridurre l'impegno della comunicazione perché molti messaggi sono ripetitivi.

L'accumulo delle mail non consente di comprendere bene il loro significato e genera disorientamento.

4.2. Analisi dettagliata

4.2.1. Numero degli iscritti: Referente G. Tarrini

- 90 Soci in partenza nel 2010
- 318 attivi (risultato della campagna 2010/2011/2012) di cui 15 irraggiungibili al momento e 8 declinazioni

4.2.2, Rinnovo delle quote associative: Referente C. Zanetti Nota[12]

- 117 in regola al 1° semestre 2012
- 55 non in regola dal 2011

4.2.3. "Statu quo" della comunicazione e-mail: Referente N. Melchionda

- Si rileva una scarsa percentuale di risposte ai messaggi che necessita di continui solleciti. Il risultato ottenuto in questi 7 mesi necessita di essere ottimizzato con la vostra collaborazione.
- Vedi Tabelle nominali CDNA (CD allargato) e CNSR (Senato) in calce

4.2.4. Eventi formativi svolti: Referente N. Melchionda

- DIABO 2011. Si può fare il download del volume di 800 pagine ciccando il seguente link: http://diabo2011.weebly.com/
- Vedi Piano Formativo CAFDAO 2012-2013 **Vedi Appendice** (vi)

---

12 **Essere Socio Ordinario** della SISDCA permette l'acquisizione di numerosi privilegi, tra cui:

1. Quota d'iscrizione con sconto per gli eventi societari
2. Una Password per entrare nel Portale di lavoro interattivo a distanza PLAYDCA
3. Abbonamento alla lettura elettronica "on-line" della rivista E&W Disorders della Kurtis se vuoi saperne di più, scarica l'allegato 1
4. A presto sarà inviata con periodicità la "Gazzetta della SISDCA

4.2.4.1. Numerosità delle Iscrizioni: partecipazione dei Soci molto scarsa

4.2.5. Funzionamento delle Sezioni Regionali: Referente G. Gravina

- E' stato inviato un prospetto per la correzione delle irregolarità a fronte di numerosi messaggi a cui non si è ricevuta ancora risposta
- E' pervenuto il materiale solo della Campania per la produzione delle pagine nel Sito Web dedicate alle Sezioni Regionali a fronte di 3 messaggi reiterati
- Nuova richiesta di costituzione della Sezione Piemonte da parte di Labate
- Nuova richiesta di costituzione della Sezione Sardegna: Referente Loviselli

4.2.6. Progetti di sviluppo in corso

Per ora si tratta di intenzioni progettuali che si potranno sviluppare a seconda dell'evolvere dei 5 indicatori precedenti

- **Seminario** Regionale Emilia-Romagna "Interazione tra Disturbi Alimentari-Obesità (DAO) e Uso di Sostanze Psicotrope" per il 19 Ottobre organizzato da Cuzzolaro-Nizzoli-Melchionda
- Produzione del **Manuale DAO SISDCA** a seguito del Mini Corso di Perfezionamento (1° Clinical Teaching Day) svolto al DIABO 2011. **Vedi Appendice (vii)** dove sono state presentate 18 Lezioni di cui si possono conoscere i singoli contenuti cliccando al seguente link: http://diabo2011.weebly.com/7-mini-corsi-di-perfezionamento.html L'invio dei manoscritti non è ancora completato.
- Manuale **ETOS** affidato a Prosperi per corsi regionali concepito al 2° CAFDAO organizzato a Roma (vedi Appendice)
- **Certificazione** di Eccellenza Professionale DAO approvato dal Consiglio Direttivo del 29 Giugno per i Soci in regola da tre anni. La certificazione sarà assegnata ai Soci che ne facciano domanda a seguito dell'invio dei rispettivi titoli valutati da una commissione di 5 Componenti, nominata dal CDNR e presieduta da Bongiorno, Coordinatore della Commissione Soci della SISDCA
- Costituzione del **Consiglio Nazionale Sezioni Regionali** (CNSR), il SENATO della SISDCA che si riunirà il 1° Dicembre. Il razionale è ovvio e serve per allargare il campo di azione e prendere decisioni programmatiche che il Consiglio Direttivo Ristretto da solo non può attivare. Si tratta di un un organo della SISDCA i cui componenti sono stati eletti da regolari Assemblee dei Soci (nazionale per il CDNR e regionali per il CDNA).
- Elaborazione di **Percorsi Assistenziali** Standard di Qualità Eccellente in collaborazione con ANSISA **Vedi Appendice (viii)**
- Pubblicazione della **Gazzetta** della SISDCA) da inviare periodicamente a tutti i Soci in regola. **Vedi Appendice (ix)**
- **Corsi Regionali di Formazione Propedeutica** (CRFP) in corso di progettazione. Caratteristiche e Prerequisiti:
    1. Devono essere Regionali (sostenuti dalle Sezioni Regionali) e con l'organizzazione della segreteria SISDCA. La segreteria della Società si assume l'onere organizzativo
    2. Sede e data devono essere formulate dal Presidente di Sezione Regionale richiedente o da un referente individuato dal Consiglio Direttivo
    3. Docenti i docenti si rendono disponibili gratuitamente e possibilmente saranno itineranti o sostituiti da docenti locali con contenuti diversi delle lezioni relative alle specifiche competenze culturali
    4. Saranno gratuiti per Soci in regola under 30 (quota di iscrizione alla Società 40 euro) ad eccezione del costo vivo per i crediti
    5. Titoli delle lezioni saranno specifici con syllabus di 3000 caratteri
    6. Se si vogliono dare crediti i costi standard sono 800 euro per max 30 allievi (30 euro cadauno). Se gli allievi sono solo 15 euro il costo è 60 euro). E' ovvio che la dead-line per accettare le iscrizioni è 40 giorni prima.
    7. Durata di una giornata senza la necessità del pernottamento sia per gli allevi che per i docenti)
    8. Il piano deve essere formalizzato per 2013 entro Novembre 2012 per ottimizzare una agenda
- Progetto per la creazione di Soci Junior under 30 con quota associativa ridotta del 50%
- Progetto "Supervisori": si può creare una categoria di esperti o consulenti che possa sostenere i professionisti che si trovano all'inizio del loro percorso professionale e spesso non hanno un Leader a cui riferirsi. Il progetto è ancora una semplice idea posta da alcuni Componenti del CD.
- Questionario Coaching: Declinazione delle competenze chiave del Coaching sull'Approccio Cognitivo Comportamentale trans-diagnostico dei DAO con destinazione relativa alla specificità delle differenti professionalità del Team Multi-disciplinare (PSH, PSL, NUT, INT). **Nota [13]**, **Vedi Appendice (x)**

13

Questionario Coaching: E' stato analizzato il documento ufficiale della FIC (Federazione Italiana Coaching) che propone 11 categorie di competenze chiave del Coach articolate in 70 sottocompetenze. Puoi scaricare il file che descrive le 11 e le 70 competenze. Ti chiediamo di porre un asterisco di congruenza ritenuta esistente tra ciascuna delle competenze chiave del Coach e le corrispondenti competenze utili, se acquisite da ciascuno dei professionisti del Team.

vedi anche link
http://sisdcadisturbialimentari.weebly.com/questionario-coaching.html
Numerosi Soci hanno risposto positivamente

4.2.6.1 Rapporto tra progetti svolti e progetti approvati nel Piano annuale attuativo 90% (Standard Atteso)

E' chiaro che i progetti proposti possono essere anche numerosi e non è detto che debbano essere tutti portati a termine. Quello che conta essenzialmente è la necessità di portare a termine quelli approvati dal CD. E' evidente che il rapporto tra progetti approvati e progetti svolti a termine deve essere non inferiore al 90%. Questo indicatore è ovviamente in corso di valutazione perché richiedere il tempo necessario differente per ogni progetto.

4.2.7. Interazione sui contenuti del Portale WEB

Nel 2011 è stato portato a termine il funzionamento del portale della SISDCA. Vedi Lettera inviata il 10.6.2011. **Nota**[14]
E' chiaro che la validità di un portale si confronta con l'interesse dei "navigatori" non solo, ma anche e soprattutto con la facilità della navigazione che dipende dalla efficacia del modello progettato, dalla ricchezza dei contenuti soprattutto dalla manutenzione e implementazione continua. Un portale potrebbe essere eccezionale in partenza ma se poi nel tempo non viene correttamente aggiornato non solo diventa inutile ma anche foriero di errori e quindi obsoleto.

Va precisato che il portale SISDCA è stato valutato da tutto il CDNA positivamente e questo da il merito a chi lo ha progettato. Per quanto riguarda la periodica manutenzione va precisato che esiste la totale ed esaustiva efficienza tecnica del responsabile WEB Master che agisce con rapidità a tutte le richieste di chi richieste.

Infine è stato inserita nel modello la possibilità che chiunque entra nel portale per navigare può lasciare le sue generalità. Questo indicatore non ha criterio di valutazione per la mancanza di un possibile confronto con altri portali. Indubbiamente si sta rivelando utile perché fornisce dati dei visitatori.

4.2.8. Lavoro Interattivo sull'Archivio Soci Informatico via WEB

Vedi punto 3 Nota 7. Questo lavoro interattivo a distanza da oltre un anno deve essere ancora portato a termine da parte delle Sezioni Regionali.

4.2.9. Utilizzazione Network PLAYDCA

E' stata data una password ad ogni Socio per entrare nella piattaforma interattiva di lavoro. Questo importante strumento di comunicazione non ha incontrato molto entusiasmo. I deve attenere il tempo necessario per superare le difficoltà (apparenti) di fruizione. Ha rappresentato tuttavia una validissima possibilità di crescita e di formazione.

4.2.10. Utilizzazione della Rivista EWD

Riteniamo che tale congruenza sia un utile per la soluzione dei problemi e dei sottoproblemi che stanno alla base degli obiettivi da raggiungere per il miglioramento di ciascuno dei DAO in causa.

14

Estratto lettera 10.6.2011. . . . . .

1. Accesso al sito della Società per il pubblico: WWW.SISDCA.org e www.disturbialimentari.org. Invece che indicizzato a pagamento sarà tenuto costantemente aggiornato dal Web Master SISDCA (WMS). Se un sito non viene rimanipolato molto spesso Google lo allontana dai motori di ricerca e non si entra nella prima pagina. Occorre quindi che il Web Master sia costantemente all'opera. Pochi hanno un Web Master in casa perchè le tariffe degli specialisti sono altissime. Io vi ho presentato al mio ingresso come Presidente Chiara Zanetti con questa specifica funzione.
2. Accesso riservato ad ogni Socio, o aspirante tale, per entrare nel DataBase Proprietario SISDCA (DBPS) e inserire o /modificare i propri dati in autonomia. Questo permette un grande risparmio di tempo e apre la strada per costruire altri Data Base con obiettivi specifici (es. casi clinici a livello nazionale). Questa funzione di Referente Amministratore Nazionale (RAN) è della Consigliere Giulietta Tarrini.
3. Gestione delle Sezioni Regionali e Interregionali da parte di un Referente Amministratore Regionale (RAR) segnalato dal CD.
4. Pagamento on line della quota associativa senza necessità del bonifico bancario: questa facilitazione migliora il rinnovo annuale e da al RAN e al RAR lo strumento per la sollecitazione periodica. In questo modo sono stati portati i soci da 89 a 206
5. Gestione della posta elettronica: i dati della posta elettronica possono essere esportati dal DBPS a quello del proprio gestore di posta. Noi usiamo Gmail e abbiamo decine di cartelle con raggruppamenti particolari.
6. Condivisione e pubblicazione di materiale scientifico costantemente aggiornato: chiunque potrà mandare un proprio elaborato
7. Accesso ad una Rivista elettronica scelta dal CD: per questa funzione occorre che il CD mi dia un mandato per aprire un abbonamento
8. Pubblicazione di proprie ricerche o review su invito o su richiesta
9. Accesso alla piattaforma interattiva del CINECA "PLAY" per il lavoro a distanza: Forum di discussione
10. Resoconto di Eventi
12. Accesso al sito congressuale della SISDCA come attualmente è on line per il DIABO

E' la prima rivista scientifica italiana, rigorosamente peer reviewed, in lingua inglese dedicata ai disturbi dell'alimentazione e all'obesità con un rejection rate superiore al 40%. E' un periodico trimestrale inserito nei data-base internazionali: Index Medicus, MEDLINE, PsycINFO, SIIC Data Bases, Science Citation Index Expanded (SciSearch®) e Journal Citation Reports/Science Edition. Dal 2007 la rivista è inclusa nel Science Citation Index Expanded (SCIE) e il primo impact factor è stato assegnato nel JCR (2009). Per saperne di più scarica il file

Sezione 4°: Chi dobbiamo essere

5. Tabella Nominale Posizioni CDNA (Consiglio Direttivo Nazionale Allargato)

La necessità di convocare un Consiglio Direttivo Allargato ai Presidenti e ai Presidenti Eletti delle Sezioni Regionali nasce dalla considerazione che il Cosiglio Direttivo Nazionale Ristretto (CDNR) eletto dalla Assemblea Generale non possa soddisfare tutte le esigenze specifiche di realtà regionali locali così eterogenee che riguardano i DAO. L'invito è specificamente espresso dall'Art. 22 dello Statuto. Il CDNA ha potere consultivo ma non diritto di voto.

(1): In regola 2011: 26 su 29
(2): In regola 2012: 18 su 29
(3): Hanno risposto a 2 inviti ma non tutti hanno precisato la loro presenza attiva il 1° Dicembre per il CNSR (Senato)
(4): Inviato scheda per aggiornamento dati
(5): Risposto Priorità (messaggio e-mail 124.1 del 25 Luglio)
(6): Regione della Sezione Regionale
(7): N° delle colonne da 1 a 5 senza asterisco che dovrebbero essere soddisfatte stante la carica elettiva

0.	Componenti	1	2	3	4	5	6	Cariche Elettive	Compiti inderogabili da soddisfare	7
1.	Ballardini Donatel	*	*	*	*	*	EMR	Consgliere		
2.	Bongiorno Antonio	*	*	*	*	*	SIC	Presidente SR, Coo.re C.ne Soci		
3.	Bosello Ottavio	*	*	*	*	*	TRV	Past President		
4.	Cerro Fabrizio	*	-	-	-	-	LIG	Presidente SR	Manca Presidente Eletto, Inviare Pagina Portale	2,3,4,5
5.	Cotugno Armando	-	-	-	*	*	LAZ	Presidente Eletto SR	Collabora col Presidente in scadenza	2,3
6.	Cuzzolaro Massimo	*	*	*	*	*	LAZ	Past President		1,2,3,4,5
7.	De Salvo Concetta	-	-	-	-	-	LOM	Presidente SR	Inviare Pagina Portale	
8.	Di Pietro Giancarlo	*	*	*	*	*	CAM	Coo.re C.to Scientifico		
9.	Di Stani Marinella	*	*	*	*	-	ERM	Presidente SR	In scadenza 2012, Inviare Pagina Portale	5
10.	Do Franca	*	-	-	-	-	LOM	Presidente Eletto SR	Comunicazione col Presidente Eletto assente	1,2,3,4,5
11.	Donini Lorenzo	*	*	*	*	*	LAZ	Presidente Eletto		
12.	Giorgio Bartolomeo	*	*	*	*	*	PUG	Presidente Eletto SR	Inviare Pagina Portale	
13.	Gravina Giovanni	*	*	*	*	*	TOS	Consigliere, Resp. Sez Reg	Inviare Pagina Portale	
14.	Guidi Lisa	*	-	*	*	*	TOS	Presidente Eletto SR	Inviare Pagina Portale	2
15.	Jacoangeli Fabrizio	*	-	*	*	*	LAZ	Presidente SR	Consiglio Direttivo da precisare a 15 - Scade 2012	3
16.	Lanzarone Cristina	*	*	*	*	*	SIC	Presidente Eletto SR		
17.	Manzato Emilia	*	*	*	*	*	ERM	Consigliere		
18.	Manzi Sabatino	*	-	*	*	*	CAM	Consigliere		2
19.	Melchionda Nazario	*	*	*	*	*	EMR	Coo.re C.to Formazione		
20.	Milano Walter	*	*	*	*	*	CAM	Consigliere, Presidente SR		
21.	Miottello Piergiorg	*	-	*	-	-	TRI	Presidente Eletto SR	Collabora col Presidente in scadenza	2,4,5
22.	Nizzoli Umberto	*	-	*	*	*	EMR	Coo.re C.to Editoriale		2
23.	Prosperi Enrico	*	*	*	*	*	LAZ	Consigliere		
24.	Renna Caterina	*	-	*	*	*	PUG	Presidente SR	CD di 6 Componenti (5, 7 o 9), Inviare Pagina Portale	2
25.	Schumann Romana	*	*	*	*	*	ERM	Presidente Eletto SR	Collabora col Presidente in scadenza	
26.	Senatore Ignazio	-	-	*	*	*	CAM	Presidente Eletto SR		1,2
27.	Spera Giovanni	*	*	*	*	*	LAZ	Coo.re C.ne Relazioni Esterne		
28.	Tarrini Giulietta	*	*	*	*	*	EMR	Resp Ammin. Nazionale		
29.	Todisco Patrizia	*	*	*	*	*	TRI	Presidente SR	In scadenza 2012, Inviare Pagina Portale	
30.	**ZTot**	**26**	**18**	**25**	**24**	**24**	**29**			

Si invitano i Componenti del CDNA a consultare questa Tabella Nominale per verificare la correttezza dei propri dati, segnalando eventuali imprecisioni e dati mancanti per soddisfare i propri impegni.

6. Tabella Nominale Posizioni, Responsabilità e Incarichi dei 74 Componenti del Consiglio Nazionale delle Sezioni Regionali (CNSR-Senato: CDNR, Presidenti, Presidenti Eletti, Consiglieri e RAR dei CD delle Sezioni Regionali)

La sua costituzione è stata approvata dal CDNR del 29 Giugno. La sua **convocazione** è prevista per il 1° Dicembre in occasione della Assemblea Annuale SISDCA obbligatoria da Statuto e del Consiglio Direttivo Ristretto (CDNR).
Presiede Giovanni Spera, Coadiutori: Giovanni Gravina, Coordinatore delle Sezioni Regionali e Giulietta Tarrini, Segretaria Nazionale e Responsabile Amministrativa Nazionale (RAN).

Si invitano i Componenti del CNSR-Senato a consultare questa tabella per verificare la correttezza dei propri dati, segnalando eventuali imprecisioni e dati mancanti per soddisfare i propri impegni.

(1): L'asterisco **segnala di non essere in regola** per il 2011: 11 su 74
(2): L'asterisco **segnala di essere in regola** per il 2012: 27 su 74
(3): **Non ancora Soci** nonostante facciano parte di Consigli Direttivi di Sezioni Regionali: 5 su 74
(4): Hanno risposto a 2 inviti: 33 su 74 ma non tutti hanno precisato la loro presenza attiva il 1° Dicembre
(5): Inviato scheda per aggiornamento dati: 42 su 74

Componenti	1	2	3	4	5	Reg	Cariche	Responsabilità e Incarichi specifici	0.
Alberici Eleonora	-	-	-		-	LOM	Consigliere		1.
Ardovini Cristiano	*	-	-	-	*	LAZ	Consigliere		2.
Artico Nicola	-	-	-	-	*	TOS	Consigliere		3.
Aveni Francesca	-	-	-	-	-	LAZ	Consigliere		4.
Balestrieri Matteo	-	-	-	-	-	TRI	Consigliere		5.
Ballardini Donatella	-	*	-	*	*	EMR	Consigliere CNDR	- Organizzato 2° evento a Bologna del 1° CAFDAO	6.
Bongiorno Antonio	-	*	-	*	*	SIC	Presidente Reg-CNDR	- Organizzato 4° CAFDAO di Palermo	7.
Bongiorno Elena	-	P	-	-	-	SIC	Consigliere		8.
Bosello Ottavio	-	*	-	*	*	TRI	PAST President CDNA	- Pubblicato Elzeviro: La Magrezza Perduta **Nota**[15], Vedi link http://sisdcadisturbialimentari.weebly.com/elzeviro-2011.html	9.
Cammarata Selena	-	-	-	-	-	CAM	Consigliere		10.
Carboni Pasquale	-	-	-	-	-	LAZ	Consigliere		11.
Castelli Patrizia	*	-	-	-	-	LAZ	Consigliere		12.
Cazzola Chiara	-	*	-	-	-	TRI	Consigliere-RAR		13.
Cerro Fabrizio	-	-	-	-	-	LIG	Presidente Reg-CNDR		14.
Ciferelli Nicola	*	-	*	-	-	PUG	Consigliere	**Maill ??**	15.
Cotugno Armando	-	-	-	*	*	LAZ	Presidente Eletto Reg		16.
Cuzzocrea Francesca	-	*	-	*	*	SIC	Consigliere		17.
Cuzzolaro Massimo	-	*	-	*	*	LAZ	PAST President CDNA	- Studio multi-centrico MIO-MIDA	18.

[15] **Elzeviro di O. Bosello: La magrezza perduta.** Premesse. Una delle più importanti conquiste del XX° secolo è lo straordinario guadagno di circa 30 anni di aspettativa di vita che si è configurato nei paesi del mondo occidentale e anche in quelli in via di sviluppo. Secondo la Human Mortality Database (Department of Demography at the University of California, Berkeley, USA, and the Max Planck Institute for Demographic Research in Rostock, Germany), i livelli di mortalità nei paesi leader per aspettativa di vita implicano che, se le condizioni generali rimarranno immutate, tre quarti dei bambini attuali potranno festeggiare il loro 75° compleanno. La maggior parte dei nati dopo il 2000, residenti nei paesi caratterizzati da lunga durata della vita, potranno festeggiare il loro 100° compleanno se l'attuale crescita annuale della speranza di vita continuerà per tutto il XXI° secolo....

Componenti	1	2	3	4	5	Reg	Cariche	Responsabilità e Incarichi specifici	0.
								- Progetto 1° GL.LPS: B3b2. Coinvolgimento attivo dei PLS alla terapia dell'obesità pediatrica con l'educazione terapeutica per la sua cura e la prevenzione dei DCA (Responsabile: Rita Tanas). - Organizzato Convegno Obesità Infantile Formia - Sopravvivenza e sviluppo rivista EWD con nuova piattaforma	
De Luca Lucilla	-	-	-	-	-	LOM	Consigliere		19.
De Montis Stefania	*	-	*	-	-	LIG	Consigliere		20.
De Salvo Concetta	*	-	-	-	-	LOM	Presidente Reg	- Allertare il Presidente Eletto che non ha mail	21.
Degli Esposti Linda	*	-	-	*	-	ERM	Consigliere-RAR		22.
Di Pietro Giancarlo	-	*	-	-	*	CAM	Consigliere CNDR-RAR	- Propone Corso di Formazione di Base (CFB) - Elaborazione in corso di "Cartelle Clinica"	23.
Di Stani Marinella	-	*	-	*	*	ERM	Presidente Reg	- Organizza 3° evento Ravenna 1° CAFDAO – Scade 2012 - Proposta per C.to Relazioni Esterne	
Do Franca	-	-		-	-	LOM	Presidente Eletto Reg	**Maill ??**	24.
Donini Lorenzo	-	*		*	*	LAZ	Presidente Eletto CDNR	- Gazzetta della SISDCA ("Issues Numbers" Giugno-Dicembre)	25.
Emanuelli Francesca	-	-		-	-	LOM	Consigliere		26.
Genovese Aldo	-	-		*	*	TRV	Consigliere		27.
Giancotti Viviana	*	-		-	-	LAZ	Consigliere		28.
Giombini Lucia	-	-	-	-	-	LOM	Consigliere		29.
Giorgio Bartolomeo	-	*	-	*	*	PUG	Presidente Eletto Reg		30.
Giribono Paolo	-	-	-	-	-	LOM	Consigliere		31.
Gravina Giovanni	-	*	-	*	*	TOS	Presidente Reg-CNDR	- Coordinatore Sezioni Regionali	32.
Grazian Mirko	-	-	-	-	-	LOM	Consigliere		33.
Guidi Lisa	-	-	-	*	*	TOS	Presidente Eletto Reg-CNDR	- Organizza il 6° CAFDAO a Montecatini Terapia farmacologica delle Comorbilità Psichiatrico-Metaboliche **Vedi Appendice (xi)**	34.
Halinskaya Irina	-	*	-	-	-	LIG	Consigliere		35.
Jacoangeli Fabrizio	-	-	-	*	*	LAZ	Presidente Reg	- In scadenza 2012 e proposto per il C.to Editoriale - Organizzato Seminari Casi Clinici	36.
Lanzarone Cristina	-	*	-	*	*	SIC	Presidente Eletto Reg-CNDR		37.
Lippi Chita	-	-	-	-	*	TOS	Consigliere		38.
Luxardi Gianluigi	-	-	-	*	*	TRV	Consigliere		39.
Magistri Paola	-	-	-	-	-	LAZ	Consigliere		40.
Manzato Emilia	-	*	-	*	*	ERM	Consigliere CNDR	- Organizzato 1° CAFDAO **Vedi Appendice (xii)** - Organizza Evento ERM Memoria dei Casi Clinici 2011 1° CAFDAO	41.
Manzi Sabatino	-	-	-	*	*	CAM	Consigliere CNDR		42.
Martinetti Maria G	-	*	-	-	*	TOS	Consigliere		43.
Mattioli Moreno	-	-	-	-	-	LOM	Consigliere		44.
Melcarne Rocco Pasqual	*	-	*	-	*	PUG	Consigliere-RAR		45.
Melchionda Nazario	-	*		*	*	ERM	Presidente CDNR	- Organizzazione 1° GL.LPS a Navacchio 2012 **Vedi Appendice (xiii)** - Agenda di 8 CAFDAO 2012-2013 - Lezione video-audio del 5° CAFDAO **Vedi Appendice (xiv)** in rete da inviare a tutti i Soci ciccando al seguente link: http://demo.cineca.it/course/view.php?id=19 - "Audizioni" del Presidente nella sede delle Sezioni Regionali	46.
Milano Walter	-	-	-	*	*	CAM	Presidente Reg-CNDR	Organizza Evento Regionale Campano 3.12 p.v. in col. con FADOI e il Fate Bene Fratelli sui DCA	47.
Minì Valentina	-	*	-	*	*	SIC	Consigliere-RAR		48.
Miottello Piergiorgio	-	-	-	*	-	TRI	Presidente Eletto Reg		49.
Morando Daniela	-	*	-	-	*	LIG	Consigliere	- Organizzato evento Sezione Ligure	50.

Componenti	1	2	3	4	5	Reg	Cariche	Responsabilità e Incarichi specifici	0.
Nizzoli Umberto	-	-	-	*	*	ERM	C.to Editoriale CDNA	- Coordinatore C.to Editoriale - Organizzato 3° CAFDAO con coll. con Guerri A **Vedi Appendice (xv)** - Organizza 7° CAFDAO: Essere Leader. Corso di Formazione per Direttore-Responsabile di un Equipe-Servizio per i Disturbi Alimentari Obesità (DAO) **Vedi Appendice (xvi)** - Produzione di una lezione in rete del 5° CAFDAO a tutti i Soci ciccando al seguente link: http://demo.cineca.it/course/view.php?id=19	51.
Nolè Alessandro	-	-	-	-	-	PUG	Consigliere		52.
Notarbartolo Filippo	-	*	-	*	*	SIC	Consigliere		53.
Notarbartolo Lucrezia	-	*	-	*	*	SIC	Consigliere		54.
Notaro Gilda	-	-	-	*	-	CAM	Consigliere		55.
Oliva Luigi	-	*	-	*	*	TRV	Consigliere		56.
Paolicchi Rossella	-	-	-	-	*	TOS	Consigliere		57.
Prosperi Enrico	-	*	-	*	*	LAZ	Consigliere CNDR	- Organizzato 2° CAFDAO Roma 2012 **Vedi Appendice (xvii)**	58.
Ramacciotti Carla	*	-	*	*	-	TOS	Consigliere		59.
Renna Caterina	-	-	-	*	*	PUG	Presidente Reg	- Organizzato Evento Lecce "Pe(n)sa Bene" 2012	60.
Ricci Lucia	-	-	-	*	*	TOS	RAR non Consigliere		61.
Rosillo Yolanda	-	-	-	*	*	TRV	Consigliere		62.
Russo Elisa	-	-	*	*	-	TRV	RAR non Consigliere		63.
Scelzo Anna	-	*	-	-	*	LIG	Consigliere-RAR		64.
Schumann Romana	-	*	-	*	*	ERM	Presidente Eletto Reg	- Organizzato 2° evento Bologna 1° CAFDAO 2012	65.
Senatore Ignazio	*	-	-	*	*	CAM	Presidente Eletto Reg		66.
Siani Roberta	-	-	-	-	-	TRV	Consigliere		67.
Sorge Fulvio	-	*	-	-	*	CAM	Consigliere		68.
Spera Giovanni	-	*	-	*	*	LAZ	Consigliere CNDR	- Responsabile Relazioni Pubbliche - Presiede SENATO	69.
StaarMezzasalma	-	-	-	-	*	LAZ	RAR		70.
Tarrini Giulietta	-	*	-	*	*	ERM	Consigliere CNDR	- Segretaria Nazionale e RAN - Referente ANDID - A disposizione per ricerche EBN e articoli in pdf	71.
Todisco Patrizia	-	*	-	*	*	TRV	Presidente Eletto Reg	- In scadenza 2012 e proposta per C.to Scientifico	72.
Vantaggiato Veronica	*	-	*	-	-	PUG	Consigliere	**Mail??**	73.
Zini Dante	-	*	-	-	-	ERM	Consigliere	- Organizza 4° evento Modena 1° CAFDAO	74.
ZTOT	**73**	**27**	**5**	**30**	**42**				75.

Si invitano i Componenti del CNSR-Senato a consultare questa Tabella Nominale per verificare la correttezza dei propri dati, segnalando eventuali imprecisioni e dati mancanti per soddisfare i propri impegni.

7. Soci irreperibili

Si prega di dare informazioni da parte di chi è a conoscenza dei sottostanti nominativi

		2010	2011	2012	Regione	Si prega di dare informazioni ove possibile
Bardone	**Enzo**	*	P	P		**Sconosciuto**
Bruschi	**Antonella**	-	*	P	**Liguria**	**Sconosciuto**

DelTorchio	**Fabiola**	**-**	*****	**P**		**Sconosciuto**
Digrazia	**Biagio**	**-**	*****	**P**		**Sconosciuto**
Do-Ferraris	**Franca**	**-**	*****	**P**	**Lombardia**	**Maill??**
Picuti	**Patrizia**	*****	**P**	**P**	**Lazio?**	**Maill??**
Tineri	**Marco**	**-**	*****	**P**	**Lazio**	**Maill??**
Morelli	**Marina**	**-**	**-**	*****	**Sicilia?**	**Maill??**
Vinau	**Geanina**	*****	*****	**P**		**Sconosciuto**

8. Commenti dei Responders al file Stato di Salute Vers. 4, Vers. 5 e Libro Bianco. Vedi Appendice ([xviii])

Nel mese di Luglio-Agosto-Settembre-Ottobre numerosi Componenti del Senato hanno risposto contribuendo efficacemente alla completezza della redazione di questo Libro Bianco che si definirà il 1° Dicembre.

9. Agenda CAFDAO 2013: Preliminare

8° CAFDAO (ciclo di 4 moduli)
Problemi interdisciplinari dei DAO: Cosa devono sapere, saper fare, fare e non fare gli Specialisti del Team Multi-disciplinare per i Disturbi Alimentari Obesità

Si tratta di un ciclo di 4 moduli all'insegna della Multi-disciplinarità, dove ognuna delle 4 categorie di professionisti (Psichiatra, Psicologo, Nutrizionista, Endocrinologo-Internista) assume il ruolo di docente-discente per essere addestrato alle competenze che non sono contemplate nella disciplina di appartenenza: 3 volte docente e 1 volta discente.

La multidisciplinarietà è una delle sfide con cui la ricerca, l'assistenza e la formazione dovranno prima o poi confrontarsi. A causa dell'elevato grado di specializzazione del sapere odierno, la possibilità che un solo campo del sapere si consideri preminente è ormai sempre meno credibile. **L'interdisciplinarietà** si pone così come possibilità per far comunicare, ed a un tempo progredire, i numerosi punti di vista che si sono aperti nel mondo della Medicina.

L'amplificazione della conoscenza ha reso impossibile l'ideale del sapere a 360° e ha accelerato il processo di specializzazione. Il pensiero, costretto all'interno delle singole discipline, ha evidenziato un disagio sempre più diffuso è stato il motore per superare i limiti di un sapere mono-disciplinare dove bisogna ricorrere alla convergenza sul medesimo ambito di specialisti provenienti da più campi. Questo percorso è l'unico percorribile ogni giorno di più, ma è complesso e pieno di difficoltà legate alla chiusura professionale e alla mancanza di modelli specifici di formazione.

Prendendo in prestito i metodi e le teorie di un'altra disciplina diventa possibile chiarire certi problemi dell'area disciplinare nella quale si opera e anche suscitare un dialogo interessante e sistematico tra le aree in sovrapposizione come nel caso specifico dei DAO.

Questa relazione che ha una complessità di parametri rende logicamente necessaria un formazione dedicata multidisciplinare e una collaborazione fra le discipline alla quale la pesantezza accademica e rigidità dell'organizzazione sanitaria resistono tenacemente.

Date queste premesse la SISDCA propone agli specialisti delle 4 aree il seguente ciclo formativo di 4 CAFDAO ove si struttura il cambio dei ruoli docente/discente sequenziale per soddisfare la multidisciplinarità in senso operativo con le esigenze della interdisciplinarità

8°1: Problemi Psicologici, Psichiatrici e Internistici dei DAO: Cosa deve sapere, saper fare, fare e non fare il Dietista del Team Multi-disciplinare per i Disturbi Alimentari Obesità
15-16 Febbraio, Perugia
Premesse.
Non tutti i Core-Curriculum dei Corsi di Laurea in Dietistica e delle Scuole di Specializzazione in Scienza dell'Alimentazione in Italia prevedono la formazione relativa ai DAO mentre è indiscutibile la sempre maggior richiesta dell'utenza. La formazione postlaurea è inoltre lasciata ad iniziative auto-referenziali, e ciò che viene proposto nelle attività formative è parte di quanto già viene svolto nella formazione di base.
Metodologia Operativa.
Costruire un DataBase italiano con gli indirizzi mail di tutti i Laureati in Dietistica e Specializzati in Scienza dell'Alimentazione degli ultimi 5 anni con il coinvolgimento dell'Associazione Professionale (ANDID), della ANSISA e dalla ADI.
Obiettivi Specifici. Utilizzando la mailing list inviare un messaggio per informare dell'esistenza del Programma di Formazione della SISDCA.
Risultati Attesi.
Feedback positivo di almeno il 50% delle comunicazioni
Obiettivi Finali.
1. Implementare le iscrizioni dei Dietisti e degli Specialisti in Scienza dell'Alimentazione alla SISDCA (ricordo che non esistendo l'albo professionale non tutti i Dietisti diplomati sono iscritti ANDID), considerando i vantaggi connessi data la possibilità di ricevere in "diretta" gli eventi formativi della SISDCA

2. Formare un gruppo di Dietisti e di Specialisti che diventino docenti per il CAFDAO 8°2, 8°3 e 8°4

8°2: Problemi Psicologici, Nutrizionali e Internistici dei DAO: Cosa deve sapere, saper fare, fare e non fare lo Psichiatra del Team Multi-disciplinare per i Disturbi Alimentari Obesità
Premesse.
Non tutti i Core-Curriculum dei Corsi di Specializzazione in Italia prevedono la formazione relativa ai DAO mentre è indiscutibile la sempre maggior richiesta dell'utenza. La formazione postlaurea è inoltre lasciata ad iniziative auto-referenziali, e ciò che viene proposto nelle attività formative è parte di quanto già viene svolto nella formazione di base.
Metodologia Operativa.
Costruire un DataBase italiano con gli indirizzi mail di tutti gli specialisti in Psichiatria degli ultimi 5 anni con il coinvolgimento della Società Italiana di Psichiatria.

8°3: Problemi Psichiatrici, Nutrizionali e Internistici dei DAO: Cosa deve sapere, saper fare, fare e non fare lo Psicologo del Team Multi-disciplinare per i Disturbi Alimentari Obesità
Premesse.
Non tutti i Core-Curriculum dei Corsi di Laurea in Psicologia in Italia prevedono la formazione relativa ai DAO mentre è indiscutibile la sempre maggior richiesta dell'utenza. La formazione postlaurea è inoltre lasciata ad iniziative auto-referenziali, e ciò che viene proposto nelle attività formative è parte di quanto già viene svolto nella formazione di base.
Metodologia Operativa.
Costruire un DataBase italiano con gli indirizzi mail di tutti gli Psicoterapeuti degli ultimi 5 anni con il coinvolgimento delle Scuole di Psicoterapia.
Obiettivi Specifici. Utilizzando la mailing list inviare un messaggio per informare dell'esistenza del Programma di Formazione della SISDCA.

8°4: Problemi Psicologici, Psichiatrici e Nutrizionali dei DAO: Cosa deve sapere, saper fare, fare e non fare l'Internista del Team Multi-disciplinare per i Disturbi Alimentari Obesità
Premesse.
Non tutti i Core-Curriculum dei Scuole di Specializzazione in Medicina Interna e Endocrinologia in Italia prevedono la formazione relativa ai DAO mentre è indiscutibile la sempre maggior richiesta dell'utenza. La formazione postlaurea è inoltre lasciata ad iniziative auto-referenziali, e ciò che viene proposto nelle attività formative è parte di quanto già viene svolto nella formazione di base.

10. Attività Formativa SISDCA 2010-2011

Dal 6 Febbraio 2010 al 18 Novembre 2011 ho ricoperto la carica di Presidente facente funzioni col CD presieduto da Roberto Ostuzzi prematuramente scomparso. In questa fase di transizione non ho potuto progettare il Congresso Nazionale nel 2010 per ovvii motivi di tempo e mi sono dedicato con tutto il CD ad attività formative di ridotte dimensioni e alla progettazione dell'Archivio Soci e del Portale WEB. Le attività formative, che sono riportate in appendice, sono state progettate con il preciso scopo di aprire un lavoro in collaborazione con tutte le altre società che si occupano delle patologie correlate con i DAO. In particolare il risultato è stato ottimo con ANDID e con ANSISA.

10.1.: Atelier ANDID-SISDCA: Obesità Omeostatica e Obesità-BED: Navacchio (Pisa), Settembre 2010
10.2.: ProFF-DAO: Programma Modulare per la Formazione dei Formatori
10.2.1. Modulo 1 Montanari: Metodologia di base della formazione per il raggiungimento di un obiettivo intersocietario (Bologna 22.1.2011)
10.2.2. Modulo 2 Albano: L'Educazione Terapeutica del Paziente (Roma 18-19.3.2011)
10.3.: DIABO-2011. 6° Congresso Nazionale SISDCA. Disturbi Alimentari Bologna: 17.11.2011: **Vedi Appendice ([xix])**

11. Verbale Consiglio Direttivo Allargato 17 Marzo 2012, ODG: Dove sta andando la Società **Vedi Appendice ([xx])**

Si tratta del 1° Verbale del Consiglio Direttivo Allargato con un ODG programmatico sul tema "Dove sta andando la SISDCA. Sono stati discussi alcuni punti del ODG che hanno sollevato divergenze di tipo politico-culturale-organizzativo con un dibattito che ha messo in chiaro la direzione che deve avere la Società nel prossimo triennio.

1. Comunicazioni del Presidente
1. Esito della collaborazione SISDCA-ISS sulla Consensus Conferente DCA
2. Situazione Sezioni Regionali
3. Doveri e Diritti del CDNR, CDNA, CDNE

4. La questione di PLAYDCA e della Netiquette
5. Nuovo Statuto nel portale
6. Apertura di un Forum: Branding Societario e Branding Personale
7. Discussione messaggi inviati su e-maill e su PLAYDCA

2. Organigramma della Società presentato a Navacchio
3. Discussione Piano Formativo SISDA 2012-2013
4. Situazione della rivista Kurtis Eating Weight Disorders
5. Modulo Propedeutico: Metodologia della Formazione; Relazione consuntiva di Myriam Lopa
6. Conclusioni del CDNR. Si possono individuare 9 Livelli di Formazione:
    1. Il Branding Personale del Professionista
    2. L'Empowerment professionale nell'ambito della afferenza disciplinare
    3. L'Integrazione professionale dei membri del Team Terapeutico
    4. Essere Team Leader
    5. Formazione per le differenti tipologie di Team Terapeutici in rete
    6. Interazione e integrazione delle Reti Territoriali Regionali
    7. Interazione con le Istituzioni
    8. Branding della Società Scientifica
    9. Partnership tra Società Scientifiche differenti

Sezione 5°: Cosa dobbiamo fare

12. Conclusioni pragmatiche e prerequisiti concettuali

Dall'analisi dei 10 indicatori suesposti emergono le seguenti azioni prioritarie per la crescita della SISDCA:

12.1. Azioni prioritarie

12.1.1. Programmazione delle funzioni della Sezioni Regionali
12.1.2. Implementazione di nuovi Soci e Campagna Soci Junior
12.1.3. Rinnovo delle quote societarie e inviare la scheda di aggiornamento dati
12.1.4. Intervento promozionale delle Sezioni Regionali da parte dei Presidenti, dei Presidenti Eletti e dei RAR
12.1.5. Promozione della comunicazione mail aprendo la posta elettronica almeno ogni 48 ore e rispondere
12.1.6. Implementazione del lavoro di Segreteria (Assistenza Soci, mantenimento del Sito WEB, organizzazione diretta di eventi)
12.1.7. Implementazione con il mailing di altre organizzazioni
12.1.8. Partecipazione al CNSR-SENATO del 1° Dicembre
12.1.9. Raggiungimento degli obiettivi relativi ai progetti dui al punto 4.2.6. per il triennio 2011-2014 (Vedi Indicatore 6)

12.2. Prerequisiti concettuali

1. La SISDCA deve porsi come promotore, garante della correttezza dei modelli di assistenza erogati in Italia.
2. All'interno della SISDCA l'area del sapere condiviso è maggiore di quanto non lo sia al suo esterno. Siamo sicuri che, almeno all'interno della società, tutti i componenti condividano le stesse opinioni? Pratichino gli stessi interventi? Abbiano gli stessi strumenti di valutazione di processo e di esito? In assenza di questa premessa esporteremo non ordine ma confusione e non avremo alcuna credibilità.
3. Per essere credibili bisognerebbe avere una forza tale da potere criticare apertamente anche i suoi stessi Soci. Se la SISDCA non riesce a liberarsi dal conflitto di interesse non può ambire a raggiungere nessuna leadership.

Sezione 6°: Per saperne di più

Appendici I-XX

(i) Mission della SISDCA e Costrutto della Formazione: O. Bosello e N. Melchionda

In senso generale, la missione di una Istituzione è il suo compito di diffondere un messaggio. Qualsiasi sia l'Istituzione, il compito è sempre così riassumibile "**aumentare il sapere, diffondere il sapere e insegnare a saper fare**". Nel caso di una Società scientifica, è quasi tautologico affermare che il primo compito è quello di contribuire ad aumentare e diffondere il sapere scientifico; di conseguenza viene la necessità di contribuire a saper mettere in pratica i contenuti del sapere, cioè il saper fare.

Mediante una enunciazione esplicita, "**Mission Statement**", ogni Società Scientifica dichiara quali sono i contenuti e le peculiarità che la distinguono e la differenziano da altre consimili. Lo scopo dell'istituzione deve essere chiaro, ma non riduttivo; deve contenere principi scientifici, ma anche morali e sociali.

Nel caso della SISDCA i contenuti sono costituiti dai **Disturbi Alimentari Obesità (DAO)** e dal principio-guida che il modo migliore di studiarli e di curarli sia **interdisciplinare.** Si è detto che il primo momento di una Società Scientifica è il **Sapere:** il motore del sapere è la **ricerca scientifica.**

Se non vi fosse ricerca, il sapere si fermerebbe, potrebbe regredire e diventare oscurantismo. Altrettanto importante è la **diffusione** del sapere, cioè la **didattica formazione** e la. Ma non vi può essere credibilità se un docente o un formatore non ha nel suo curriculum i frutti della sua ricerca. Solo mediante la ricerca si può giungere al sapere. Non è sufficiente diffondere il sapere di altri, anche se conoscerlo è importante, per confrontarsi e crescere. **Ma solo la Ricerca personale consente la verifica, il Confronto e la Crescita.**

Una Società Scientifica deve stimolare la ricerca mediante momenti di confronto, suggerimenti e, se possibile, aiuti. Questi possono essere costituiti da riconoscimenti, premi e borse di studio, anche sponsorizzate da altre istituzioni o aziende. Deve, inoltre, eseguire un censimento dei soci ricercatori, da aggiornare periodicamente, con i risultati delle ricerche, da diffondere alla Società e alla comunità scientifica.

Compito della Società è anche quello di **costituire uno o più network di ricercatori** Sviluppo siano incoraggiate e si sviluppino collaborazioni e ricerche multicentriche su temi consimili. La ricerca può essere di base, epidemiologica o clinica: è importante che sia originale oppure anche di verifica e/o conferma di osservazioni ancora preliminari.

Per la **diffusione del sapere** la Società dispone di strumenti diversi: Sviluppotto la pubblicazione dei risultati delle ricerche su riviste dotate di possibilità di confronto tra pari (come il caso di Eating and Weight Disorders, organo ufficiale della SISDCA). Vi è poi la possibilità di organizzare incontri, seminari, corsi o anche convegni, possibilmente monotematici. Il Congresso Nazionale di una Società Scientifica non è in genere il momento adatto per discutere risultati della ricerca, ma è una buona occasione per consentire ai più giovani di portare il loro contributo.

Si discute se l'evidenza scientifica sia una regola irrinunciabile oppure lasci spazio ad altri aspetti, forse non meno importanti, quali la descrizione di casi clinici. Anche le riviste più prestigiose hanno una rubrica dove pubblicano spesso case reports. Si tratta però di situazioni di grande rarità o di peculiare interesse scientifico che stimolano ampie discussioni. Anch'essi trovano il loro spazio e il loro momento, ma non può essere una regola. La mission di una Società Scientifica è tesa al continuo progresso delle conoscenze; non si ferma e non si accontenta.

Nell'ambito della mission di una Società Scientifica vi è la Formazione. Per quanto riguarda il concetto di formazione, si deve sottolineare che ha molteplici significati ed è usato in diverse discipline; la formazione è costituita da un insieme di attività didattiche deputate alla preparazione di una persona a svolgere un compito, un'attività, una professione o, secondo alcuni, molto più semplicemente, a vivere.

La formazione non consiste nel trasferimento di un insieme di nozioni, ma è il risultato di un piano formativo organico che tende a strutturare, consolidare e rinforzare in maniera completa. La formazione è un processo complesso di trasferimento di contenuti e metodi per fare acquisire alle persone livelli scientifici, intellettuali, culturali, emotivi, tecnici e pratici sempre maggiori. Si può parlare di qualsiasi argomento in qualsiasi circostanza, ma il linguaggio, l'approfondimento, la durata e il metodo formativo-educativo cambia per ogni progetto formativo. La formazione richiede tempo, il tempo necessario per "formare", per assimilare e per comprendere. La formazione non avviene casualmente o in tempi brevi, ma è il contesto di un processo formativo che deve durare anni, tutta la vita. La formazione ha un'importanza cruciale: molte università hanno attivato facoltà dedicate alla scienza della formazione.

Vi è, infine, da definire la "**Vision**" di una Società Scientifica. Si tratta, in genere, di un documento dove l'Istituzione descrive la propria strategia operativa. Per una Società Scientifica essa è strettamente vincolata alla propria mission, ed è in genere proiettata al futuro con obiettivi di medio-lungo termine. Deve esprimere le modalità con cui si intende realizzare operativamente i contenuti della mission, in modo credibile e realistico. Deve essere condivisibile e condivisa e saper coinvolgere i componenti dell'istituzione, al fine di realizzare gli intenti del sapere e del saper fare.

"Mission e Vision sono aspetti assai diversi, ma insieme costituiscono l'Identità di una Istituzione, nel nostro caso la SISDCA. I tre livelli della Mission della SISDCA (Didattica, Formazione, Empowerment) rappresentano il principale obiettivo che dovrà essere sviluppato a 360° nel prossimo futuro."

La letteratura sui DAO è vastissima e per produrre una revisione sistematica di ciò che è stato pubblicato, quand'anche esaustivo, sarebbe necessario un **tempo improponibile** sia per chi scrive, sia per chi dovrebbe leggere, sia chi dovrebbe preparare lezioni frontali e naturalmente per gli allievi che dovrebbero essere presenti. Si può affermare che non sarebbe sufficiente tale versante didattico per dare ad un aspirante professionista l'abilità necessaria ad affrontare con successo la gestione clinico-terapeutica di un soggetto con un DAO. Quindi la prima domanda che si pone per la pianificazione di un processo formativo è: "Quale dovrebbe essere il volume didattico per costruire un impianto formativo adeguato?

Si chiede pertanto al gruppo di lavoro di rispondere a questa domanda tenendo in considerazione quanto affermato nell'elzeviro di Sviluppo:

"La formazione non consiste nel trasferimento di un insieme di nozioni ma è un processo complesso per fare acquisire livelli scientifici, intellettuali, culturali, emotivi, tecnici e pratici sempre maggiori, dove il linguaggio, l'approfondimento, la durata e il metodo formativo-educativo cambia per ogni progetto formativo. La formazione non si fa in tempi brevi, ma è nel contesto di un processo che deve durare anni, tutta la vita".

Inoltre va considerato il concetto di **formazione permanente** nel senso che non si dovrebbe smettere mai di studiare per il divenire e il cambiare del contesto psicosociale, della tecnologia che progredisce, delle emozioni che sono sempre diverse, della politica che si trasforma e dello scibile umano che è enorme rispetto alla nostra capacità di immagazzinare e di memorizzare. Nella scienza dell'educazione delle formazioni specialistiche professionali, l'evoluzione tecnologica è talmente veloce ed enorme che l'aggiornamento "formativo" diventa obbligatorio con l'acquisizione di crediti formativi. Ma non è sufficiente neppure il raggiungimento di un livello formativo elevatissimo per dare ad un professionista l'abilità di gestire in modo clinico-terapeutico efficace un caso complesso, come è frequente osservare. Quando un soggetto non risolve da se il suo "DAO" e si rivolge ad un professionista si tratta sempre di un caso "complesso", altrimenti basterebbe una "ricetta".

Bisogna quindi considerare assolutamente la necessità che ogni professionista ha di conseguire il proprio **Empowerment (1).** Ovvero come dovrà essere organizzata la formazione multi-disciplinare integrata di Professionisti necessaria per favorire l'Empowerment dei Pazienti e quindi ottenere il cambiamento nei soggetti portatori di un DAO specifico? L'Empowerment dei Professionisti e degli stessi Pazienti è quindi necessario per modificare stili di vita dannosi per la salute, per ridurre la restrizione alimentare inopportuna e per eliminare la perdita di controllo alimentare. In cosa consiste la differenza che si incontra per altre condizioni di dipendenza come il fumo, l'alcool o le sostanze psicotrope?

(1) Empowerment. Indica un approccio culturale che abbraccia competenze di più settori scientifici o di più discipline. Evidenzia quel processo di interazione e di integrazione di competenze che spesso è indispensabile per affrontare in modo completo ed efficace determinate problematiche. Fa riferimento all'accrescimento spirituale, politico, sociale, della forza di un individuo o di una comunità. Spesso tale concetto fa riferimento allo sviluppo della fiducia nelle proprie capacità. L'Empowerment può quindi definirsi come un processo che dal punto di vista di chi lo esperisce, significa "sentire di avere potere" o "sentire di essere in grado di fare". Appare così il frutto della concorrenza del senso di padronanza e del controllo raggiunto dal soggetto e delle risorse/opportunità offerte dall'ambiente in cui il soggetto vive. Il termine si presta a una vasta gamma di significati, interpretazioni e definizioni, toccando le più diverse discipline: dalla psicologia alla filosofia. Nell'ambito della gestione di una organizzazione, con il termine Empowerment ci si riferisce a tutte quelle attività che mirano a conferire autorità e strumenti per servire al meglio coloro che ne fanno parte.

(ii) Il Modello della Leadership Relazionale

Esistono due modelli di riferimento che sono relativi ai costrutti di base della Vision:

1. La Mission del tipo "comanda e controlla": è il modello tradizionale ormai superato per il profondo cambiamento dello scenario mondiale legato alla globalità della comunicazione che consente una conoscenza immediata degli eventi permessa dalla telefonia mobile, dalla televisione e dal WEB. Nell'ambito di questo modello si è conclusa la formazione, ormai esaustiva e centenaria, della Leadership predisposta per tale modello. Il culmine della parabola è stato ormai raggiunto e attualmente si assiste ad una caduta dei risultati che sono devastanti e non più proponibili in tutte le culture.

2: La Mission del tipo che mette in gioco il "relazionalismo" dove le persone sono al centro del sistema basato su tre elementi:

- Fedeltà
- Valore
- Apprezzamento

A questi elementi si riferiscono 7 attributi: correttezza, carattere, fiducia, attenzione, scopo, celebrazione e divertimento. “Non si può negare il gelato ad un bambino che ha visto che tutti lo hanno”. La formazione dei Leader predisposti a questo tipo di modello è appena nata.

In sostanza il Modello Relazionale è molto versatile e assegna al buon senso un ruolo fondamentale come guida delle azioni e prevede il rispetto di elevati principi etici e morali. La disciplina è la chiave nella pratica e la regola aurea è quella di trattare le persone come vorresti essere trattato tu sempre come persona.

Nucleo Centrale	**Definizione**	Leadership Relazionale: fa le cose giuste (perché) e può associarsi al Management che fa le cose bene (come)
Le Persone	Target	Stakeholders (portatori di interesse primario e riflesso) 1. I Soci della SISDCA, l’Utenza, le Istituzioni, i Politici, la Comunità Scientifica e Professionale sono tenuti sullo stesso piano e al centro dell’attenzione. 2. A tutti gli individui in causa viene dato il massimo valore e il rispetto come si vorrebbe che si facesse nei nostri confronti. In questo modo aumenterà sempre più la loro proattività. 3. Il segreto consiste nel far leva sui punti di forza delle persone piuttosto che annullare i punti deboli. 4. Di tutte le persone bisogna avere una profonda conoscenza per aumentare il livello della motivazione ad attuare possibili cambiamenti.
Elementi	**Attributi**	Lavorano tutti all’unisono come parti di in complesso ingranaggio
1. Fedeltà: Rappresenta l’anima. E’ un impegno morale, con la quale una persona si vincola affinché un legame verso un’altra persona sia valido. Esso si basa sulla fiducia.	**1. Correttezza**	1. Significa trattare le persone con equità e rispetto indipendentemente dalla posizione che ricoprono. Consiste nell’assicurarsi che le persone capiscano che cosa ci si aspetta la loro e che queste aspettative siano ragionevoli nel dare alle persone l’opportunità di esprimere il loro parere su argomenti che le riguardano. 2. I Leader non mostrano egoismo, favoritismi e pregiudizi per raggiungere l’equilibrio tra interessi contrastanti. Hanno apertura verso le idee innovative, i proponimenti qualificati e le azioni concrete
	2. Carattere	1. Ha un ruolo critico perché consente alle persone di avere la certezza che le decisioni siano guidate da un principio. Le persone hanno bisogno di avere un punto di riferimento su cui contare. 2. Il Leader si attiene ad elevati livelli di etica e di moralità che trascendono da qualsiasi convinzione politica, ideologica o religiosa e che si mantenga costante nel tempo.
	3. Fiducia	Il Leader è costantemente coerente ai propri principi e in particolarmente quelli delle persone. 1. La coerenza non è la scelta più comoda, ma è la forza di perseguire un progetto fino in fondo e quindi presuppone avere un progetto e non essere disposti a rinunciarvi se non quando lo stato delle cose ce lo rivela impossibile. E’ rassicurante, fornisce stabilità, credibilità e affidabilità. Le persone possono sapere cosa aspettarsi dal Leader in qualsiasi momento. 2. E’ rinforzata dalla certezza che le persone hanno se il Leader riconosce i suoi errori e cerca di correggerli.
2. Valore: E’ la base solida di ogni organizzazione presieduta da un Leader. Sostiene la volontà a procedere.	**4. Attenzione**	1. I Leader osservano e ascoltano le persone. 2. L’attenzione fa capire che si rispetta una persona ascoltando seriamente quello che ha da dire. 3. In questo modo si aumenta l’autostima e si raccolgono informazioni necessarie per prendere decisioni che aumentano il carisma e l’efficacia delle azioni. 4. L’osservazione è una componente attiva dell’attenzione.
	5. Scopo e determinazione	I Leader promuovono obiettivi giusti e appaganti che devono essere definiti con chiarezza. Gli obiettivi devono rispettare la Mission e la Vision. Quattro sono i fattori del cambiamento: 1. Chiara visione della meta. 2. Riluttanza a rimanere fermi. 3. Conoscere i primi passi del processo identificando eventualmente meta-obiettivi. 4. Acquisizione di strumenti necessari e risorse adeguate.
3. Apprezzamento Fornisce entusiasmo ed energie	**6. Divertimento**	I Leader promuovono attività che favoriscono il sorriso, la serenità e il relax
	7. Celebrazione	1. I Leader danno regolarmente omaggio ai risultati ottenuti. Bisogna sempre festeggiare la vittoria anche con piccole spese. Basta una e-maill di congratulazione. 2. La celebrazione è sempre facilissima, basta pensarci e verificare il valore della ricaduta. 3. La celebrazione dei risultati non serve solo come riconoscimento ma trasmette un chiaro messaggio che stimola anche le persone “inattive” a creare progetti e a esprimere le loro idee.
Cardini di base	Autenticità	Fare ciò che si è annunciato dimostrando di essere affidabili e attendibili
	Conoscenza di se	Comprendere i propri punti di forza e le proprie debolezze
	Base di conoscenze	Piena comprensione dei proprie attività e conoscenza dei problemi di tutte le persone in gioco

	Pianificazione	Bilanciare spese e guadagni a breve e lungo termine
Fasi dello sviluppo	Incompetente Inconsapevole	Il Leader ha un livello di prestazioni basso e non se ne rende conto
	Incompetente Consapevole	Il Leader non svolge bene il proprio compito ma si rende conto del perché e intravede la possibilità di fare qualcosa per cambiare
	Competente Inconsapevole	Il Leader svolge bene il proprio lavoro e lo fa in modo corretto ma il perché e il suo modo fare appare basato sull'intuizione
	Competente Consapevole	Il Leader porta a termine ad alto livello i compiti assegnati e conosce i motivi delle proprie azioni andando oltre l'istinto con progettazione basata sulla formazione.
Componenti dell'Organizzazione	Avere un Piano di lavoro	Non riguarda la struttura dell'Organizzazione ma le persone, il loro comportamento, l'autenticità l'ambiente emotivo, la chiara comprensione della mission.
	Avere buon senso	E' la Legge Aurea: non fare ad altri quello che non vorresti fosse fatto a te stesso.
	Lavorare con le persone giuste	Le persone giuste devono avere qualità comunicative idonee per lavorare in squadra e capacità tecniche per svolgere il loro compito
	Accettare il cambiamento	Quando si ha a che fare con un cambiamento a fiducia diventa cruciale e le persone concentrano la loro attenzione alle azioni del Leader che inevitabilmente può più facilmente commettere errori. Il Leader deve quindi essere sempre più autentico e cioè fare ciò che dice di voler fare. Ecco 5 passi per raggiungere l'autenticità: 1. Studiare il modello valutando bene i suoi tre elementi e i sette attributi 2. Classificare gli attributi in base alle proprie caratteristiche e cominciare con quelli di media difficoltà ed eventualmente progettare la propri formazione. 3. Chiedere aiuto ad un tutor 4. Riconoscere gli errori e correggere 5. Comunicare quello che si sta facendo e chiedere aiuto anche ai propri dipendenti
Sviluppo delle potenzialità interne	Applicare la Disciplina	Principi per acquistare il livello di disciplina necessario per avere successo 1. Concentrazione: sapere cosa si vuole e perchè 2. Impegno: si tratta di capire l'importanza di ottenerla 3. Prontezza: cogliere il momento di agire 4. Plauso: riconoscere il merito del raggiungimento di una tappa 5. Aiuto: cercare di trovarlo
	Svolgere attività vincenti	Il potere della positività è una strategia di affermazione. I vincenti si preparano, i perdenti no. I vincenti fanno domande e studiano, i perdenti no. I vincenti danno, i perdenti prendono. I vincenti si impegnano e spendono energie e risorse, i perdenti seguono la via più facile, approfittano dei privilegi e della connivenzA. I vincenti sono leali, i perdenti non sempre.
	Visualizzazione	Ecco alcuni passi: 1. Chiarezza di cosa si vuole ottenere 2. Pensare come si starebbe dopo il raggiungimento 3. Identificare le risorse 4. Riconoscere l'utilità del raggiungimento dell'obiettivo
	Scorciatoie	Evitarle, non funzionano
	Gestire il	Riguarda il rischio calcolato e sostenibile non quello legato al caso come per esempio quello della roulette.
	Sviluppare le novità	Occorre attenzione, conoscenza e osservazione. Non si tratta di incoraggiare le idee ma di dare alle persone che le hanno avute la supervisione del progetto fino al suo completamento e quando le persone vengono coinvolte nella fase creativa acquisiscono un senso di compartecipazione e lavoravo con maggiore impegno.
	Evitare l'abuso del potere	Il relazionalismo si concentra sulle persone e fornisce un'atmosfera e una motivazione con cui le persone possono prosperare. Si basa sulla morale e sul comportamento etico.
Gestione dello stress: non troppo ne troppo poco	Emozioni	I comportamenti emotivi vanno tenuti sotto controllo perché provocano reazioni distruttive e la convinzione che il leader non stia utilizzando al meglio le sue capacità razionali. Si crea una erosione della fiducia. Mantenere il controllo e sfogare le proprie emozioni in sede opportuna.
	Linguaggio	Il turpiloquio è deleterio. Le imprecazioni non sono utili.

	Umorismo	Un uso appropriato ed efficace sdrammatizza una situazione negativa e mette le persone a loro agio e la sensazione che l'obiettivo possa essere raggiunto. Mantiene lo stress ad un livello accettabile perché permette di controllare l'ambiente. Non promettere mai quello che non si è in grado di mantenere.
	Coerenza	Le persone rispondono positivamente alle situazioni difficile se esiste una buona dose di prevedibilità. L'incoerenza provoca uno stress tropo elevato e dannoso. La coerenza da fiducia, credibilità affidabilità. Dare evidenza al merito pubblicamente. Dare sempre il massimo delle disponibilità.
	Chiarezza	Uno dei maggiori ostacoli in una organizzazione è la mancanza di chiarezza di ciò che viene comunicato e le persone prendono strade sbagliate con enorme crescita dello stress e delle defezioni.
	Meta-obiettivi e obiettivi intermedi	Quello che viene misurato viene realizzato positivamente. Le tappe vanno definite con precisione e vanno individuati anche obiettivi surrogati per garantire le aspettative finali. Identificare momenti di controllo e di valutazione ravvicinati per procedere con le modificazioni di rotta necessarie.
	Controllare l'ambiente di lavoro	1. Creare un livello dello stress necessario: non troppo ne troppo poco. Il posto di lavoro deve essere divertente. 2. Abbracciare le basi delle fiducia
Sedi di intervento	Sedi di lavoro	Private e pubbliche
	Al di fuori delle sedi di lavoro	La differenza rispetto alle sedi di lavoro è rilevante a due livelli: Al di fori dell'ambiente di lavoro i problemi possono essere più personali e sottoposti a emotività e differenti aspetti della fedeltà. I Leader Relazionali che applicano i loro comportamenti creano relazioni armoniose, prolungate e durature. - Famiglia - Ambienti amicali - Comitati creati da organizzazioni no profit - Task Force nominate da enti pubblici - Commissioni o gruppi di lavoro politici - Sedi di volontariato

(iii) Mission del Presidente della SISDCA: Dichiarazione. Bologna 18 Novembre, 2011

1. Il Presidente avrà il dovere di prendere iniziative costruttive assumendone le responsabilità di fronte agli organi statutari. Avrà libertà di scelta, relativa a stimoli che suscitano una risposta, facendo uso della sua immaginazione, ascoltando la sua coscienza, impegnando la sua leadership attraverso linee condivise di management. **(1)**
2. Dovrà esercitare l'ascolto considerando come prerequisiti il rispetto, l'etica, la ragione, il metodo scientifico, la coerenza, la dignità, la giustizia, l'imparzialità, l'integrità, lo spirito di servizio e l'auto-consapevolezza. **(2)**
3. Dovrà usare il linguaggio "proattivo" e non quello reattivo. **(3)**
4. Dovrà pensare a cosa lascerà alla fine del suo mandato per avere la chiarezza della Direzione secondo la Mission e la Vision societarie con cui guidare la Società.
5. Condividerà col Consiglio Direttivo della Società proposte attuative.
6. Dovrà facilitare la redazione di una Dichiarazione della Mission della Società attraverso la collaborazione di tutti.
7. Dovrà aver la forza di fare il salto dal paradigma dell'etica personalità **(4)**, centrato prevalentemente sul culto della propria persona, per essere invece spostato ai bisogni del territorio dell'utenza. **(5)**
8. Dovrà usare tecniche di semplice richiesta e di suggerimenti basati sul ragionamento.
9. Leggerà questa Dichiarazione ogni volta che dovrà prendere decisioni.
10. Il Presidente e tutti i Soci dovranno considerare la Legge di Pareto dell'80-20% ove si dimostra come in ogni attività esiste una costante sproporzione tra gli sforzi compiuti (80%) ed i risultati che si ottengono (20%). **(6)**
11. Contribuirà al raggiungimento del successo della Società che consiste nella conquista della leadership nel territorio. Il risultato sarà legato alla sommatoria del successo personale di ogni Socio.
12. Il Presidente può sbagliare, ha il dovere di correggere i propri errori e chiede di essere aiutato in senso costruttivo.

(1) **Coscienza:** Il termine deriva dal latino cum-scire (sapere insieme) ed indicava originariamente un determinato stato interiore di un individuo che può in qualche modo descrivere e comunicare ad altri. Anticamente con coscienza si intendeva qualcosa di diverso da ciò che si ritiene oggi nell'ambito psicologico e filosofico. Non tutti gli antichi dividevano l'uomo in mente e corpo. Anzi era molto diffusa l'idea che l'uomo avesse tre funzioni relativamente indipendenti chiamate "centro intellettivo", "centro motore-istintivo" e "centro emozionale", collocate rispettivamente: in una parte dell'encefalo, nella parte terminale della colonna vertebrale (dove un tempo nell'uomo compariva la coda) e nella zona del plesso solare, in quelli che sono oggi chiamati "gangli del simpatico e del parasimpatico". Ebbene "coscienza" indicava quello stato interiore di sintonia tra i tre centri (sapere insieme) che, se raggiunto, permetteva all'uomo di elevare la propria ragione. La psicologia tradizionale indica con coscienza una funzione generale propria della capacità umana di assimilare la conoscenza. All'inizio vi è consapevolezza, cioè constatazione attiva della nuova conoscenza, quando a questa segue la permeazione definitiva del nuovo come parte integrante del vecchio, si può parlare di coscienza. Questa funzione, applicata al susseguirsi di fenomeni di conoscenza (non solo sensoriali) genera il fenomeno della coscienza. Come fenomeno dinamico che si protrae nel tempo può essere identificata come un vero e proprio processo.

(2) **Auto-consapevolezza:** Grazie a questa capacità, squisitamente umana, possiamo esaminare i nostri paradigmi per determinare se si basano sulla realtà e sui principi oppure se essi dipendono da un condizionamento o da situazioni contingenti. Possiamo inoltre esaminare il modo in cui vediamo noi stessi, influenzare i nostri atteggiamenti e i nostri comportamenti e di conseguenza il nostro modo di vedere gli altri.La prima cosa che è necessario capire è in cosa consista l'essere coscienti (secondo Julian Jaynes “The Origin of Consciousness in the Breakdown of the Bicameral Mind”). Essere coscienti significa prima di tutto essere capaci di raccontare sé stessi come soggetti di una storia distribuita con ordine nel tempo. Il modo in cui, di solito inconsapevolmente, ci raccontiamo la nostra storia, scegliendo alcuni fatti ed altri no, scegliendo un certo ordine o una certa serie di cause come efficienti di ciò che siamo determina la nostra interpretazione della vita e di noi stessi: è un modo per dirci chi siamo e dove andiamo secondo noi, chi è il nostro io. Nel momento stesso quindi in cui ci raccontiamo quella storia, spontaneamente ne programmiamo in qualche modo il seguito e diveniamo così consapevoli di potere o volere o dovere proseguirla in un certo modo. Estrapoliamo cioè la nostra esperienza nel futuro, sulla base però della nostra storia, così come ce la siamo raccontata e cela raccontiamo. E' ovvio che nessuna narrazione di sè può essere mai compresa completamente ma se un operatore è capace di mantenere almeno una certa armonia tra la realtà e quello che racconta di sé e degli altri, la sua capacità di programmarsi e di programmare a lunga scadenza sarà efficace, se no disastrosamente inesistente (Guido Ligabò).

(3) **Comunicazione proattiva:** È quel processo che avviene fra due o più comunicanti che hanno intenzione di comprendersi (sono pro-attivi). Ogni comunicante ha il proprio mondo soggettivo e il proprio sistema di codifica e decodifica dei messaggi. Il messaggio è la rappresentazione percepibile dei concetti che il comunicante, che invia il messaggio, codifica tramite il sistema di codifica ed invia attraverso un opportuno canale, a un secondo comunicante. Il secondo comunicante lo decodifica e lo interpreta nel proprio mondo soggettivo.

(4) **Etica della personalità:** E’ simbolo senza sostanza, è un progetto “come arricchirsi in fretta” che promette “benessere senza lavoro” dando l’illusione ingannevole di raggiungere risultati di alta qualità usando tecniche e soluzioni miracolistiche. L’etica della personalità consiste più o meno come cercare di arrivare nel luogo giusto usando una mappa sbagliata. Durante la nostra vita ci sono stadi successivi di crescita e di sviluppo e ciascun passo richiede tempo, nessuno può essere saltato, in tutte le fasi della vita, in tutti i campi e per tutti gli individui, in coppia, in famiglia e nelle organizzazioni. Noi accettiamo e conosciamo questo processo nell’area della crescita fisiologica, ma comprenderlo in quello delle emozioni, delle relazioni umane e addirittura nell’ambito del carattere è meno immediato e più difficile. E anche se lo comprendiamo, accettarlo e vivere in armonia con esso è ancora più complesso. Di conseguenza a volte cerchiamo una scorciatoia, aspettandoci si riuscire a saltare alcuni passi di importanza vitale per risparmiare tempo e fatica per raggiungere un risultato immediato (SR Covey).
Erich Fromm, grande osservatore della radici e dei frutti dell’etica della personalità, distingue tra istinti e pulsioni. I primi sono legati al mondo animale e creano dei comportamenti fissati organicamente. I secondi (bisogni fisiologici) sono invece tipici dell'uomo come la sessualità, la fame, la sete. Identifica poi gli otto bisogni psicologici basilari: relazione, trascendenza, radicamento, identità, orientamento, stimolo, unità, realizzazione. Per Fromm la personalità è la totalità delle qualità psichiche ereditarie ed acquisite.

(5) **Salto di Paradigma:** Il termine “salto o slittamento di paradigma” è stato introdotto da Thomas Kuhn nel suo autorevolissimo libro: “La struttura delle rivoluzioni scientifiche”. Si dimostra come quasi tutte le più importanti innovazioni nel campo della ricerca scientifica si sono verificate con una rottura della tradizione, dei vecchi moduli di pensiero e dei vecchi paradigmi (es. dalla Terra come centro dell’Universo al Sole, il paradigma della relatività einsteiniana, quello delle infezioni batteriche, dalla Monarchia alla Democrazia costituzionale). I salti di paradigma hanno un grande potere per il cambiamento radicale indipendentemente dal fatto che tale mutamento sia istantaneo e casuale oppure un processo lento e volontario.

(6) **Legge di Pareto:** Raffaele Pareto (1812-1882). Proprio sul terreno delle costanti della natura umana e della razionalità dell'agente avviene il passaggio di Pareto dall'economia alla sociologia.
Nel 1897 Pareto, studiando la distribuzione dei redditi, dimostrò che in una data regione solo pochi individui possedevano la maggior parte della ricchezza.

Questa osservazione ispirò la cosiddetta "legge 80/20", una legge empirica che fu poi riformulata anche da Joseph M. Juran, ma che è nota anche con il nome di principio di Pareto (o principio della scarsità dei fattori), e che è sintetizzabile nell'affermazione: la maggior parte degli effetti è dovuta ad un numero ristretto di cause (considerando grandi numeri).
Questo principio, in realtà, è il risultato della distribuzione paretiana. Naturalmente i valori 80% e 20% sono ottenuti mediante osservazioni empiriche e sono solo indicativi, ma è interessante notare come numerosi fenomeni abbiano una distribuzione statistica in linea con questi valori. A titolo di esempio si noti come la distribuzione mondiale del reddito pro-capite si avvicini a tali valori. Questo principio può avere diverse applicazioni pratiche in diversi settori, ad esempio:

- **economia:** l'80% delle ricchezze è in mano al 20% della popolazione. Oppure: il 20% dei venditori fa l'80% delle vendite, ed il restante 80% dei commerciali fa solo il 20% delle vendite. Oppure: per treni e aerei l'80% dei ricavi deriva da un 20% di rotte non in perdita; l'80% del deficit sanitario italiano è localizzato in un 20% di ASL sparse sul territorio.
- **qualità:** il 20% dei tipi possibili di guasto in un processo produttivo genera l'80% delle non conformità totali. Oppure: l'80% dei reclami proviene dal 20% dei clienti.
- **informatica:** l'80% del tempo di esecuzione è impiegato solo dal 20% delle istruzioni di un programma. Oppure: l'80% delle operazioni degli utenti sono dovute al 20% delle funzioni a disposizione di un applicativo. L'80% degli errori di codifica è riconducibile al 20% dei moduli. Oppure: l'80% dei visitatori di un sito vede solo il 20% delle pagine. È interessante notare come, secondo alcuni osservatori, la regola 80/20 è causata dai limiti del mondo fisico, che tendendo a spostare l'attenzione dall'80% dei fattori meno influenti verso il 20% più influenti, in qualche modo auto-sostenga questo rapporto.

([iv]) 10 Suggerimenti della Netiquette ovvero il galateo della Posta Elettronica in rete

I. Includi sempre **l'argomento** del messaggio in modo chiaro e specifico e, se il testo dovesse essere molto lungo (oltre 20 righe), invialo con un file in attachment in pdf o in word (meglio 2004 e non 2008).
II. Apri la PE tutti i giorni e dai un OK di ricevimento. Rispondi sempre almeno **entro le 48** ore al contenuto del messaggio.
III. Cerca di rispondere mantenendo sempre lo stesso **"OGGETTO"** per conservare una struttura storica ordinata dei messaggi inviati e ricevuti, "agganciandoli" uno dopo l'altro.
IV. Mantieni la **privacy** dei mittenti, cancellando dal testo l'indirizzo ed utilizzando la casella Bcc o Ccn se devi inviare lo stesso messaggio a più destinatari specialmente se non si conoscono tra di loro.
V. Non fare uso indiscriminato di **testo con caratteri in maiuscolo.**
VI. La **dimensione** del messaggio non deve essere troppo grande, in genere dovrebbe rimanere al di sotto di 100-200 kB e non inviare file con nomi lunghi e con caratteri particolari come quelli di punteggiatura. Concorda col destinatario l'invio di file molto pesanti (oltre 1 MB).
VII. Non inviare messaggi privati da **postazioni di lavoro** dalle quali possono essere letti da altri (tutela te stesso e il tuo destinatario).
VIII. Cita il **testo a cui rispondi** il più brevemente possibile in modo che risulti chiaro ciò a cui ti riferisci nella risposta.
IX. Non richiedere indiscriminatamente, per qualsiasi messaggio, la **ricevuta di ritorno.**
X. Non condurre "**guerre di opinione**" a colpi di messaggi e contro-messaggi: se ci sono diatribe personali, è meglio risolverle via PE in corrispondenza privata tra gli interessati.

([v]) Messaggio 1531.PRIORITA_2 di risposta ai Responders della 1530.PRIORITA'

Carissimi
1. Siete 15 i Responders (51%) alla 1530.PRIORITA dopo 4 giorni e vi ringrazio per la vostra sollecitudine. La dilazione delle risposte comporta un super lavoro di segreteria che non ci possiamo permettere perchè costa tempo e denaro e quindi ribadisco il mio ringraziamento alla vostra sollecitudine, per altro attesa. C'è chi non risponde mai. Basta leggere la Tabella nominale del file "STATO DI SALUTE SISDCA_3". Tra le azioni che ho previsto cito l'uso del telefono che tuttavia comporta costi aggiuntivi. In tempo di crisi questa azione non si allinea alla "Spending Review".
2. Non è sufficiente dare solo un OK di risposta, è necessaria anche l'analisi del file e la specifica delle "azioni" che vi proponete di attivare e di sottoscrivere, come del resto ha fatto Cuzzolaro e Nizzoli e in parte Prosperi e Bosello che ringrazio. Altrimenti la semplice lettura non serve a nulla.
3. Vi rammento che fate parte di un, per così dire, SENATO della SISDCA (il CNSR) in quanto siete stati eletti dai Soci che si aspettano di avere un utile dopo aver pagato la quota societaria. Siete tutti Presidenti, Presidenti Eletti e Consiglieri.
4. Attendo quindi di sapere quali sono le "azioni" che vi impegnate a portare a termine e anche di conoscere suggerimenti e critiche al mio lavoro.
5. Ho sottoscritto la Dichiarazione di Mission come Presidente e vorrei arrivare alla sottoscrizione della dichiarazione di Mission di tutte le altre cariche societarie: Presidenti Regionali, Presidenti Eletti e Consiglieri.

6. Vi rammento inoltre di seguire sempre la Netiquette e di usare il risponditore "a tutti" per le risposte da condividere.
7. Alle "azioni" sottoscritte risponderò in modo interattivo per amplificare i risultati.
8. Questa modalità di comunicazione "pressing" mi è stata chiesta a Navacchio all'unanimità nel gennaio 2012. Chi non vuole essere scocciato dalle mie mail non fa che comunicarlo e verrà prontamente cancellato con tutte le conseguenze istituzionali perchè ai privilegi di "passerella personale" ci sono i "doveri societari".

([vi]) Piano Formativo CAFDAO 2012-2013

La **Multi-disciplinarità** è una delle sfide con cui la Ricerca, l'Assistenza e la Formazione dovranno prima o poi confrontarsi. A causa dell'elevato grado di specializzazione del sapere odierno, la possibilità che un solo campo del sapere si consideri preminente è ormai sempre meno credibile.

L'Inter-disciplinarietà si pone così come possibilità per far comunicare, ed a un tempo progredire, i numerosi punti di vista che si sono aperti nel mondo della Medicina.

L'amplificazione della conoscenza ha reso impossibile l'ideale del sapere a 360° e ha accelerato il processo di specializzazione. Il pensiero, **costretto all'interno delle singole Discipline**, ha evidenziato un disagio sempre più diffuso ed è stato il motore per superare i limiti di un sapere mono-disciplinare dove bisogna ricorrere alla convergenza sul medesimo ambito di specialisti provenienti da più campi.

Questo percorso è l'unico percorribile ogni giorno di più, ma è complesso e pieno di difficoltà legate alla chiusura professionale e alla **mancanza di modelli specifici di formazione.**

Prendendo in prestito i metodi e le teorie di un'altra disciplina diventa possibile **chiarire** i problemi dell'area disciplinare nella quale si opera e si può **suscitare** un dialogo interessante e sistematico tra le aree in sovrapposizione come nel caso specifico dei DAO.

Questa relazione, che ha una complessità di parametri, rende logicamente **necessaria una Formazione Dedicata Multidisciplinare (FDM)** e una collaborazione fra le Discipline alla quale la pesantezza accademica e la rigidità dell'organizzazione sanitaria resistono tenacemente.
Date queste premesse la SISDCA propone agli Specialisti delle differenti aree (Dietistica, Nutrizione, Medicina Interna, Endocrinologia, Psicologia e Psichiatria) il seguente ciclo formativo del **Piano dei Corsi di Alta Formazione DAO (CAFDAO)** per soddisfare la Multidisciplinarità in senso operativo con le esigenze della Interdisciplinarità

1° CAFDAO: Epicrisi di Casi Clinici. 4 Seminari Multi-disciplinari di addestramento all'inquadramento diagnostico multidisciplinare dei DAO
Ferrara: Giovedì 12 Aprile 14.00-19.00 - Bologna: Giovedì 31 Maggio 14.00-19.00
Ravenna: Giovedì 27 Settembre 14.00-19.00 - Modena: Giovedì 29 Novembre 14.30-19.30

2° CAFDAO: Educazione Terapeutica Orientata e Strutturata (ETOS) per Obesità BED
27-28 Aprile, Roma

3° CAFDAO: Empowerment dei Professionisti come metodo educativo nel TeamBuilding: Il Lavoro in equipe multi-disciplinare nel trattamento dei DAO.
18-19 Maggio, Navacchio (Polo Tecnologico), Pisa

4°1. CAFDAO: L'interdisciplinarietà nella clinica dei DAO. Case Study
09 Giugno, Palermo
4°2. CAFDAO: Comorbilità Psichiatriche nei DAO
22 Settembre, Palermo

5° CAFDAO: Formazione dei Formatori
1° Modulo: Presentazione della Piattaforma L2L: Live To e.Learning
2° Modulo: Dal Business alla Clinica dei DAO: Una ipotesi di lavoro formativo trans-culturale per i Professionisti DAO
29-30 Giugno Casalecchio di Reno (CINECA) e NH Bologna De La Gare (Bologna)

6° CAFDAO: Giornata di Studio: Terapia Farmacologica nei DAO e Comorbilità Psichiatriche e Metaboliche
12 Ottobre, Montecatini

7° CAFDAO: Essere Leader. Corso di Formazione per Direttore-Responsabile di un Equipe-Servizio per i DAO
09-10 Novembre, Navacchio Polo Tecnologico (Pisa)

Gruppo di Lavoro SISDCA per lo Sviluppo di Linee Programmatiche (2° GL.LPS).

24-24 Gennaio, Navacchio Polo Tecnologico (Pisa)

8°1, 2, 3, 4 CAFDAO: Problemi interdisciplinari dei DAO. Cosa devono sapere, saper fare, fare e non fare gli Specialisti del Team Multi-disciplinare DAO
15-16 Febbraio, Perugia; Aprile, Maggio e Giugno (sedi e date da precisare)

9° CAFDAO Terapia cognitivo comportamentale "trans-diagnostica" dei DAO
22-23 Marzo (Garda)

(vii) MCP Mini-Corso di Perfezionamento svolto al DIABO 2011: 1° Clinical Teaching Day

Si è svolto il 17 Novembre prima dell'apertura ufficiale, con Seminari-dibattito interattivo tra studenti e docenti. I docenti hanno preparato una lezione accademica di 45 minuti cui seguirà un dibattito interattivo di altri 45 minuti.

1. Ballardini D: La riabilitazione psico-nutrizionale dell'Anoressia-Bulimia
2. Schumann R: Il trattamento psicoterapico in Day Hospital dell'Anoressia-Bulimia
3. Todisco P: Come strutturare e come gestire il Diario Alimentare
4. De Salvo C: Il contributo dei modelli psicoanalitici alla luce delle recenti acquisizioni
5. Cerro P: La terapia familiare sistemica
6. Degli Esposti: La Terapia Cognitivo Comportamentale per l'Obesità e il BED
7. Di Pietro G: Il vuoto e il pieno nella dinamica bulimica
8. Di Stani M: Come organizzare un Team Multi-disciplinare
9. Donini LM: Riabilitazione nutrizionale del peso critico
10. Gravina G: Complicanze internistiche dell'Anoressia Nervosa e della Bulimia Nervosa
11. Lanzarone C: Il training di assertività : diagnosi e strategie di intervento
12. Luxardi G: Valutazione dei disturbi dell'immagine corporea
13. Manzato E: L'Anoressia e la bulimia nei maschi
14. Migliorini S: Un approccio Costruttivista ai DA: l'organizzazione cognitiva nel Disturbo Alimentare Psicogeno (DAP)
15. Minniti A: Il problema della motivazione
16. Perrone S: Interventi psico-educazionali sui genitori
17. Prosperi E: L'Educazione terapeutica orientata ai DA
18. Renna C: Multi-impulsività, comorbidità psichiatrica e rischio di suicidio in soggetti con DA

(viii) Elaborazione di Percorsi Assistenziali Standard di Qualità Eccellente in collaborazione con ANSISA

Facendo seguito ad alcuni scambi informali con i Past President, Cuzzolaro e Bosello, propongo di pensare alla preparazione di un testo breve, non più di 200 pagine, meglio 150, che testimoni la vitalità scientifica della SISDCA e dell'ANSISA e offra un panorama, aggiornato e sintetico, di raccomandazioni (suggerimenti) cliniche e di principi teorici a quanti operano nel campo della cura e della prevenzione dei Disturbi dell'Alimentazione.
Data la relativa povertà di evidenze scientifiche forti, accanto alle segnalazioni dello stato attuale delle prove, documentate dalla letteratura scientifica e classificate secondo le gerarchie canoniche delle linee-guida, dovrebbe essere dato spazio a esperienze, ipotesi e considerazioni critiche che appaiono al gruppo di lavoro sufficientemente interessanti pur in assenza, ancora, di dimostrazioni empiriche di efficacia (p.e. la prevenzione integrata dei disturbi dell'alimentazione e dell'obesità).

I due assunti di base dovrebbero essere, a mio parere, quelli che hanno ispirato la fondazione e il lavoro della SISDCA per oltre venti anni, che caratterizzano, fin dal titolo, la rivista scientifica *Eating and Weight Disorders*, patrocinata dalla stessa società, e che sono stati in tante occasioni condivisi dall'ANSISA:

- lo studio e la cura dei disturbi dell'alimentazione deve essere interdisciplinare e, nella pratica clinica, nella maggior parte dei casi, multi-professionale
- grande attenzione va dedicata allo studio e alla cura dell'obesità, per le profonde connessioni e intersezioni con il comportamento alimentare e i suoi disturbi.

Infine, per sostenere il progetto di un lavoro in collaborazione fra SISDCA e ANSISA, vale la pena di ricordare, che Roberto Ostuzzi è stato Presidente di entrambe le società e le ha a lungo animate e ispirate.

Standard italiani della SISDCA-ANSISA per la Prevenzione e la Cura e dei Disturbi Alimentari
oppure
SISDCA-ANSISA 2012-2013: Libro Verde: Percorsi Italiani Assistenziali Standard di Qualità Eccellente per lo Studio, per la Prevenzione e per la Cura dei Disturbi Alimentari Obesità (DAO)

1. La preparazione del documento dovrebbe prevedere:
- Coordinatori
- Responsabili delle Sezioni
- Comitato di Redazione
- Comitato di Supervisione (Consigli Direttivi SISDCA e ANSISA; forse si potrebbero aggiungere i Presidenti di Società Scientifiche attinenti, a partire dalla SIO).

2. Il lavoro dovrebbe avviarsi nell'autunno 2012 e concludersi entro la fine del 2013 per essere pubblicato e presentato in un *meeting* nazionale congiunto delle due società.

3. Sezioni possibili

1. Diagnosi e valutazione
   a. Dal DSM-IV e dall'ICD-10 al DSM-5
   b. La valutazione multi-dimensionale
2. Migrazioni diagnostiche
3. I disturbi dell'alimentazione nelle diverse età della vita
4. Farmaci e droghe. Effetti sul comportamento alimentare
   a. Meccanismi neuro-biologici di regolazione dell'appetito e del peso corporeo
   b. Farmaci
      i. Benefici possibili
      ii. Danni iatrogeni
   c. Alimentazione e sostanze d'abuso
   d. *Food addiction?*
5. Interventi terapeutici e riabilitativi nei diversi setting di cura
   a. Anoressia nervosa
      i. Aspetti pscologico-psichiatrici
      ii. Aspetti medico-nutrizionali
   b. Bulimia nervosa
      i. Aspetti psicologico-psichiatrici
      ii. Aspetti medico-nutrizionali
   c. Disturbo di alimentazione incontrollata
      i. Aspetti psicologico-psichiatrici
      ii. Aspetti medico-nutrizionali
   d. Altri disturbi dell'alimentazione
      i. Aspetti psicologico-psichiatrici
      ii. Aspetti medico-nutrizionali
6. Studi di esito e valutazione dei risultati
7. Disturbi dell'alimentazione e trattamento dell'Obesità
8. Disturbi dell'alimentazione e chirurgia bariatrica
9. Prevenzione integrata dei disturbi dell'alimentazione e dell'obesità
   a. Eziopatogenesi, fattori di rischio e di protezione, vulnerabilità,
   b. Programmi di prevenzione
10. Indicazioni e proposte per la ricerca

4. Segue un primo elenco di *redattori possibili* selezionati per cooptazione dagli iscritti alla SISDCA.

5. Giuseppe Rovera dovrebbe stilare un elenco analogo per l'ANSISA.

(ix) Proposta editoriale: La Gazzetta della SISDCA

- Pubblicazione da registrare
- Scaricabile dal sito SISDCA
- 4-6 pagine
- Bimestrale
- Sponsorizzabile
- Foto autori

Dovrà riportare:

- Indice in prima pagina
- Indirizzo sito-web SISDCA e Segreteria SISDCA (indirizzo postale e mail, tel e fax)
- Nominativi (con indirizzo mail) dei membri del CD, dei Presidenti delle Sezioni Regionali, dei Responsabili delle diverse aree SISDCA
- Modalità iscrizione a SISDCA
- Immagine, website e riferimenti per eventuali abbonamenti a EWD

Sezioni (ogni sezione un responsabile)

- In Press: abstract di articoli accettati da EWD e non ancora pubblicati (responsabile M Cuzzolaro)
- **Pubblicazione di minisimposi DIABO.** Al DIABO 2011 si è svolta la Sezione dei MiniSimposi che è risultata di grande attualità e interesse per gli argomenti trattati e per la struttura di esecuzione. Purtroppo è mancato l'obiettivo programmato consistente nella pubblicazione degli interventi perché la stesura dei testi è sempre molto più complessa rispetto alla preparazione orale. Gli argomenti meritano di essere ripresi e sviluppati date le peculiarità costituite dalla consistenza delle competente dei conduttori che hanno guidato la loro produzione per un anno intero. Queste considerazioni spingono a spendere un progetto per non lasciar cadere l'interesse scientifico e assistenziale. Questo progetto si può caratterizzare con la possibilità invitare i conduttori dei MiniSimposi a contribuire alla Gazzetta della SISDCA per essere portati all'attenzione di tutti i Soci che non hanno potuto essere presenti al DIABO.

  Elenco dei Conduttori a cui si rivolge il Progetto di cui si propone Referente Lorenzo Donini: Melchionda N, Manara F, Nizzoli U, Cuzzolaro M, Manzato E, Bongiorno A, Caputo G, Jacoangeli F, Schumann R, Luxardi G, Todisco P, Minniti A, Di Pietro G

  Elenco dei Titoli:

  1. L'Obesità in Età Evolutiva.
  2. La responsabilità genitoriale nell'Evoluzione dei DA.
  3. Compulsività, Impulsività, Ossessività.
  4. La Restrizione Alimentare Volontaria.
  5. I Disturbi Alimentari nei maschi.
  6. Strategie di arruolamento nel rifiuto delle cure per i DA in adolescenza.
  7. Formazione e Psicoterapie: i modelli clinici e le qualità del terapeuta.
  8. L'Amenorrea nell'Anoressia Nervosa.
  9. Integrazione delle cure riabilitative.
  10. L'Approccio Motivazionale alle cure per i DA.
  11. L'iperattività fisica nei DCA. Caratteristiche cliniche e biologiche in età evolutiva e adulta.
  12. La "terza onda": l'integrazione tra approcci cognitivo-comportamentali e mindfullness.
  13. Drop-out e cronicità.

  Indirizzo del link per la lettura dei singoli abstract sul Sito WEBB: http://diabo2011.weebly.com/2-minisimposi.html
- Highlight: letteratura scientifica (abstract e link da PubMed) di articoli riguardanti (con eventuale commento) (resp Donini, Prosperi, Spera):
  - eziopatogenesi
  - valutazione clinica e psicologica
  - prevenzione
  - trattamento multi-diciplinare
  - aspetti psicologico-psichiatrici
  - aspetti metabolico-nutrizionali
  - farmacologia

- **Notizie:** incontri, convegni locali, nazionali ed internazionali comprese le iniziative SISDCA sia nazionali che regionali (resp: Comitato didattica e formazione e comitato editoriale e Commisione sezioni regionali - Gravina, Tarrini))
- **Progetti** di ricerca: call for cooperation, risultati preliminari . (resp: commissione ricerca: Di Pietro, Donini, Gravina, Bosello)
- **Documenti** ufficiali SISDCA, novità dal sito SISDCA e da PLAYDCA (resp N Melchionda, Manzato, Manzi, Milano, coadiuvati da Zanetti)
- **Società Scientifiche:** notizie da siti di società scientifiche (anche straniere) che operano in settori a noi affini (ANSISA, SIO, ADI, ….) con possibilità di scambio reciproco (resp. Ballardini, Bongiorno, Cerro, Lanzarone)

Laddove possibile i collegamenti saranno ipertestuali in maniera tale da favorire l'uso della Gazzetta.

(X) Declinazione delle competenze chiave del Coaching sull'Approccio Cognitivo Comportamentale transdiagnostico dei DAO con distinzione relativa alla specificità delle differenti professionalità del Team Multi-disciplinare.

Prerequisito
Il Professionsita DAO deve essere formato alla applicazione del processo del Coaching. E' vero che il Coaching non è adatto alla soluzione di patologie ma questo vale per il Coach non Professionista DAO. E' evidente che il Professionista DAO utilizzerà il Coaching quando a sua discrezine lo ritiene utile
Premesse
E' preciso dovere istituzionale dei Professionisti che lavorano all'interno di un Team Multi-disciplinare, orientato alla diagnosi e alla Terapia dei DAO, ampliare il più possibile le opportunità di attivare processi e percorsi utili alla soluzione dei problemi di interesse psichiatrico, psicologico, nutrizionale e internistico che si presentano nelle differenti tipologie DAO.
Per diventare Formatore e/o Coach è necessario un training lungo e faticoso. Bisogna solo cominciare ed avere un intenso interesse che collima con una "passione". Il training si realizza impegnando tempo, denaro ed energie interiori rivolgendosi ad un professionista della formazione, meglio se di elevato livello, che si identifica in un programma dichiarato.
Una possibilità interessante è quella di fare il Coach. Fare Coaching individualmente (one-to-one) richiede una struttura snella, molto agile che permette di contribuire al miglioramento della vita degli altri con un basso investimento iniziale. Questa possibilità si concretizza seguendo un corso dedicato.
Metodologia
E' stato analizzato il documento ufficiale della FIC (Federazione Italiana Coaching) che propone 11 categorie di competenze chiave del Coach articolate in 70 sottocompetenze.
Abbiamo pertanto inviato questo file che descrive le 11 e le 70 competenze a 20 "esperti della SISDCA selezionati con tutte le professionalità multi-disciplinari. Abbiamo chiesto di porre un asterisco di congruenza ritenuta esistente tra ciascuna delle competenze chiave del Coach e le corrispondenti competenze utili, se acquisite da ciascuno dei professionisti del Team. Si ritiene che tale congruenza sia un utile per la soluzione dei problemi e dei sottoproblemi che stanno alla base degli obiettivi da raggiungere per il miglioramento di ciascuno dei DAO in causa.
Risultati ottenuti
90% di congruenza
Commento di Nizzoli
Trovo la corrispondenza con lo sforzo di "fare crescere" il paziente verso l'autoaffermazione più che sensata. E' che per certi aspetti si sovrappone a quel che si considera la psicoterapia. Dal che deriva la conclusione che la psicoterapia è esercitata non solo dagli psicoterapeuti ma da tutti. Si aprono qui voragini di dibattito sulla legittimità del farlo e, se sì, sull'**esigenza di formazione per chi psicoterapeuta non è ancora**, finalisticamente, sul ruolo di chi lo è nella relazione con gli altri colleghi di diversa professione.

Mettere prima l'asterisco di congruenza per le 11 categorie seguenti e successivamente l'asterisco sulle 70 sottocompetenze	DAO	PSH	PSL	NUT	INT
11 Categorie di Competenze					
STABILIRE LE BASI **1. Conoscenza delle linee guida di etica e norme professionali - Comprensione delle norme di coaching, norme di etica e la capacità di applicarle in modo adeguato in tutte le situazioni di coaching.**					
2. Stabilire il contratto/accordo di coaching - Capacità di comprendere ciò che viene richiesto nella specifica interazione di coaching e concordare con il cliente il processo di coaching e i termini della relazione.					

CO-CREARE LA RELAZIONE **3. Stabilire fiducia e confidenza con il cliente - Capacità di creare sicurezza ed un ambiente favorevole che produce continuo rispetto reciproco e fiducia.**					
4. Presenza nel coaching - Abilità di essere completamente consapevole e di creare relazioni spontanee con il cliente, impiegando uno stile aperto, flessibile e confidenziale.					
COMUNICARE CON EFFICACIA **5. Ascolto attivo - Capacità di concentrarsi completamente su ciò che il cliente sta dicendo e non sta dicendo, di comprendere il significato di ciò che viene detto nel contesto dei desideri del cliente, e di sostenere l'auto-espressione/ spontaneità del cliente.**					
6. Domande Potenti - Capacità di porre domande che rivelano le informazioni necessarie per il massimo beneficio nel rapporto tra il coach e il cliente.					
7. Comunicazione diretta - Capacità di comunicare in modo efficace nel corso delle sessioni di coaching e di utilizzare un linguaggio che abbia il maggior impatto positivo sul cliente.					
FACILITARE APPRENDIMENTO E RISULTATI **8. Creare consapevolezza - Capacità di integrare e di valutare con precisione diverse fonti di informazione, e di fare interpretazioni che aiutino il cliente a ottenere consapevolezza e quindi raggiungere risultati prefissati.**					
9. Progettazione di azioni - Capacità di creare con il cliente opportunità per l'apprendimento, nel corso del lavoro di coaching/situazioni di vita e per l'adozione di nuove azioni che saranno più efficacemente orientate ai risultati di coaching prefissati.					
70 **Pianificare e stabilire obiettivi - Capacità di sviluppare e mantenere un piano efficace di coaching con il cliente.**					
11. Gestire i progressi e le responsabilità - Capacità di mantenere l'attenzione su ciò che è importante per il cliente e di lasciare la responsabilità di agire al cliente.					
70 Sottocompetenze					
1. Conoscenza delle linee guida di etica e norme professionali - Comprensione delle norme di coaching, norme di etica e la capacità di applicarle in modo adeguato in tutte le situazioni di coaching.					
1 Comprende e manifesta nel comportamento le norme di condotta ICF (vedi nell'elenco, parte III del Codice di Etica ICF)					
2 Comprende e segue tutti gli Orientamenti Etici di ICF (vedi lista)					
3 Comunica chiaramente la distinzione tra formazione, consulenza, psicoterapia ed altri supporti professionali					
4 Suggerisce al cliente altri supporti professionali se necessario, riconoscendo quando è necessario e indicando le risorse disponibili					
2. Stabilire il contratto/accordo di coaching - Capacità di comprendere ciò che viene richiesto nella specifica interazione di coaching e concordare con il cliente il processo di coaching e i termini della relazione.					
5 Comprende e discute efficacemente con il cliente le linee guida ed i parametri specifici della relazione di coaching (ad es: la logistica, i compensi, il calendario dell'attività, qualsiasi altro dettaglio che sia attinente)					
6 Concorda cosa è appropriato per la relazione e cosa non lo è, cosa viene e non viene offerto, e le responsabilità del coach e del cliente					
7 Determina se vi sia effettiva armonia tra il proprio metodo di coaching e le necessità del cliente					
3. Stabilire fiducia e confidenza con il cliente - Capacità di creare sicurezza ed un ambiente favorevole che produce continuo rispetto reciproco e fiducia.					
8 Dimostra interesse genuino per il benessere attuale e futuro del cliente					
9 Dimostra continuamente integrità personale, onestà e sincerità					

10 Stabilisce accordi chiari e mantiene le promesse					
11 Manifesta rispetto per le percezioni del cliente, il suo stile di apprendimento, il suo modo di essere					
12 Offre supporto continuo ed incoraggia/sostiene nuovi comportamenti ed azioni del cliente, comprese quelle che coinvolgono l'assunzione di rischi e la paura di fallire					
13 Chiede l'autorizzazione ad esplorare con il cliente nuove aree sensibili e delicate					
4. Presenza nel coaching - Abilità di essere completamente consapevole e di creare relazioni spontanee con il cliente, impiegando uno stile aperto, flessibile e confidenziale.					
15 È presente e flessibile durante il processo di coaching, adeguandosi alla situazione					
16 Accede alle proprie intuizioni e confida nelle proprie sensazioni interiori					
17 È aperto ad assumere una posizione di non-conoscenza e ad assumere rischi					
18 Vede/esplora diversi modi di lavorare con il cliente e sceglie al momento ciò che è più efficace					
19 Usa l'ironia con efficacia per creare leggerezza ed energia					
20 Cambia prospettiva con fiducia e sperimenta nuove opportunità di azione					
21 Dimostra fiducia nell'affrontare emozioni forti, nel gestirle senza esserne travolto o condizionato dalle emozioni del cliente.					
5. Ascolto attivo - Capacità di concentrarsi completamente su ciò che il cliente sta dicendo e non sta dicendo, di comprendere il significato di ciò che viene detto nel contesto dei desideri del cliente, e di sostenere l'auto-espressione/spontaneità del cliente.					
22 Partecipa secondo l'agenda del cliente e non segue l'agenda che il coach crea per il cliente					
23 Ascolta le preoccupazioni del cliente, i suoi obiettivi, i valori e le convinzioni a proposito di ciò che è o non è possibile					
24 Distingue tra le parole, il tono della voce, ed il linguaggio del corpo					
25 Riassume, parafrasa, reitera, rispecchia ciò che il cliente ha detto, per assicurare chiarezza e comprensione					
26 Incoraggia, accetta, esplora e rinforza l'espressione di sentimenti, percezioni, preoccupazioni, convinzioni e suggestioni del cliente.					
27 Integra e concretizza le idee ed i suggerimenti del cliente					
28 Conclude e comprende l'essenza della comunicazione del cliente e lo aiuta a chiarirla, piuttosto che dilungarsi in storie descrittive					
29 Permette al cliente di dar libero sfogo e di chiarire la situazione senza dare giudizi o pareri, allo scopo di spostarsi alla fase successiva					
6. Domande Potenti - Capacità di porre domande che rivelano le informazioni necessarie per il massimo beneficio nel rapporto tra il coach e il cliente.					
30 Propone domande che riflettono l'ascolto attivo e la comprensione della prospettiva del cliente					
31 Fa domande che evocano scoperta, perspicacia, impegno o azione (ad es: quelle domande che sfidano le ipotesi del cliente)					

32 Fa domande aperte per favorire più ampia chiarezza, opportunità o nuovo apprendimento					
33 Fa domande che spingono il cliente in avanti verso i propri obiettivi, non domande che richiedono al cliente di giustificarsi o di guardare indietro.					
7. Comunicazione diretta - Capacità di comunicare in modo efficace nel corso delle sessioni di coaching e di utilizzare un linguaggio che abbia il maggior impatto positivo sul cliente.					
34 È chiaro, articolato e diretto, nel condividere ed offrire feedback					
35 Ripropone e articola, per aiutare il cliente a capire da un'altra prospettiva, ciò che desidera o ciò che non è chiaro					
36 Formula con chiarezza gli obiettivi del coaching, l'agenda degli incontri, lo scopo di tecniche o esercizi.					
37 Usa un linguaggio appropriato e rispettoso verso il cliente					
38 Utilizza metafore ed analogie per illustrare un punto, o delineare uno scenario verbale (non-sessista, non razzista, non-tecnico, non-gergale)					
8. Creare consapevolezza - Capacità di integrare e di valutare con precisione diverse fonti di informazione, e di fare interpretazioni che aiutino il cliente a ottenere consapevolezza e quindi raggiungere risultati prefissati.					
39 Va oltre ciò che viene detto nel valutare i timori del cliente, senza lasciarsi fuorviare dalle parole del cliente					
40 Si avvale delle domande per capire meglio, per chiarire o per comprendere					
41 Identifica, all'interno delle preoccupazioni del cliente, le modalità ricorrenti di vedere sé stesso ed il mondo; le differenzia tra fatti ed interpretazioni, diversifica tra pensieri, sensazioni ed azioni					
42 Aiuta i clienti a scoprire da soli, nuovi pensieri, convinzioni, percezioni, emozioni, umori, ecc., che rafforzano la propria capacità di iniziativa e di ottenere ciò che è importante per loro					
43 Comunica ai clienti prospettive più ampie e sollecita l'impegno a cambiare il loro punto di vista per scoprire nuove occasioni per agire					
44 Aiuta i clienti a vedere i fattori, diversi ed interrelati, che influiscono sui loro comportamenti (ad es: pensieri, emozioni, il corpo, il passato)					
45 Esprime comprensione profonda ai clienti in modo che sia utile e significativa					
46 Identifica punti di forza per sviluppare le aree di apprendimento e di crescita, e ciò che è più importante evidenziare durante il coaching					
47 Chiede la differenza tra ciò che è stato osservato e ciò che è stato fatto, chiedere al cliente di distinguere tra elementi importanti e faccende meno importanti, tra comportamenti casuali e ricorrenti.					
9. Progettazione di azioni - Capacità di creare con il cliente opportunità per l'apprendimento, nel corso del lavoro di coaching/situazioni di vita e per l'adozione di nuove azioni che saranno più efficacemente orientate ai risultati di coaching prefissati.					
48 Aiuta il cliente a concentrarsi e a perlustrare sistematicamente preoccupazioni ed opportunità specifiche in linea con gli obiettivi concordati					
49 Sfida il cliente a studiare idee e soluzioni alternative, a valutare opzioni, e a prendere le decisioni correlate					
50 Approva la sperimentazione attiva e la scoperta di sé stessi, nel caso il cliente desideri applicare nella professione o nella vita ciò che è stato appena discusso ed appreso durante la sessione di coaching					
51 Apprezza i successi del cliente e le capacità di crescita futura					

52 Sfida le ipotesi e le percezioni del cliente per provocare nuove idee e trovare nuove possibilità di azione					
53 Sostiene o porta avanti punti di vista che sono allineati con gli obiettivi del cliente e, mantenendo il distacco, chiede al cliente di considerarli					
54 Aiuta il cliente nell'impegnarsi ad agire ora, durante la sessione di coaching, offrendo supporto immediato					
55 Incoraggia l'elasticità e le sfide, ma anche un ritmo di apprendimento confortevole					
10. Pianificare e stabilire obiettivi - Capacità di sviluppare e mantenere un piano efficace di coaching con il cliente.					
56 Consolida le informazioni raccolte e stabilisce con il cliente un piano di coaching e di sviluppo che consideri le preoccupazioni e le maggiori aree di apprendimento e di crescita					
57 Crea un piano con risultati che siano realizzabili, misurabili, specifici e con tempi precisi					
58 Modifica il piano secondo l'andamento del processo di coaching e secondo i cambiamenti situazionali					
59 Aiuta il cliente ad identificare e ad accedere a diverse risorse di apprendimento (ad es: libri, altri professionisti, ecc.)					
60 Identifica i primi successi che sono importanti per il cliente					
11. Gestire i progressi e le responsabilità - Capacità di mantenere l'attenzione su ciò che è importante per il cliente e di lasciare la responsabilità di agire al cliente.					
61 Chiede con chiarezza quali sono le azioni del cliente che lo porteranno verso gli obiettivi prefissati					
62 Verifica lo stato di avanzamento chiedendo al cliente lo stato degli impegni presi durante le sessioni precedenti					
63 Riconosce al cliente ciò che ha fatto, non ha fatto, ha appreso o di cui si è reso consapevole dalla sessione precedente					
64 Prepara, organizza e rivede con il cliente le informazioni emerse durante la sessione					
65 Mantiene la concentrazione del cliente tra le sessioni dedicando attenzione al piano di coaching e ai risultati, alle azioni concordate e agli argomenti per le sessioni future					
66 Si concentra sul piano di coaching, ma è anche aperto a modificare comportamenti ed azioni secondo il processo di coaching e a cambiare direzione durante la sessione					
67 È in grado di muoversi avanti e indietro all'interno della "visione d'insieme", verso la quale il cliente si sta dirigendo, senza tralasciare altri obiettivi sui quali il cliente desidera soffermarsi					
68 Promuove l'autodisciplina del cliente e lo ritiene responsabile di ciò che dice, di ciò che intende fare, dei risultati di un'azione, o per un piano specifico con i relativi tempi					
69 Sviluppa la capacità del cliente nel prendere decisioni, identificare le incertezze chiave, e aiutarlo nello sviluppo personale (nell'accettare feedback, nel determinare priorità e definire tempi di apprendimento, nel riflettere ed imparare dalle esperienze)					
70 Si confronta in modo positivo con il cliente che non ha completato le azioni concordate					

(xi) 6° CAFDAO: Giornata di studio sulla Terapia Farmacologia nei Disturbi Alimentari-Obesità e Comorbilità Psichiatrico-Metatoliche

12 Ottobre
Responsabile: Guidi L, Gravina G

Sede: Vittoria Centro Congressi Viale G Baccelli 2
Montecatini Terme 12 ottobre 2012

Premesse.

Le linee guida più recenti concordano sul trattamento integrato multi-disciplinare come terapia elettiva nei DAO. E' previsto il coinvolgimento di più figure professionali e quindi l'impiego di strumenti terapeutici diversi: terapia medica e psico-farmacologica, terapia psicologica e terapia alimentare. Ad oggi l'utilizzo della sola terapia sembra non avere dato risultati soddisfacenti; tuttavia la ricerca in campo farmacologico continua a darci la possibilità di utilizzare principi attivi sempre nuovi che meritano di essere testati nei DAO. I dati della letteratura non sono incoraggianti per quello che riguarda gli studi clinici controllati, ma lasciano molti interrogativi a cui sarebbe auspicabile dare una risposta.

Chi si occupa di DAO sa che la terapia farmacologia rappresenta un valido aiuto nella gestione della maggior parte dei casi e non solo per il trattamento delle patologie in comorbilità che dovrebbe essere scontato.

Programma

Introduzione: Nazario Melchionda
Moderano Carlo Faravelli, Nazario Melchionda
Tortorella Alfonso: Il network centrale del controllo alimentare: Dai neuro trasmettitori al sistema degli endocannabinoidi
1Perugi Giulio: Spettro Bipolare, Ciclotimia e DCA: Il ruolo della farmacoterapia
D'Amore Emilio: Impulsività ed ossessività nella Bulimia Nervosa: E' possibile un trattamento farmacologico?
Moderano: Dell'Osso Liliana, Luciano Conti
Mauri Mauro: Utilizzo della terapia farmacologia nella Anoressia Nervosa
Milano Walter: Trattamento farmacologico con Agomelatina della Night Eating Syndrom
Renna Caterina: Disturbi dell'Umore e rischio di suicidio in soggetti affetti da Disturbo dell'Alimentazione: quali terapie?

Moderano: Eleuterio Ferranini, Corrado Rossi
Gravina Giovanni: Fattori genetici, gusto-sensoriali e neuroendocrini delle scelte alimentari
Santini Ferruccio: Aspetti farmacologici nel trattamento dell'Obesità: Nuove prospettive
Ramacciotti Carla: Terapia farmacologica del Binge Eating Disorder
Spera Giovanni: La terapia del diabetico obeso

(xii) 1° CAFDAO: Epicrisi di Casi Clinici. 4 Seminari Multi-disciplinari di addestramento all'inquadramento diagnostico multi-disciplinare dei DAO

Coordinamento: Emilia Manzato

Premesse

I DAO (Disturbi Alimentari-Obesità) richiedono una formazione e un approccio multidisciplinare, intesi come integrazione dei vari specialisti che si abituano a lavorare insieme per definire un quadro diagnostico completo del paziente e per impostare un adeguato percorso terapeutico. Questa modalità è completamente diversa dalla modalità di "consulenza" dove ogni specialista si occupa solo di una parte del problema ma non si preoccupa di avere una "visione d'insieme".

I DAO obbligano ad una modalità di lavoro che mette "la persona" al centro del problema e che diventerà sempre più necessaria per tutte le patologie complesse. E in particolare, deve diventare la modalità di approccio dell'area obesità (come ben sottolinea la società parlando di DAO).
Imparare a formulare una diagnosi multidisciplinare è indispensabile per chi lavora nel privato ma anche nel pubblico: la solitudine della mono-specialità è fallimentare, la divisione netta tra aree (adolescenza adulti, AUSL/ospedale, ecc) è fallimentare.

Solo un'adeguata impostazione diagnostica multidisciplinare permette la formulazione di un progetto terapeutico a misura di paziente: l'incontro dei vari specialisti permette per esempio la scelta della "via" di trattamento (ambulatoriale piuttosto che in degenza ecc) e della modalità di trattamento (sulla base delle priorità per es. internistiche, psichiatriche ecc) più adatte alla situazione clinico del paziente.

Confrontarsi con chi ha già una lunga esperienza di lavoro multidisciplinare può essere un'esperienza molto interessante dal punto di vista clinico, può essere stimolante dal punto di vista formativo e contribuisce ad avvicinare alla società (sentita come casa in cui abita questa modalità di lavoro) i terapeuti che si interessano ai DCA.

Razionale

Breve ciclo di incontri (4) a numero chiuso focalizzati sull'apprendimento della capacità di formulare e condividere una diagnosi multidisciplinare in un paziente con DCA.
Rivolto a terapeuti che non hanno esperienza clinica di DCA ma si stanno avvicinando con grande interesse a quest'area.

Descrizione

- 4 Incontri della durata di 5 ore ciascuno
- Ogni partecipante riceverà prima di ciascun incontro la descrizione di un caso clinico per il quale dovrà argomentare un eventuale progetto diagnostico con modalità multi-disciplinare.
- Il caso clinico sarà messo a disposizione di volta in volta dalla struttura ospitante e incaricata di condurre l'incontro.
- Il seminario sarà condotto da terapeuti afferenti a varie discipline (psichiatra, psicologo, dietista, internista) come una supervisione di caso clinico, stimolando e agevolando il lavoro interattivo e l'intervisione Ogni incontro sarà diviso in più momenti:

I parte: raccolta delle suggestioni dei partecipanti nell'elaborare una diagnosi multi-disciplinare
II parte: riformulazione teorica da parte del gruppo multi-disciplinare ospitante
III parte: compiti a casa con disponibilità dei referenti dei centri a fare da "supervisori"
IV scambio di riferimenti bibliografici come approfondimento.

Obiettivi Formativi

- Approfondire la conoscenza clinica sui diversi aspetti dei DCA
- Implementare il "know how" dei partecipanti.
- Offrire un momento di discussione, riflessione e condivisione sulla propria e altrui pratica clinica quotidiana.
- Conoscere e familiarizzare con le risorse di cura (specificità degli approcci teorici e clinici, diversi livelli di cura, funzionamento della rete) in Emilia Romagna
- Creare un tessuto di relazioni sociali e amicali
- Creare le basi per una giornata seminariale conclusiva nel 2013

Calendario

Ferrara: Responsabile Emilia Manzato
"Inquadramento diagnostico di paziente maschio con DCA"
Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Anna, Corso Giovecca 203 Aula didattica Medicina Interna Ospedaliera 2°
Giovedì 12 Aprile 14.00-19.00
Bologna: Responsabile Romana Schumann e Donatella Ballardini
"Inquadramento diagnostico di una paziente con AN in comorbilità con un Disturbo d'Ansia"
Centro Gruber Via Santo Stefano, 10
Giovedì 31 Maggio 14.00-19.00
Ravenna: Responsabile Marinella Di Stani
"Inquadramento diagnostico di una paziente con BN in comorbilità con Disturbo Borderline di Personalità"
AUSL Via Fiume Abbandonato 134 Centro Medicina e Prevenzione Sala Conferenze
Giovedì 27 settembre 14.00-19.00
Modena: Responsabile Dante Zini
"Inquadramento diagnostico di una paziente con Anoressia nervosa con grave rischio biologico" AUSL Nuovo ospedale di Baggiovara (Mo) Via Giardini 1355 Baggiovara (Mo) Coppo
Giovedì 29 novembre 14.30-19.30

(xiii) 1° GL.LPS: 1° Riunione del Gruppo di Lavoro della SISDCA (GL.LPS:SISDCA)

1. Syllabus

Area A Empowerment Professionale: Referente Melchionda

Piano Formativo SISDCA

La SISDCA ambisce a divenire produttrice di formazione di base, avanzata, tematica e di formazione continua. I corsi SISDCA danno crediti formativi. SISDCA si avvale di un Provider per dare attestati e crediti. Per ogni Progetto si definiscono le azioni e l'eventuale interazione con altri Progetti.
Si precisa che è compito dello Steering Committee e del Presidente produrre un Piano delle Azioni annuale unico per la SISDCA.
Referente Melchionda, Nizzoli, Guerri, Guidi

Responsabili di Progetto: Capezzali, Gravina, Molinari, Spera, Renna, Guerri, Prosperi, Manzato, Cuzzocrea, Ruggiero, Nizzoli
I tre livelli della Mission della SISDCA (Didattica, Formazione, Empowerment) rappresentano il principale obiettivo che dovrà essere sviluppato a 360° con le LPS per i DAO:

La letteratura sui DAO è vastissima e per produrre una revisione sistematica di ciò che è stato pubblicato, quand'anche esaustivo, sarebbe necessario un **tempo improponibile** sia per chi scrive, sia per chi dovrebbe leggere, sia chi dovrebbe preparare lezioni frontali e naturalmente per gli allievi che dovrebbero essere presenti. Si può affermare che non sarebbe sufficiente tale versante didattico per dare ad un aspirante professionista l'abilità necessaria ad affrontare con successo la gestione clinico-terapeutica di un soggetto con un DAO. Quindi la prima domanda che si pone per la pianificazione di un processo formativo è: "Quale dovrebbe essere il volume didattico per costruire un impianto formativo adeguato?
Si chiede pertanto al gruppo di lavoro di rispondere a questa domanda tenendo in considerazione quanto affermato nell'elzeviro di Bosello: "**La formazione non consiste nel trasferimento di un insieme di nozioni ma è un processo complesso per fare acquisire livelli scientifici, intellettuali, culturali, emotivi, tecnici e pratici sempre maggiori, dove il linguaggio, l'approfondimento, la durata e il metodo formativo-educativo cambia per ogni progetto formativo. La formazione non si fa in tempi brevi, ma è nel contesto di un processo che deve durare anni, tutta la vita**".
Inoltre va considerato il concetto di **formazione permanente** nel senso che non si dovrebbe smettere mai di studiare per il divenire e il cambiare del contesto psico-sociale, della tecnologia che progredisce, delle emozioni che sono sempre diverse, della politica che si trasforma e dello scibile umano che è enorme rispetto alla nostra capacità di immagazzinare e di memorizzare. Nella scienza dell'educazione delle formazioni specialistiche professionali, l'evoluzione tecnologica è talmente veloce ed enorme che l'aggiornamento "formativo" diventa obbligatorio con l'acquisizione di crediti formativi. Ma non è sufficiente neppure il raggiungimento di un livello formativo elevatissimo per dare ad un professionista l'abilità di gestire in modo clinico-terapeutico efficace un caso complesso, come è frequente osservare. Quando un soggetto non risolve da se il suo "DAO" e si rivolge ad un professionista si tratta sempre di un caso "complesso", altrimenti basterebbe una "ricetta".
Bisogna quindi considerare assolutamente la necessità che ogni professionista ha di conseguire il proprio **Empowerment.** Ovvero come dovrà essere organizzata la formazione multi-disciplinare integrata di Professionisti necessaria per favorire l'Empowerment e quindi ottenere il cambiamento nei soggetti portatori di un DAO specifico? L'Empowerment dei Professionisti e degli stessi Pazienti è quindi necessario per modificare stili di vita dannosi per la salute, per ridurre la restrizione alimentare inopportuna e per eliminare la perdita di controllo alimentare. In cosa consiste la differenza che si incontra per altre condizioni di dipendenza come il fumo, l'alcool o le sostanze psicotrope?

1. Molinari: Scuola di Specializzazione DAO: Possibilità e Alternative
2. Spera: Master Universitari con la collaborazione della Società
3. Renna: Corsi Regionali con lavoro per piccoli gruppi
4. Guerri: Gruppo di Lavoro indirizzato alla formazione di componenti del TeamBuilding per la promozione di un Corso di Formazione Nazionale basato sull'Empowerment dei Professionisti come Metodo Educativo
5. Prosperi: Corso di Formazione Avanzato per l'Educazione Terapeutica Orientata e Strutturata (ETOS)
6. Manzato: Corso di Formazione Propedeutico come base per "apprendisti" ancora senza alcuna esperienza ma col proposito di intraprendere una formazione specificamente indirizzata ai DAO
7. Schumann: Efficacy, Effectivenes, Indicazioni delle differenti psicoterapie e formazione
8. Gravina: Seminari-Dibattito annuali monotematici a carattere regionale con esperti locali e/o nazionali promossi dai CDR delle Sezioni Regionali
9. Nizzoli: Corso di Formazione per Direttore-Responsabile del Servizio per i DAO
10. Cuzzocrea : Progetto Formativo Articolato
11. Ruggiero: Aspetti Cognitivi Cartella Disturbi Alimentari
12. Capezzali: Implementazione del Corso di Laurea in Dietistica e Master Postlaurea dedicato
13. Bosello: La formazione degli operatori che devono applicare protocolli di Ricerca Clinica Finalizzata

Area B Ricerca Clinica Applicata

Referente Donini**:** Di Pietro, Todisco, Ballardini
Responsabili di Progetto: Manzi, Ballardini, Donini-Vanzo, Tanas, Renna, Todisco, Milano, Guidi, Melchionda, Tarrini, Cuzzolaro, Cerro, Bertelloni, Scaglia

Ricerca Clinica Applicata: Applicazione di protocolli e percorsi EB nella realtà oggettiva in cui si opera e verifica dei risultati attesi considerando la diversità del contesto.
Può la Società favorire lo sviluppo di una o più linee di ricerca multi-centrica, considerando le risorse in campo e le differenti abilità dei suoi Soci che si propongono di dare un contributo euristico? Quali linee cliniche prediligere dall'Anoressia all'Obesità con o senza BED?
I progetti di ricerca avranno lo scopo di sviluppare le conoscenze nel campo dei DAO. Essenziale sarà anche promuovere l'applicazione pratica dei risultati di questi studi attraverso l'identificazione di procedure evidence/based che rispettino i criteri di appropriatezza organizzativa del SSN. Un accento particolare andrà posto nel definire criteri di eticità e qualità (di struttura, di processo e di esito) che dovranno essere rispettati dalle strutture, pubbliche e private accreditate, che si fanno carico dell'assistenza ai pazienti con DAO. In questa ottica andranno approfonditi gli aspetti relativi al team approach multi-dimensionale integrato e la necessità di affidarsi a reti assistenziali strutturate collegando contatti multipli con diverse potenzialità. Sarà quindi necessario promuovere ricerche multi-centriche che coinvolgano i migliori Centri che si occupano di DAO applicando protocolli di lavoro multi-dimensionali e interdisciplinari. Sarà anche utile coinvolgere in questi studi strutture che operano sul territorio (MMG, PLS, SIAN) e nelle strutture per acuti. Ipotesi di progetti paradigmatici di ricerca multi-centrica:

1. Acquisire conoscenze e competenze nella modalità di lavoro in rete in ambito inter-disciplinare (scambio di informazioni, circolazione ragionata dei pazienti, definizione di criteri condivisi di accesso nelle diverse assistenziali). Possibili candidati al coordinamento di uno studio del genere sono Cotugno (ASL RME), Dalle Grave, Todisco.
2. Verifica delle procedure decisionali all'interno di una equipe interdisciplinare: il paziente con DAO può rappresentare il modello del paziente complesso in cui le decisioni debbono essere prese dal confronto tra le diverse professionalità. Il gruppo Donini insieme ad alcuni Direttori Sanitari che fanno capo al gruppo Dedalus hanno iniziato un pre-studio in tal senso.
3. Acquisire conoscenze e competenze sulla metodologia della valutazione della motivazione al cambiamento, (messa a punto e validazione di strumenti, sperimentazione di nuove metodiche via web, ecc)

1. Manzi: Promuovere organizzazione di ricerche cliniche multi-centriche per testare l'applicabilità di modelli clinici con risultati attinenti a differenti livelli di evidenza, partendo dalla esperienza fattuale di chi sperimenta nel suo lavoro le difficoltà operazionali del confronto con i colleghi dai diversi profili professionali. Progettare la ricerca dell'efficacia di indicatori di processo e di esito di percorsi diagnostico-terapeutici
2. Ballardini: Progettare la ricerca dell'efficacia di indicatori di processo e di esito di percorsi diagnostico-terapeutici
3. Testare l'applicabilità di strumenti diagnostici e protocolli preventivo-terapeutici pubblicati a buon livello di evidenza
    a. Donini-Vanzo-Meneghini: Gruppo di Studio. Valutare la motivazione al cambiamento verso una sana alimentazione ed uno stile di vita attivo. Ipotesi di studio multi-centrico sul Counseling Motivazionale.
    b. Tanas: Prevenzione e Terapia dell'Obesità in età evolutiva
        1: Melchionda: Gruppo di Studio Nazionale
        2: Tanas: Progetto Pediatri di Libera Scelta
        3: Tarrini: Prosecuzione Progetto PRIORITA' di Imola
        4: Tanas: PRIORITA' 2
4. Renna: Temi proposti che potrebbero essere sviluppati da appositi Gruppi di Studio approvati dal CDNR della SISDCA:
    a. Manzato: Immagine corporea
    b. Renna: Rischio Suicidario
    c. Milano: Comorbilità nel BED
    d. Guidi: Valutazione di outcome proprietari
    e. "**Action**": Modelli di Prevenzione
    f. "**Action**": Validazione della BES
5. Melchionda: Progettazione di un sistema informatico per i DAO e/o di database per ricerche multi-centriche
6. Tarrini: Valutazione critica delle evidenze di RCT, Linee Guida, Raccomandazioni, Posizioni, Review, Summit Report dalle pricipali BancheDati
7. Cerro: Individuazione di strategie e protocolli condivisi per la gestione e il trattamento dei primi casi di DAO all'esordio.
8. Cuzzolaro: Validazione multi-centrica di due nuove interviste per la valutazione psicometria della motivazione secondo il modello transteoretico: M•IDA per i DA e M•IO per l'Obesità
9. Cuzzolaro: Prevenzione integrata dell'obesità e dei disturbi dell'alimentazione: revisione delle linee di ricerca e degli studi già effettuati
10. Bertelloni: Anoressia Nervosa e crescita staturale
11. Bertelloni: Anoressia Nervosa e Fratture
12. Scaglia: Trattamento dell'Obesità BED
13. La formazione degli operatori che devono applicare protocolli di Ricerca Clinica Finalizzata

Area C Management Assistenziale

Referente Bongiorno: Cerro, Milano, Lanzarone, Manzi
Responsabili di Progetto: Manzi, Todisco, Cerro, Dalle Grave, Guerri, Guidi, Tarrini, Di Pietro, Miottello, Jacoangeli

Management e Assistenza: La SISDCA ha il compito/dovere di porsi come filtro Valutativo-Supervisore delle varie attività di prevenzione e cura che vengono messe in atto sul nostro territorio.
Come orientare i Professionisti esperti o aspiranti tali nelle differenti sedi assistenziali di lavoro considerando le disparate e caleidoscopiche situazioni multiformi nel variegato tessuto socio-politico italiano? È possibile assistere inerti alla babilonia dei comportamenti clinici ove tutti fanno quello che vogliono ma non sanno quello che fanno sul piano metodologico e senza obiettivi comuni raggiungibili? Come può il Consiglio Direttivo collaborare con le Sezioni Regionali aiutandole a migliorare il livello dell'offerta assistenziale delle strutture pubbliche e private, soprattutto nelle sedi in cui l'assistenza è inesistente o insufficiente?
Premesse. Il succo è che la SISDCA dovrebbe porsi come promotore, garante (e censore ?) della correttezza dei modelli di assistenza erogati in Italia. Molti altri temi (altrettanto problematici) affrontati all'interno di altre aree sono strettamente collegati all'area del management.
Certamente all'interno della SISDCA l'area di sapere condiviso è maggiore di quanto non lo sia al suo esterno. Ma è sufficiente? Senza giri di parole siamo sicuri che, almeno all'interno della società, tutti i membri condividano le stesse opinioni? Pratichino gli stessi interventi? Abbiano gli stessi strumenti di valutazione di processo e di esito? Non voglio essere pessimista ma non mi sembra così scontato. In assenza di questa premessa esporteremmo non ordine ma confusione e non avremmo alcuna credibilità e molte osservazioni a tal proposito su PLAYDCA sono (vorrei dire purtroppo) pertinenti. Ne cito alcune:
- Per essere credibili bisognerebbe avere una forza tale da potere criticare apertamente anche i suoi stessi soci…se SISDCA non riesce a liberarsi dal conflitto di interesse non può ambire a raggiungere nessuna leadership. Il tema e' affrontabile se ci sono alcune garanzie e modalità che rendano chiaro il ruolo di chi fa valutazione per conto di SISDCA. Nizzoli
- Inizierei con la valutazione, l'implementazione e lo sviluppo del documento di Consensus Italiana pubblicata su EWD 2010.
- Si può implementare la ricerca con gli studi al 2011. Tarrini
È anche mio parere che l'intervento di normalizzazione ed ottimizzazione debba essere quindi svolto prioritariamente e con determinazione all'interno della società stessa prima di ambire a porci come pietra di paragone per l'operato altrui.
Comunicatemi le vostre opinioni per cominciare a predisporre il lavoro del gruppo dell' area C a Navacchio e completare le voci orfane (gli asterischi) dello schema che segue la falsariga di quello suggerito per tutto il lavoro di Navacchio:
Titolo del macroprogetto " Definire un Modello di Assistenza Multi-professionale Integrata a livello Residenziale articolato con modelli Ambulatoriali coesi da una Leadership Direzionale accreditata. Occorre definire il razionale che lo sostiene e lo state of art.
Metodologia operativa.
1. Identificare i prestatori d' opera sul territorio
2. Identificare le buone pratiche
3. Diffondere metodologie corrette di intervento
4. Coinvolgere i responsabili politico- amministrativi ad adeguarsi agli standard individuati.

Obiettivi specifici. Sintesi degli obiettivi, singoli scopi e finalità
Risultati attesi. Sintesi dei possibili risultati di processo e dei risultati di esito.
Obiettivo finale. Ipotesi dei risultati ottenibili dal lavoro del gruppo. Le ricadute all'esterno e i suggerimenti per il prosieguo nel futuro a breve, medio e lungo termine.

1. Manzi: Applicazione dei risultati di B.1. e B.2.
2. Todisco: Necessità di strutturare reti assistenziali articolate per i DAO
3. Cerro: Promozione della eticità e della qualità dei trattamenti
4. "**Action**": Definizione di standard qualitativi delle strutture, dei processi e dei risultati di esito
5. "**Action**": Sollecitare le Regioni a legiferare in merito ai DAO e a destinare risorse: "Action"
6. Guerri: Supportare processi di Empowerment dei pazienti (vedi A.5.)
7. Guidi-Cerro: Messa a punto di strategie organizzative e percorsi formativi per gruppi di lavoro che affrontano patologie difficili e spesso frustranti come i DA.
8. Tarrini: Linee Guida accreditate per il Clinical Management: ricerca di documenti EBM
9. Di Pietro: Presentazione, discussione e supervisione di casi clinici complessi
10. "**Action**": Censimento della Strutture deputate alla Prevenzione e Terapia dei DAO
11. Miottello: Censimento e Aggregazione di Strutture a livello nazionale particolarmente attive per età 6-12
12. Jacoangeli: Censimento e Registro Decessi per possibile Prevenzione
13. "**Action**": Rapporti Tavolo Regionale DCA Emilia-Romagna e SISDCA
14. Dalle Grave: Strategie per favorire la formazione e la disseminazione dei trattamenti basati sull'evidenze

15. Cerro: Messa a punto di un progetto di ricerca longitudinale multicentrico con l'obiettivo di verificare percorsi terapeutici e rispettivi outcomes in strutture residenziali per i DAO

Area D Business Societario

Referente: Spera, Tarrini, Gravina, Lanzarone, Manzato
Responsabili di Progetto: Di Pietro, Tarrini, Melchionda, Cerro, Spera, Lanzarone, De Salvo

Come portare la Società alla posizione di Leader nello scenario italiano dove imperano le promozioni e le azioni malamente supportate dal "palazzo" o più spesso sottovalutate per inadeguatezza del commissioner?
Come arrivare ad un numero di Soci che corrisponda alla effettiva domanda clinica dell'utenza e non alle lobby delle Discipline?
In poche parole può la SISDCA diventare rappresentativa quello che dovrebbe essere considerando i dati epidemiologici?
Come può il Consiglio Direttivo collaborare con le Sezioni Regionali aiutandole a migliorare il livello dell'offerta assistenziale delle strutture pubbliche o private soprattutto nelle sedi in cui è inesistente o insufficiente?
La SISDCA è l'unica Società Scientifica che si occupa a pieno titolo (scientificità, rappresentatività, esperienza, coesione culturale e di intenti degli esponenti multi-disciplinari) di Disturbi dell'Alimentazione, Obesità compresa. Il relativamente esiguo numero di soci e la ridotta visibilità rispetto al bacino epidemiologico è verosimilmente legato a:
1. Appetibilità, sono oggetto di dibattiti, forum, interviste, ecc. nelle sedi più diverse e suggestive piuttosto che in quelle scientifiche.
2. L'attrattività delle Società di riferimento è forte
3. Manca completamente un Commissioner
4. All'enorme bacino potenziale di soci "utenti" non giunge evidentemente chiaro il messaggio scientifico
5. Il progetto di business societario deve porsi come obiettivo di affrontare i singoli ostacoli all'ampliamento degli aderenti ed all'incremento di visibilità.

Il razionale può essere sintetizzato in due parole: cultura e formazione. La multi-disciplinarità cementata dalla lunga esperienza del comitato di promozione del progetto potrebbe essere il veicolo più potente per un messaggio capillare.
Vedi Pannello 10 per il "cappello" esteso di questa area.
Metodologia Operativa: Aprire rapporti con il CUN, il MIUR e l'ISS da parte del Comitato per i Rapporti con la Pubblica Amministrazione (CRAP) coordinato da Spera e coadiuvato dal Presidente. Naturalmente occorre l'impegno di tutto il CDNR, del CDNA e del CDNE.

1. Di Pietro: Collaborazione tra il CD Nazionale e CD della Sezioni Regionali attraverso l'implementazione della loro crescita promuovendo almeno un evento annuale locale e incontri anche informali tra le diverse strutture spesso eterogenee e di nuova istituzione (strutture pubbliche e private residenziali e riabilitative appena espletato il censimento
2. Tarrini: Collegamento tra Soci locali e CD Nazionale tramite la gestione del Database (Referente Amministrativo Regionale col Referente Amministratote Nazionale, RAN) e scambio di informazioni attraverso PLAYDCA
3. Melchionda: Collaborare con altre Società Scientifiche facendo riferimento al PROFFDA
4. Cerro: Promuovere collegamento della Società con le associazioni di volontariato, di familiari, di gruppi auto-aiuto
5. "**Action**": Censire le varie realtà di cura esistenti, coordinandole in un percorso comune sotto la guida della SISDCA avvalendosi della collaborazione delle Sezioni regionali e Inter-Regionali
6. Spera: Redigere Regolamenti: Funzionamento Consiglio Direttivo Nazionale (CDN) con estensione ai Consigli Direttivi Regionali (CDR), Sezioni Regionali, Gruppi di Studio, Commissioni, Comitati
7. Lanzarone: Implementazione di Strutture per i DAO in Sicilia
8. De Salvo: Censimento e Regolamentazione delle Comunità Residenziali
9. Guidi: Organizzazione di un evento per la messa a punto della terapia farmacologia della comorbilità psichiatrica

2. Sintesi di Area

Area A: Formazione
Compito: Elaborare uno o più Progetti Articolati di alta Formazione con l'obiettivo di dare non solo qualità ma anche un "riconoscimento spendibile

Area B: Ricerca
Compito: Elaborare una o più Proposte di Protocolli di Ricerca Multicentrica Centralizzata della SISDCA
Risultati: Ciascuno è invitato a riproporre il proprio Progetto di ricerca tenendo in considerazione i punti A, B, C e D dei risultati esposti in forma

tabulare

Area C: Management Assistenziale
Compito: Elaborare un Modello di Assistenza Multi-professionale Integrata a livello Residenziale articolato con modelli Ambulatoriali coesi da una Leadership Direzionale accreditata
Risultati: la SISDCA dovrebbe porsi come promotore, garante (e censore ?) della correttezza dei modelli di assistenza erogati in Italia.

Area D: Business
Compito: Elaborare strategie di arruolamento di Nuovi Soci per la Leadership della SISDCA
Risultati: L'obiettivo del business e cioè il reclutamento di nuovi soci, lo si raggiunge creando una leadership della Società nei confronti delle istituzioni e degli utenti in tutti gli ambiti culturali, ma soprattutto per quanto riguarda la Formazione e la Ricerca. Fondamentale sarà l'attività della Commissione dei Formatori che dovrà creare quello "Strumento" da utilizzare prevalentemente nelle azioni di business nel campo appunto della Formazione.

([xiv]) 5° CAFDAO: Formazione dei Formatori

Premesse

In un periodo di grande concorrenza e competizione, ognuno è chiamato ad affrontare problematiche e sfide complesse. E' fondamentale che ciascuno ottenga il massimo rendimento. Sviluppare il proprio potenziale è fondamentale per raggiungere con successo gli obiettivi di vita professionale e personale.

1. Per diventare Formatore è necessario un training lungo e faticoso. Bisogna solo cominciare ed avere un intenso interesse che collima con una "passione". Il training si realizza impegnando tempo, denaro ed energie interiori rivolgendosi ad un **professionista della formazione**, meglio se di elevato livello, che si identifica in un programma dichiarato.
2. La formazione che interessa specialmente i professionisti clinici della Sanità è consiste in corsi aperti al pubblico che si rivolgono ad un target indistinto, in cui data, sede e contenuti sono univocamente determinati da chi eroga la formazione. Si tratta in generale di corsi di breve durata, dalle 12 alle 36 ore.
3. Fare formazione significa formare le persone, aiutarle a crescere nella loro vita personale e professionale, e se non si sente questa come una "missione", come una "vocazione", non si riuscirà ad essere un formatore efficace e ad avere successo professionale. Fare formazione richiede impegno, ma una volta acquisite le conoscenze e abilità fondamentali diventa un'attività divertente, appassionante, redditizia e soddisfacente. Qualcuno non può aiutare qualcun altro senza contemporaneamente aiutare se stesso.
4. A queste premesse si isprira anche uno dei più importanti CAFDAO della SISDCA, per l'appunto il 7°, programmato in Novembre "**Essere Team Leader**" progettato dal Nizzoli-Melchionda. A questo proposito si segnala che a Nizzoli la Regione Emilia-Romagna ha affidato due rilevanti iniziative, il Master sul tema "La gestione multi-disciplinare dei DCA. Il Team Approach e il Team Management", nel 2006-08 ed il "Corso di perfezionamento per Coordinatori dei Servizi di Prossimità e delle Unità di Strada" nel 2006-7 (vedi "La cura dei disturbi alimentari. Il lavoro di Equipe Multi-disciplinare" di U. Nizzoli, N. Melchionda, G. Tarrini, edito da Mucchi Editore (**info@mucchieditore.it**).
5. Di interesse pivotale è Personal Branding, ovvero l'arte di vendere se stessi. A differenza di altre discipline di miglioramento personale, il Personal Branding suggerisce di concentrarsi oltre che sul valore anche sulle modalità di promozione. Il Personal Branding è una descrizione del processo attraverso il quale sono segnate le persone le loro carriere come marchi. È stato notato che, mentre le precedenti tecniche di learning e gestione sono state utili per l'auto-miglioramento, il concetto di Personal Branding suggerisce invece che il successo deriva dal self-packaging. Questo include ma non si limita al corpo, all'abbigliamento, all'aspetto e alla conoscenza, ma a tutta la rappresentazione del "Se", portando ad un'indelebile impressione che ci distingue. Si può ritenere che il Personal Brandig possa essere il prerequisito per alimentare il Branding Scientifico e Sanitario della Società.
6. Saper comunicare in pubblico permette di esporre e presentare idee e progetti di fronte a più persone, fare formazione efficacemente, gestire una riunione in maniera utile e concreta e tanto altro ancora. Non basta avere qualcosa da dire, l'importanza del "come" comunichiamo in pubblico è decisiva affinché il messaggio arrivi con forza ed efficacia agli interlocutori. Il contenuto rappresenta una dimensione importante, che solo se unita ad una forma d'impatto riesce a fare di uno speaker, un oratore eccellente. Punto di forza sono le molteplici sessioni di prova in aula, veri e propri allenamenti che permetteranno ai partecipanti di ridurre lo stress da "ansia da prestazione", di gestire al meglio il proprio para-verbale (voce) e non verbale (linguaggio del corpo), di catturare e mantenere l'attenzione dell'uditorio dal "decollo" all' "atterraggio". Ogni partecipante riceverà un cd con gli interventi effettuati durante il training, per meglio perfezionare e sviluppare il proprio stile e trasformare i propri punti di forza in aree di eccellenza.

1° Modulo: Presentazione della Piattaforma L2L: Live To e.Learning presso il CINECA (Casalecchio di Reno).
Si è svolto al CINECA con la partecipazione dello staff che fa capo a Salvatore Rago (Direttore del Dipartimento di Gestione dell'Informazione e della Conoscenza del CINECA). Si struttura in una sessione che ha per contenuto la presentazione della piattaforma L2L (Live To e-Learning):

Meta-obiettivo

Apprendere la metodologia della formazione a distanza patrocinata dalla SISDCA. Chi parteciperà potrà essere attivato per contribuire alla programmazione del e.Learnig come modello che la SISDCA potrà progettare nel prossimo, anche immediato futuro, in parallelo alla formazione tradizionale. Considerando la situazione di crisi l'e.Learning sarà certamente il modello del futuro.
Sono state presentate due lezioni in rete inviate a tutti i Soci: Il Viraggio Bulimico di N.Melchionda e Rapporti con le tossico-dipendenze di U.Nizzoli

http://demo.cineca.it/course/view.php?id=19

2° Modulo Formazione dei Formatori: Un salto di qualità:

Andrea Accorinti, Formatore di elevato profilo professionale, Sociologo e Master in Psicologia Sociale. Entrato nel mondo del lavoro come consulente assicurativo, dal 1991 agente Generale Procuratore. Dal 1994 si occupa di formazione specifica. Trainer e coach aziendale, parallelamente alla passione per il mondo delle assicurazioni, ha condotto studi, applicati poi alla Consulenza e alla Formazione, nell'ambito del settore risorse umane.
1. Cosa spinge davvero una persona ad agire?
Che risultati può ottenere, chi sa supportare e motivare il proprio interlocutore in ogni situazione?
2. Come fanno i grandi oratori a catturare l'attenzione del pubblico?
Cosa rende un intervento in pubblico "memorabile", oppure semplicemente "uno fra i tanti"?
3. Quanto influisce lo stress negativo, sulla qualità di un intervento in pubblico?
Come si fa per sfruttare lo stress a proprio vantaggio?

Commenti dei 35 Partecipanti al 5° CAFDAO

Ballardini

Dopo qualche riflessione ritengo che il quinto CAFDAO sia stata un opportunità di confronto con tecniche di comunicazione utilizzabili e probabilmente valide in campo non terapeutico. Personalmente mi sono resa più consapevole di alcune mie modalità comunicative relative all'esposizione di contenuti formativi e ritengo interessanti alcuni suggerimenti applicabili nella gestione della comunicazione non verbale di fronte ad un pubblico. Si potrebbero offrire agli iscritti moduli sottoforma di corsi a tema anche se ritengo che da soli possano essere poco appetibili, più particolare in mancanza di Crediti ECM. Per cui potrebbero essere inseriti in uno o più eventi, come offerta aggiuntiva, affiancati a sezioni con contenuti formativi più specifici delle nostre aree di interesse; in particolare penso che casi clinici e strutturazione interdisciplinare di casi clinici siano di grande interesse.

Bongiorno

Io accendo e spengo la forgia e scaldo il ferro più volte finché non ha la forma che desidero. In sintesi riporto quanto più volte ho espresso in dettaglio (PLAYDCA, mail etc). Il primo modulo è sicuramente uno strumento potente di divulgazione uniforme del sapere; il secondo uno strumento potente di convinzione: logistica e marketing efficaci ma non so quanto costosi e non so quanto accettabili da tutti i formatori.
Io continuo ad insistere sul fatto che, a mio parere, non abbiamo ancora un prodotto uniforme e da tutti noi accettato da pubblicizzare e vendere.
Ho riscontrato tracce di questa convinzione in molti feedback e questo rafforza la mia opinione.
Ben vengano quindi tutti i programmi ed i piani di vendita del prodotto ma concentriamo le necessarie energie a standardizzare i contenuti irrinunciabili di ogni area disciplinare interessata al nostro lavoro da inserire nel pacchetto formativo, non sottovalutando l'intelligenza di chi ci ascolterà e probabilmente preferirà ricchi contenuti in un sacchetto di carta riciclata a confezioni natalizie di paccottiglia.
La risposta di Di Pietro mi sembra propositiva in tal senso e la condivido pienamente.

Bosello

Sono utili i congressi e le conferenze mediche?
E per chi? Se lo chiede John P. A. Ioannidis, del dipartimento di Medicina della Stanford University in California, in un editoriale pubblicato su Jama. "In teoria gli eventi hanno lo scopo di disseminare le nuove conoscenze, migliorare la ricerca clinica, formare ed educare, individuare modelli organizzativi evidence-based" sottolinea l'autore. "Tutti questi propositi sono sicuramente lodevoli, ma non vi è una chiara dimostrazione che tutti questi eventi siano realmente utili". I punti a sfavore secondo Ioannidis, sono diversi, dal costo dei viaggi, alla metodologia poco rigorosa con cui si selezionano gli abstract da presentare. A questo si aggiunga che anche i relatori "non sono sempre scelti in base a meriti scientifici o reali capacità comunicative, ma talvolta piuttosto in base alla capacità di navigare in un vero e proprio circolo di potere". "In un'epoca di estesa informatizzazione la condivisione di nuove conoscenze può avvenire in modo rapidissimo, quasi istantaneo, in tutto il mondo (...). La creazione di social network e di conferenze remote potrebbe almeno in parte sostituire i congressi medici tradizionali."
L'autore conclude con la proposta di "realizzare studi formali per stabilire quali tipi di eventi scientifici e quali metodologie formative siano più efficaci per disseminare le conoscenze mediche, migliorare i percorsi di cura e limitare i costi sanitari. Il prossimo passo sarà quello di realizzare uno studio controllato randomizzato per confrontare l'efficacia di differenti tipi di meeting? L'articolo ha sollevato lettere di protesta da parte di lettori afferenti a diverse aree del mondo medico-scientifico. Tra le obiezioni, pubblicate sulla stessa rivista, dal Regno Unito segnalano che la partecipazione degli studenti e dei giovani medici in veste di relatori è incoraggiata perché aumenta il punteggio curriculare e permette di creare relazioni utili al

futuro sviluppo professionale; mentre dall'Olanda si obietta che i meeting sono anche occasione di ottemperare all'obbligo della formazione continua. Infine un medico americano sottolinea il piacere di trovarsi tra colleghi, come in famiglia, e poter scambiare opinioni direttamente con gli esperti, a parziale consolazione di una professione spesso solitaria. Insomma prevale secondo alcuni lettori il valore, umano e scientifico, del "face-to-face networking"

Capezzali

Cerro

Chisena

Ritengo che i moduli seppur così diversi tra loro, siano stati utili per aprire nuovi orizzonti nel metodo educativo e formativo: il primo modulo utile, per via del nuovo format di presentazione, il secondo modulo interessante, (anche se ho avuto in passato la possibilità di partecipare ad un corso di formazione molto simile). ln particolare i filtri comunicativi.
Il mio giudizio è pertanto positivo, anche se mi sarebbe piaciuto "interagire con i colleghi" circa la pratica clinica....., attraverso le osservazioni, i metodi applicativi, suggerimenti, coniugando i "diversi saperi" con "il saper fare e il saper essere di ognuno".

Cuzzocrea

Personalmente ritengo che si è trattato di un semplice incontro introduttivo. I suggerimenti riceduti sono certamente interessanti, ma vanno, a mio avviso, usati con cautela. Ci vorrà un pò di tempo prima che ognuno di noi possa fare proprie le tecniche di comunicazione efficace e "adattarle" al proprio stile, al contesto, ai contenuti e all'uditorio.
A mio modesto avviso, è stato un importante momento di auto-valutazione e riflessione. Prendo al volo....qualunque suggerimento possa servire per migliorarmi....

Danti

Di Pietro

1. Il 1° modulo è uno strumento potente, utile ed efficace. Richiede approfondimento e accortezza nello scegliere i contenuti da trasferire all'uditorio (in questo caso passivo recettore);
2. Il 2° modulo (tipo PNL- dr Accorinti): "Carta conosciuta", con piacere ho ascoltato e ho ricordato…ma…non RITENGO CHE SIA UN MODELLO DI DIDATTICA E DI FORMAZIONE COERENTE CON LE ASPIRAZIONI DI UNA SOCIETA' SCIENTIFICA. Come ho avuto modo di dire durante i lavori, va bene per chi deve vendere un prodotto e ricavare un guadagno, ma è addirittura DANNOSO per chi deve formarsi nella gestione della sofferenza umana. La mia formazione mi ha portato a studiarlo (ne potrei fare un Corso anch'io!) e a relegarlo TRA LE VARIE TECNICHE DI DERIVAZIONE IPNOTICO/SUGGESTIVA utili solo come accompagnamento nel lavoro di formazione che deve passare, a mio avviso, per la CONSAPEVOLEZZA PERSONALE e non per le tecniche.
ENTRAMBE QUESTE CONSIDERAZIONI fanno ipotizzare le SEGUENTI PROPOSTE:
A. Discussione, Revisione dell'assetto didattico della SISDCA: obiettivi, contenuti, modalità, definizione di competenze e altro;
B. Costituzione di una COMMISSIONE DI ANZIANI/ESPERTI (almeno 20 anni di esperienza didattica riconosciuta, nel settore di competenza Medica, Nutrizionale, Psicologica, Psichiatrica) che svolga un compito critico di valutazione sia dei contenuti che dei CURRICULA di altri didatti in formazione;
C. Organizzazione di UN CORSO DI PRIMO LIVELLO con un PROGRAMMA definito e articolato sui temi che la commissione valuti NECESSARI PER LA FORMAZIONE;
D. Definizione delle NECESSARIE CONOSCENZE per svolgere questo lavoro: Mediche, Psicologiche, Psichiatriche, Nutrizionali.
E. Utilizzazione delle persone ESPERTE NEL CAMPO, possibilmente all'interno del Consiglio Direttivo.
Chiedo venia per la lunghezza che però è anche forzata sintesi. OGNI PUNTO DOVRA' ESSER ARGOMENTATO CON MAGGIORI DETTAGLI con chi volesse chiarirsi le idee o sentirsi più competente o toccare con mano i risultati del suo "VOLO" o, ancora udire lodi per la sua collaborazione.

Donini

Didattica per via telematica (anche se non ho presenziato)
1. credo che dovremo farci i conti
2. credo anche che, soprattutto nel nostro campo già pesantemente soggetto a intraprendenza degna di miglior causa, bisogna stare attenti a chi formiamo (do per scontato che i docenti saranno tutti bravi e accreditati SISDCA)

Public Speaking
1. ho ascoltato con grande interesse Accorinti e ho scoperto cose utili nella mia pratica di docente-relatore
2. faccio molta fatica, anche se non è il mio campo, a immaginare un impiego nella clinica
Le proposte di Giancarlo mi trovano d'accordo. Troviamo però un modo snello per procedere.

Franco

Ritengo sia stato molto utile partecipare per confrontarsi sul tema della comunicazione più incisiva in ambito formativo.

I contenuti sono stati trasmessi in maniera didatticamente efficace anche se la loro applicazione consapevole, a mio parere, richiede molto allenamento. Nel mio caso si è trattato di un considerevole momento di auto-osservazione e valutazione necessario per perfezionare e rendere più fruttuoso il mio personale stile comunicativo

Giaquinto

Giuffrida

Entrambi i moduli sono stati particolarmente interessanti ed hanno catturato la mia attenzione in modo costante. Il primo, in particolare, apre nuovi orizzonti ed abbatte le innumerevoli difficoltà che spesso si incontrano nel dover raggiungere i luoghi, in cui si svolgono i corsi di nostro interesse. Il secondo invece, mi è valso come ripasso circa le tecniche di comunicazione efficace che possono essere utilizzate in contesti diversi da quello clinico

Gravina

In particolare, del primo giorno, oltre alla location, ho apprezzato i contenuti delle due relazioni, concordo anche con quanto già detto da altri colleghi rispetto all'interessante "strumento" per la didattica che ci è stato mostrato; del secondo giorno ho apprezzato la verve e l'impegno del formatore, ho ascoltato le suggestioni proposte che possono essere utili, come tante altre, ad una messa in discussione e ad una rivisitazione del ns. personale modo di comunicare; temi di questo tipo sono utili nel marketing commerciale; possono avere qualche interesse per arricchire alcune modalità dell'azione formativa e anche per riflettere su come promuovere il ns. brand e le ns. attività; concordo peraltro con quanto già ampiamente sottolineato: ovviamente queste conoscenze, non costituendo il "core" della ns. attività, vanno ad integrare la proposta formativa che deve includere certamente occasioni di altro tipo e riflessioni di "spessore" relative alla cura e alla clinica dei DA (temi sicuramente di maggiore interesse e attrazione per tutti i soci); credo comunque che questo sia nei ns. intenti ed in parte già nei fatti.

Guidi

Personalmente ho partecipato ha due dei CAFDAO organizzati fino a questo momento e mi sono fatta raccontare dai colleghi quelli a cui non ho potuto essere presente e giungo alla conclusione che l'offerta della SISDCA è varia e completa e offre "abiti su misura" per tutti coloro che mostrino ancora un po' di "curiosità "per ciò che fanno ogni giorno.
Piattaforma? Ben venga se è il vestito che mi sento bene addosso la PNL, Dr Accorinti o chi per lui? Ok, senza escludere altre modalità.
Devo dire che,abbastanza giovane di questa società ciò che ho apprezzato di più è l'estrema apertura, serietà e attenzione con cui vengono accolte ogni tipo di proposta, sia che queste siano fatte dallo specializzando o dal massimo esperto del settore, e questo è un valore aggiunto a parer mio preziosissimo che rispecchia l'indole del nostro presidente che ringrazio ancora.

Lanzarone

Innanzi tutto la ringrazio sempre per l'interesse e la passione che mostra per la crescita della nostra società, che riesce a trasmettere a tutti e che determinano altrettanta passione e interesse in me e nei colleghi. Grazie anche per l'ospitalità e l'affetto dimostrato a tutto il gruppo della SISCA Sicilia.
1) Rispetto alla didattica per via telematica credo sia un potente e utile strumento ma credo di avere anche compreso sia molto oneroso e quindi forse troppo impegnativo in questo momento storico per la nostra società. Si potrebbero pensare altre piattaforme meno costose e altrettanto efficaci per la formazione a distanza.
2) Rispetto alla giornata di formazione con il dott. Accorinti, la ritengo inutile rispetto alla pratica clinica, e utile per chi invece fa formazione anche in piccoli gruppi di lavoro centrati sul problema. Credo che questo tipo di formazione possa nella nostra società essere utile personalmente a qualcuno che voglia da solo approfondire questi aspetti, ma non la ritengo un obbiettivo prioritario della nostra Società. Abbiamo, lei per primo, meravigliosi colleghi, preparati e aggiornati, che possono essere utili alla trasmissione di contenuti a colleghi ancora giovani ed in formazione rispetto ai Disturbi alimentari.
Per questo accolgo e sostengo le proposte di Giancarlo Di Pietro che a Palermo nel CAFDAO da noi organizzato, insieme a Jacoangeli sono stati molto apprezzati dal pubblico presente appunto per la puntualità, la profondità e l'utilità clinica degli interventi. C'è molta "fame" di formazione in queste patologie e tutti noi siamo assolutamente in grado di fornirla indipendentemente dalla PNL.

Manzato

Penso che la giornata di sabato sia stata molto interessante, ha reso più consapevoli strumenti che già adottavo in modo inconsapevole e mi ha molto incuriosita su aspetti che invece sottovalutavo e che devo studiare e approfondire meglio.
Credo sia un'offerta formativa che vale per molte aree però ha la singolarità di porre l'accento per una volta sulle modalità di trasmissione dei contenuti (spesso questo aspetto è sottovalutato).
Sono d'accordo nel riproporla però all'interno di altre situazioni) in cui l'apprendimento di modalità di comunicazione si possa "legare ai contenuti" da comunicare.

Melchionda

Sono ansioso di rivedermi in relazione al moduli uno in cui ho improvvisato una lezione in modo tradizionale e non mi sono potuto preparare utilizzando il metodo, in altra sede acquisito".
Saper parlare in pubblico, ma anche presentare un problema one–to-one è molto difficile e bisogna avere per presente un "metodo". Andrea Accorinti, considerando il tempo a disposizione, è stato molto efficace e ha certamente aperto una strada da percorrere ai giovani e ai non più. Anche il materiale postumo è particolarmente schematico e pertanto utile.

Mini

Il 5 CAFDAO è stato sicuramente in linea con la Mission societaria in cui la formazione è protagonista.
Il primo modulo ci ha mostrato tutte le potenzialità di un nuovo metodo di fare formazione che consente anche di superare le barriere geografiche e le pigrizie individuali; ritengo però che occorra fare una puntuale valutazione dei costi-benefici prima di investire in tal senso, il numero dei soci aderenti dovrebbe essere tale da ammortizzare le relative spese.
Il secondo modulo è stato utile a rispolverare le tecniche di comunicazione efficace che a volte tendiamo a non attuare dando più spazio allo stile personale; sarebbe interessante coniugare questo con L2L.
Per iniziative future, personalmente preferirei dedicarmi a una formazione che sia più diretta allo specifico tema di cui si occupa la società.

Nizzoli

L2L è una "bomba" didattica. Probabilmente sarà difficile usarla perché è richiesta una notevole preparazione di ogni singola lezione.
Il Modulo su Diventare formatori ha passato un sacco di tecniche e trucchi per comunicare con più efficacia i contenuti che insegniamo già normalmente. Per conoscerli il tempo è stato più che sufficiente. Per applicarli invece ci vuole dedizione e richiami nel tempo.
Sempre che interessi perchè, nell'altezzosità che spesso alligna fra noi specialisti non è detto si sia interessati a trovare canali di comunicazione efficaci.

Notarbartolo

In merito alla prima giornata, è stato stimolante ed interessante trovarmi lì, in quel posto, catapultata in una realtà quasi futuristica, tecnologia al servizio delle nostre esigenze e grande aumento delle possibilità.
L'aspetto relazionale, estremamente importante nella formazione, ne sarebbe ovviamente penalizzato ma la cosa non mi preoccupa poiché non vedo assolutamente la possibilità che Lei ci offre come sostituzione alla formazione tradizionale ma semmai un' ulteriore possibilità di scelta e per questo La ringrazio. La cosa che però mi lascia perplessa è il rapporto costi/benefici. Forse mi sono persa qualche passaggio e, se è così me ne scuso ma non ho ben capito quanto tutto ciò inciderebbe a livello economico.
Rispetto alla seconda giornata... si, interessante rivedere ed ampliare il tema della comunicazione. Più che altro per me è stato un momento di riflessione rispetto ad alcune modalità comunicative e sul livello di consapevolezza di queste (anche grazie/per colpa dell'intervento del Professore Nizzoli).
Onestamente però, in quanto socio SISDCA, mi permetto di esprimere una netta preferenza per una formazione più specifica sul nostro campo di interessi.
Anche grazie al suo lavoro, la nostra società si pregia di avere tra i soci alcuni tra i più prestigiosi studiosi nel campo dei DCA, da qui la possibilità di Corsi di Alta Formazione. Il panorama delle possibilità di formazione è potenzialmente infinito, inevitabilmente va fatta una selezione e, per quanto mi riguarda, avverto maggiormente l'esigenza di ampliare le mie conoscenze e competenze più specificatamente cliniche.

Pasqui

Incontro interessante, una opportunità per migliorare e crescere professionalmente. Impostare gli incontri più sull'ambito specifico, ne aumenterebbe a mio avviso l'efficacia.

Poli

A mio parere sono stati incontri molto utili. L'incontro di sabato mi ha dato consapevolezza riguardo atteggiamenti che mi rendo conto avere ma a cui non sono mai stata in grado di dare una spiegazione plausibile.
Mi sono sempre chiesta se questi fossero atteggiamenti esclusivamente miei o comuni ad altre persone.
E' stato interessante imparare, teoricamente, diversi strumenti che mi permettano di scegliere quello a me più congeniale per gestire i vuoti di memoria, la perdita del filo del discorso, purtroppo però penso che una lezione non basti per riuscire a mettere in pratica il tutto correttamente in quanto le informazioni ricevute sono state tante e queste andrebbero rispolverate di tanto in tanto per procedere step by step.

Prosperi

Il primo modulo è decisamente interessante nonostante alcuni limiti. Credo possa essere molto utile per trasmettere dei contenuti propedeutici per successivi corsi in aula dove la interattività, il confronto e la pratica esperienziale sono una componente essenziale.
Per quanto riguarda il secondo modulo mi è stato utile per ricordare molte nozioni di comunicazione efficace. Come è stato ben evidenziato, non è indirizzato alla clinica. Credo quindi che ogni socio della SISDCA potrà decidere se approfondire ulteriormente il tema attraverso uno dei tanti corsi presenti in Italia.

Ricci

Il primo modulo dà la grande opportunità di fruire di una formazione altamente specialistica economizzando sui costi di viaggio e pernottamento che spesso comporta il recarsi nel luogo del corso di interesse. Da parte del docente, può dare l'opportunità di raggiungere un target di uditori che altrimenti non avrebbe incontrato.
Il secondo modulo invece è stato un ripasso utile di tecniche di comunicazione efficace, molto valido in contesti aziendali e organizzativi, ma non troppo calzante, a mio avviso, in contesti clinici: nella relazione curante-paziente poiché rischia di semplificare l'estrema complessità relazionale, e nella relazione tra curanti, poiché non tiene conto del fatto che la formazione di molti si è basata proprio sull'implementazione delle capacità relazionali.

Schumann

1) L'esempio concreto di una piattaforma didattica di CINECA può essere un esempio per un pacchetto formativo SISDCA BASE in linea con le nostre scelte formative e promozionali di Navacchio. Rimane a mio parere la necessità di misurare le nostre forze per costituire un gruppo di lavoro che raccoglie contenuti, elabora il materiale e garantisce un uptodate nel tempo. Penso che potrebbe essere inizialmente un filmato riguardante la specificità della SISDCA come associazione con la Mission di promuovere l'integrazione delle discipline, quindi sul razionale dell'integrazione stessa. Abbiamo bisogno di un riscontro come Società, sentire il feedback dei soci, far crescere l'identità associativa, far sentire la ricchezza data dalla integrazione e dal confronto delle discipline in campo. Potrebbe essere anche uno strumento per presentarci sul sito, fare cultura e consolidare il fatto di avere delle voci scientifiche e spendibili (secondo me ci vuole una testimonianza delle nostre forze concrete e della nostra specificità e credibilità scientifica per poi di fare pacchetti formativi vendibili alle scuole di specialità o ai master). Possiamo utilizzare un convegno regionale, corso o seminario come materiale base? Quando costa la collaborazione della CINECA a pacchetto?
2) L'esposizione di alcune regole della comunicazione didattica credo che poteva aprire la mente a tutti: formatori, didatti, ma anche clinici e paraclinici ecc. Siccome non c'è la possibilità di non-comunicare nelle relazioni interpersonali, penso che non è mai abbastanza appassionarci a questa materia. Nel momento che vogliamo produrre pacchetti e filmati, testo e interazioni visibili in rete ci aumenterà la curiosità di conoscere come creare un effetto migliore per raggiungere livelli emotivi e cognitivi nell'altro. Non basteranno le tecniche per comunicare veramente i nostri contenuti ma conoscere alcune regole aiuterebbe già ad avere più consapevolezza sul proprio agito e sulla reazione che induce nell'altro.
In generale penso che sentiamo ancora la fatica di vivere queste realtà formative come imposte, non nascono come una richiesta dalla base. Ma ogni volta il confronto ci lega un po' di più, costruendo un "filo rosso" nel voler far crescere la SISDCA e rendere interessante l'adesione e l'appartenenza ai giovani colleghi. Quindi sarà auspicabile che impariamo a comunicare questo. Siamo in grado di raggiungere i giovani, conosciamo il loro linguaggio, le loro esigenze nel mercato delle cure e della ricerca? Come possiamo "vendere" a loro che la SISDCA è e sarà una parte del loro futuro professionale?

Spera

1. L'opportunità di disporre della collaborazione di CINECA ci può consentire di preparare autonomamente un pacchetto, una serie di lezioni col brand SISDCA da mettere a disposizione di scuole di specializzazione, Master, ecc. ovvero per confezionare un master completo da vendere ad altri col nostro imprimatur o da metter direttamente sul mercato.
La qualità, i contenuti, l'ampiezza e le caratteristiche del bacino di utenza vanno definiti da un gruppo ristretto di docenti SISDCA con una delle modalità del tipo di quelle proposte da Di Pietro
I costi saranno comunque relativi, se compensati da possibili profitti per i quali va fatta un'analisi di potenziale mercato, ma devono in ogni caso essere definiti chiaramente in partenza
Naturalmente la fruizione delle lezioni, corsi, master sarà incentivata e favorita per gli iscritti alla Società divenendo automaticamente un incentivo all'adesione alla stessa.
2. Sulle tecniche presentate dal dott. Accorinti ritengo esista un equivoco di base che va risolto.
Non si tratta e nessuno lo ha mai affermato, di tecniche utilizzabili in clinica o comunque per il trattamento e la gestione dei pazienti.
Per definizione di tratta di un mezzo per rendere efficace, fruibile, la comunicazione didattica e formativa da parte del docente, anche se mutuate da aditi di tipo commerciale.
Per tale motivo va conosciuta la possibilità di usufruirne, diffondendone con più chiarezza modalità ed obiettivi, affinché chi ritiene di proporsi nel campo della formazione se ne possa giovare o chi, già formatore non si ritenga adeguatamente efficace, possa migliorare la propria performance.
Tutto ciò poi si ricollega (divenendo strumento utile) a quanto detto nel punto 1 e cioè che la formazione è "vendibile" specie se facilmente accessibile, qualificata, aggiornata e trasferibile nella pratica professionale.
3. Il passo successivo è affidato alla perspicacia ed alla capacità si sintesi ed organizzazione del nostro inimitabile Presidente

Tanas

Interessanti ora ci vuole un bel lavoro su se stessi per rendere operativo qualcosa di quanto sentito.
Il progetto LP2 è molto ambizioso e attualmente troppo caro.
La lezione dovrebbe essere venduta a molte persone perché valga la pena, dato che dopo 1-2 anni va aggiornata, e inoltre credo che il contatto con il relatore sia importante: se con il contatto passa già poco, figuriamoci senza.

Una formazione on line potrebbe preparare ad un corso.
Se un corso è stato davvero importante potrebbe essere utile avere una copia dello stesso per rivedere ripassare i concetti dopo e non dimenticare.
Ma solo per questo i costi sono improponibili oggi.
Dopo alcuni congressi avrei voluto il materiale didattico anche a pagamento ma spesso non c'è o arriva dopo troppo tempo.
Le diapositive arrivate subito dopo il CAFDAO 5 sono molto meglio del materiale del corso di Roma che stiamo ancora aspettando ed intanto dimentichiamo.
Il corso per diventare Formatori più efficaci è' un argomento che mi interessa ne avevo già fatti 2 ed ho letto vari testi che mi sono stati molto utili per fare formazione in modo non perfetto ma migliore.
Certo dobbiamo pensare al contenuto e il come passiamo le informazioni a volte viene davvero trascurato rovinando tutto. Alcune cose sono molto importanti:
La divisione in 3 tempi del percorso formativo, il ruolo dello sguardo lo conoscevo ma va sempre migliorato.
Non sapevo dei vari filtri e avrei bisogno di percorsi dedicati per approfondirli ed utilizzarli in modo consapevole:
- verso/lontano da - dovere/potere - Io/noi ecc

Tarrini

Trunfio

L'e-learning mi sembra un'opportunità per integrare la formazione in aula. Al momento credo che potrei esserne soprattutto "utente". Per quanto riguarda la lezione sulla gestione degli interventi in pubblico, l ho trovata interessante e un primo step per approfondire ed esercitare strategie che, per diventare naturali, necessitano di ripetuto esperienziali

Vincenti

Per quanto riguarda il primo modulo ritengo che la piattaforma L2L sia particolarmente interessante perché permette formazione e approfondimenti a distanza, facilitando noi operatori che possiamo tenerci costantemente in-formati nel caso in cui eventuali spostamenti siano difficoltosi e troppo onerosi. Per il secondo modulo, invece, credo che sia stato "curioso e suggestivo" perché ha stimolato una auto-valutazione riguardo alle modalità di relazionarsi nei confronti di un pubblico ma non penso che sia completamente riproducibile per professionisti DAO in quanto, nei nostri particolari rapporti terapeuta-paziente, l'approccio e l'aspetto emotivo si intrecciano con la parte razionale-scientifico-clinica; perciò ogni "storia" e ogni contesto dovrebbero adeguarsi alle persone, pur sempre avendo come base, fondati razionali diagnostici e terapeutici. Personalmente sentirei maggiore bisogno di giornate/corsi/convegni che riguardano più i contenuti DA che le modalità. Credo che spetti ad ognuno di noi arricchire la conoscenza e sfruttare al meglio tutte le opportunità formative che la SISDCA in primo luogo ed altre Società Scientifiche sono in grado di offrire. Grazie a Melchionda e al suo staff per l'organizzazione delle due giornate.

Vinci

Le due giornate di lavoro sono state molto interessanti e hanno offerto dei grossi spunti di riflessione; l2l è uno strumento molto potente capace di rendere la didattica maggiormente fruibile, rispetto alle modalità comunicative mostrateci ritengo che vadano modulate ed organizzate in base all'auditorio ed al contesto.

(XV) 3° CAFDAO: Empowerment dei Professionisti come metodo educativo nel TeamBuilding: Il Lavoro in equipe multi-disciplinare nel trattamento dei DAO

18-19 Maggio
Responsabile: Guerri A
Coordinamento Scientifico e Supporto in aula: Melchionda N, Nizzoli U, Schumann R, Gravina G, Ballardini D, Guidi L, Pennacchi L, Tangolo A, Tarrini G
Sede: Il corso si svolgerà presso il Polo Tecnologico di Navacchio (Pisa)

Premesse: Razionale formativo

Il lavoro con pazienti con DAO prevede la costituzione di equipe multi-disciplinari che condividano progetto terapeutico e linee di approccio alla patologia. Attualmente i percorsi formativi per ognuna delle professionalità coinvolte nel trattamento dei DAO (Medici, Dietisti, Psicologi, Internisti.) non prevedono un percorso di formazione specifico sulle modalità di lavoro in team multi-disciplinare le cui dinamiche, di fatto, vengono lasciate al buon senso dei singoli componenti. I DAO obbligano ad una modalità di lavoro che mette "la persona" al centro del problema e che diventerà sempre più necessaria per tutte le patologie complesse. In particolare deve diventare la modalità di approccio anche dell'area obesità come è ben sottolineato dall'acronimo DAO. Solo un'adeguata impostazione diagnostico-terapeutica multi-disciplinare permette la formulazione di un progetto a misura di paziente: l'incontro dei vari specialisti permette la scelta del trattamento sulla base delle priorità internistiche, psichiatriche, psicologiche e nutrizionali) in relazione alla situazione clinica del paziente. Confrontarsi con chi ha già una lunga esperienza di lavoro multi-disciplinare può essere un'esperienza molto interessante

dal punto di vista clinico, può essere stimolante dal punto di vista formativo e contribuisce ad avvicinare i terapeuti, che si interessano ai DAO, alla SISDCA che da 20 sostiene il costrutto della multi-disciplinarità. La strutturazione dei percorsi terapeutici interdisciplinari richiede:
- Chiarezza dei ruoli e chiarezza nella definizione delle responsabilità
- Valorizzazione dei ruoli e delle competenze dei professionisti
- Formazione comune con particolare riferimento alle aree di sovrapposizione degli interventi
- Supervisione interdisciplinare (nessuno è autonomo)
- Organizzazione della comunicazione interdisciplinare
- Strumenti di strutturazione condivisi (protocolli diagnostico-terapeutici descritti, cartelle interdisciplinari)

La strutturazione, sia degli interventi che delle metodiche d'integrazione, fa sì che l'équipe possa porsi in modo trasparente e coerente non solo verso il paziente e la sua famiglia ma anche nei confronti delle strutture esterne e delle istituzioni, in particolar modo quando vi è la necessità di costruire una continuità assistenziale e la gestione delle cure in rete. Si rendono necessari documenti di percorso del paziente che possano raccogliere in modo esaustivo gli interventi effettuati e la descrizione delle modalità di integrazione: la cartella clinica del paziente dovrà quindi essere interdisciplinare e riportare la diagnosi dimensionale, il razionale del progetto terapeutico interdisciplinare, la valutazione degli effetti terapeutici, il reassessment processuale, i dati di fine terapia ed eventualmente di follw-up. Un'unica cartella che segue il paziente evita una frammentazione degli interventi, inutili ripetizioni di esami e test e mette a disposizione dei terapeuti una visione globale del percorso di cura. Si rende necessario, quindi, al fine di migliorare efficienza ed efficacia del lavoro clinico, che gli operatori coinvolti acquisiscano delle competenze specifiche anche su questo fondamentale aspetto per ridurre il tempo e le energie spese in dinamiche conflittuali o, più semplicemente, poco efficienti. Questa modalità è completamente diversa dalla modalità di "consulenza" dove ogni specialista si occupa solo di una parte del problema ma non si preoccupa di avere una "visione d'insieme".

Contenuti

Seminario di due giornate sul Team Approach con momenti esperenziali specifici del lavoro in Team Multi-disciplinare, di osservazione ed analisi delle dinamiche tra i componenti del Team.
Approfondimento di temi quali:
- Leadership formale e Leadership diffusa
- Principi costitutivi del Gruppo e del Gruppo di lavoro
- Lavorare in Gruppo
- Giochi psicologici e dinamiche gruppali
- Gestione delle aree di sovrapposizione tra le diverse professionalità
- Assessment diagnostico, disegno e monitoraggio del percorso terapeutico, psico-educazione, motivazione, lavoro con i familiari e lavori in gruppo
- Scelte condivise e accordi su chi fa che cosa, e anche cosa si fa insieme (anche in compresenza) e come lo si fa

Metodologia formativa

La metodologia formativa adottata in questo 3° CAFDAO è quella del Lavoro per Piccoli Gruppi. Il modello innovativo pedagogico del processo di apprendimento del lavoro per piccoli gruppi si è fatto strada perché il gruppo è elemento centrale che si basa su questi presupposti:

a) Gli allievi sanno già alcune cose, altre le ignorano; anche l'insegnante ignora molte cose

b) La cosa che gli allievi devono davvero imparare è il "metodo per imparare": tutto ciò che esce da questo obiettivo è accessorio o esemplificativo; va comunque studiato solo se risponde a reali bisogni culturali degli allievi

e) Il Docente aiuta l'allievo ad impadronirsi della realtà e delle regole generali di un lavoro, offrendo contributi diversi in base alle diverse esigenze degli allievi: se qualcuno non impara occorre insegnare qualcos'altro o usare un altro metodo di insegnare

d) Gli allievi devono imparare insieme aiutandosi l'un l'altro ed esprimendo al massimo le loro potenzialità.

La differenza rispetto al modello tradizionale di scuola è radicale. In quello tradizionale l'insegnante insegna qualcosa che è ritenuto importante per l'allievo; la classe non è che un fastidioso insieme di allievi.

Nel modello innovativo la classe come gruppo impara, ricercando e sperimentando in collaborazione, e l'insegnante non è altro che una risorsa disponibile. Nel modello tradizionale la cosa più importante è che gli allievi imparino dei contenuti; nel nuovo modello ciò che conta è che imparino un metodo ed uno stile di lavoro.
Il lavoro di gruppo non è dunque solo un metodo, ma è anche il contenuto stesso dell'apprendimento. Lavorando in gruppo gli allievi apprendono che la conoscenza è il frutto della ricerca collettiva: il gruppo è una "unità di apprendimento" in cui si deve superare l'individualismo, la competizione e la dipendenza dalle autorità. Il gruppo discute ogni problema relativo al suo funzionamento e la sua organizzazione. Ciò che si studia, o si ricerca o si realizza deve essere scelto dagli allievi o almeno tratto dai loro reali interessi cognitivi ed emotivi. L'insegnante non valuta: esprime solo pareri e consigli. Il gruppo si valuta, riflettendo sul lavoro che va facendo.

Obiettivi Specifici

Addestrare e Formare i differenti componenti dell'èquipe

a. Team Leader: Chi guida la carrozza

b. Case Manager: Chi deve ottimizzare e garantire il processo

c. Medico di Medicina Generale: saper individuare il momento ottimale per l'invio dal Team
d. Pediatra di Libera Scelta: saper individuare il momento più opportuno per aprire un percorso educativo della famiglia specialmente quando si verifica un eccesso ponderale
e. Dietisti: attivazione di modelli diagnostico-terapeutici nutrizionali appropriati ai differenti ambiti dei DAO
f. Psicologi e Psicoterapeuti con particolare riferimento ai modelli Cognitivo-Comportamentali
g. Psichiatra: quando esiste un patologia mentale
h. Infermiere
i. Personale delle Comunità

- Migliorare la competenza teorica e tecnica del saper stare in equipe
- Imparare a riconoscere le più tipiche dinamiche gruppali in contesti sanitari multi-disciplinari
- Strutturare interventi di cambiamento down-up.
- Approfondire la questione dell'integrazione tra le professionalità dei singoli componenti ed il ruolo della leadership.

Risultati Attesi
Sostenere il clinico nella lettura degli eventi inter- ed extra-gruppali

Obiettivo Finale
- Ridurre la conflittualità
- Migliorare la gestione delle dinamiche intra- ed inter-gruppali con un ottimale risultato di processo e di esito dell'intervento clinico multidisciplinare.

Docenti:
G Gravina, A Guerri, U Nizzoli, N Melchionda, L Pennacchi, E Prosperi, AE Tangolo. A Tarrini

N Melchionda (Modera U Nizzoli): Dal modello prescrittivo al trattamento multi-disciplinare dei DAO.
AE Tangolo (Modera G Gravina): Importanza del TeamBuilding, valore della Leadership, Giochi psicologici e Dinamiche tra i componenti del Team nel contesto del Team Aproach
Lavoro dei 4 piccoli gruppi. Compito: Cosa deve sapere, cosa deve saper fare e non fare e come lo deve fare ogni componente del Team Multi-disciplinare (ogni gruppo avrà un facilitatore: G Gravina (Internista),
E Guerri (Psicologo), G Tarrini (Dietista), L Guidi (Psichiatra)
Presentazione plenaria del lavoro svolto da ogni gruppo (Modera N Melchionda)

U Nizzoli: Coesione e Collaborazione tra professionisti in modo sano, efficiente ed efficace.
R Schumann: La strutturazione del percorso diagnostico-terapeutico DAO
D Ballardini: La condivisione del razionale medico-nutrizionale e del razionale psicoterapico
A Guerri La Gestione dei conflitti: Le basi della comunicazione e negoziazione
Lavoro dei 4 piccoli gruppi. Compito: Costruzione in aula, passo a passo, di una cartella interdisciplinare, avendo come riferimento le modalità strutturali dei percorsi di Certificazione di Qualità. Presentazione di uno o due casi clinici (Bulimia Nervosa e/o Obesità BED) e compilazione con i presenti in aula della cartella nelle sue varie parti: fase della presa in carico, area diagnosi categoriale, Ogni gruppo avrà un facilitatore come Internista (D Ballardini), come Psicologo (R Schumann) come Dietista (L Pennacchi) e come Psichiatra (L Guidi)
Presentazione plenaria del lavoro svolto (Modera U Nizzoli)
N Melchionda: Conclusioni sulla 1° e 2° giornata: Tutti per uno, uno per tutti e consegna di un questionario per ECM e di un questionario di gradimento da compilare a casa

(xvi) 7° CAFDAO: Essere Leader. Corso di Formazione per Direttore-Responsabile di un Equipe-Servizio per i Disturbi Alimentari Obesità (DAO)

16-17 Novembre, Navacchio Polo Tecnologico (Pisa)
Responsabile Nizzoli U, Melchionda N
Coordinamento: Manzi SA

Premesse
La direzione del Servizio per i DA e per i DAO è lo strumento cruciale per realizzare piani di trattamento multi-disciplinari integrati. Senza un leader competente nessuna equipe può funzionare in modo efficace. Tuttavia i Responsabili di Servizio non hanno alcuna formazione specifica per potere assumere quel ruolo. La loro impreparazione rende spesso difficile e poco efficace il lavoro di equipe: ne risente il clima interno ma soprattutto i pazienti curati a volte da equipe caotiche, confuse o, peggio, conflittuali. Gli stessi Responsabili impreparati possono subire le conseguenze della mancanza di formazione: il loro lavoro diventa fonte di sofferenza.
Le strutture, siano private, pubbliche o sociali, applicano generalmente un modello di leadership di tipo comanda e controlla. Esiste invece un modello relazionale che parte da un presupposto diverso: ottenere il successo con la motivazione delle persone. L'approccio relazionale non vuole eliminare o sostituire il solido business del guadagno, ma vuole indirizzare le abilità manageriali in un contesto pragmatico in cui possano essere ottimizzate.
Per fare crescere una struttura spesso le teorie non considerano un problema: non tutti lavorano allo stesso modo, per cui uno schema non è valido per tutti.
La leadership relazionale non è un modello strano, ma un metodo per costruire e rafforzare le capacità direttive grazie alla valorizzazione del personale o dei componenti di un team: si passa perciò dal concetto di dipendente al concetto di persona che possiede una forte cultura della leadership.
E' opportuno tenere in considerazione la struttura di personalità dei leader e che chi gestisce un team faccia su se stesso il lavoro personale psicologico. Spesso nei gruppi di lavoro si affermano persone molto competitive nelle relazioni con gravi tratti narcisistici. Queste caratteristiche saranno disturbanti e nel funzionamento dell'equipe e nella relazione con i pazienti.

Indirizzo
In armonia con le Linee-Guida più accreditate la gestione clinica dei pazienti con DAO deve essere operata da un team multidisciplinare che sappia offrire piani assistenziali personalizzati ed integrati

Il Modello della Leadership Relazionale
Esistono due modelli di riferimento che sono relativi ai costrutti di base della Vision:
1. La Mission del tipo "comanda e controlla": è il modello tradizionale ormai superato per il profondo cambiamento dello scenario mondiale legato alla globalità della comunicazione che consente una conoscenza immediata degli eventi permessa dalla telefonia mobile, dalla televisione e dal WEB. Nell'ambito di questo modello si è conclusa la formazione, ormai esaustiva e centenaria, della Leadership predisposta per tale modello. Il culmine della parabola è stato ormai raggiunto e attualmente si assiste ad una caduta dei risultati che sono devastanti e non più proponibili in tutte le culture.
2: La Mission del tipo che mette in gioco il "Relazionalismo" dove le persone sono al centro del sistema basato su tre elementi.

Nucleo Centrale	**Definizione**	Leadership Relazionale: fa le cose giuste (perché) e può associarsi al Management che fa le cose bene (come)
Le Persone	Target	I Soci della SISDCA, l'Utenza, le Istituzioni, i Politici, la Comunità Scientifica e Professionale
Elementi	**Attributi**	Lavorano tutti all'unisono come parti di in complesso ingranaggio
1. Fedeltà	1. Correttezza	I Leader non mostrano egoismo, favoritismi e pregiudizi per raggiungere l'equilibrio tra interessi contrastanti.
	2. Carattere	Il Leader si attiene ad elevati livelli di etica e di moralità che trascendono da qualsiasi convinzione politica, ideologica o religiosa e che si mantenga costante nel tempo.
	3. Fiducia	Il Leader è costantemente coerente ai propri principi e in particolarmente quelli delle persone.
2. Valore:	4. Attenzione	I Leader osservano e ascoltano le persone.
	5. Scopo	I Leader promuovono obiettivi giusti e appaganti che devono essere definiti con chiarezza.
3. Apprezzamento	6. Divertimento	I Leader promuovono attività che favoriscono il sorriso, la serenità e il relax
Fornisce entusiasmo	7. Celebrazione	I Leader danno regolarmente omaggio ai risultati ottenuti.
Cardini di base	Essere Autentici	Fare ciò che si è annunciato dimostrando di essere affidabili e attendibili
	Conoscere se stes.	Comprendere i propri punti di forza e le proprie debolezze
	Base di conoscenze	Piena comprensione dei proprie attività e conoscenza dei problemi di tutte le persone in gioco
	Pianificazione	Bilanciare spese e guadagni a breve e lungo termine
Fasi dello sviluppo	Incomp. Inconsape.	Il Leader ha un livello di prestazioni basso e non se ne rende conto
	Incompetente Consapevole	Il Leader non svolge bene il proprio compito ma si rende conto del perché e intravede la possibilità di fare qualcosa per cambiare
	Competente Inconsapevole	Il Leader svolge bene il proprio lavoro e lo fa in modo corretto ma il perché e il suo modo fare appare basato sull'intuizione
	Competente Consapevole	Il Leader porta a termine ad alto livello i compiti assegnati e conosce i motivi delle proprie azioni andando oltre l'istinto con progettazione basata sulla formazione.
Componenti dell'Organizzazione	Avere un Piano di lavoro	Non riguarda la struttura dell'Organizzazione ma le persone, il loro comportamento, l'autenticità l'ambiente emotivo, la chiara comprensione della Mission.

	Avere buon senso	E' la Legge Aurea: non fare ad altri quello che non verresti essere fatto a te stesso.
	Lavorare con le persone giuste	Le persone giuste devono avere qualità comunicative idonee per lavorare in squadra e capacità tecniche per svolgere il loro compito
	Accettare il cambiamento	Quando si ha a che fare con un cambiamento a fiducia diventa cruciale e le persone concentrano la loro attenzione alle azioni del Leader che inevitabilmente può più facilmente commettere errori.
Sviluppo di potenzialità interne	Applica Disciplina	Principi per acquistare il livello di disciplina necessario per avere successo
	Attività vincenti	Il potere della positività è una strategia di affermazione. I vincenti si preparano, i perdenti no.
	Visualizzazione	Alcuni passi
	Scorciatoie	Evitarle: non funzionano
	Gestire il rischio	Riguarda il rischio calcolato e sostenibile non quello legato al caso come per esempio quello della roulette.
	Sviluppo di novità	Occorre attenzione, conoscenza e osservazione.
	Evitare l'abuso del potere	Il relazionalismo si concentra sulle persone e fornisce un'atmosfera e una motivazione con cui le persone possono prosperare. Si basa sulla morale e sul comportamento etico.
Gestione dello stress: non troppo ne troppo poco	Emozioni	I comportamenti emotivi vanno tenuti sotto controllo perché provocano reazioni distruttive e la convinzione che il leader non stia utilizzando al meglio le sue capacità razionali.
	Linguaggio	Il turpiloquio è deleterio.
	Umorismo	Un uso appropriato ed efficace sdrammatizza una situazione negativa e mette le persone a loro agio e la sensazione che l'obiettivo possa essere raggiunto.
	Coerenza	Le persone rispondono positivamente alle situazioni difficile se esiste una buona dose di prevedibilità.
	Chiarezza	Uno dei maggiori ostacoli in una organizzazione è la mancanza di chiarezza di ciò che viene comunicato e le persone prendono strade sbagliate con enorme crescita dello stress e delle defezioni.
	Meta-obiettivi	Quello che viene misurato viene realizzato positivamente.
	Controllare l'ambiente	1. Creare un livello dello stress necessario: non troppo ne troppo poco. 2. Abbracciare le basi delle fiducia
Sedi di intervento del relazionalismo	Organiz. di lavoro	Private e pubbliche
	Fuori sede lavoro	I Leader Relazionali che applicano i loro comportamenti creano relazioni armoniose, prolungate e durature.

Metodologia Operativa

La metodologia di insegnamento privilegia la consapevolezza, l'apprendimento diretto ed esperienziale pur pretendendo puntualità e precisione teorica.

- Lezioni teoriche
- Analisi concrete di caso
- Simulazioni clinico-organizzative
- Il Corso diventa anche luogo di studio delle concrete realtà dei corsisti
- Vengono proposti ai corsisti concreti esempi clinico-organizzativi

Struttura del Corso

L'insegnamento si svolge secondo 2 linee didattiche principali:

1. Insegnamenti teorici
2. Insegnamenti teorico-pratici, esercitazioni, lavoro per piccoli gruppi

Obiettivi Specifici

- Sapere essere Leader di un Team per la cura dei DA e DAO
- Gestire consapevolmente ed efficacemente l'autorità
- Gestire i conflitti clinici ed interpersonali
- Imparare a valorizzare le competenze dei colleghi dell'équipe
- Imparare a progettare, a gestire, a valutare, a presentare i risultati, a relazionarsi in modo efficace con gli Stakeholders
- Gestire la struttura di personalità per chi gestisce un team

Contenuti

- Leadership
- Gestione di un gruppo di lavoro per la cura dei DAO
- Programmazione e Valutazione
- Gestione del budget

- Negoziazione e revisione
- Il governo clinico e i suoi strumenti
- Gli indicatori di performance per la valutazione della qualità dell'assistenza ai DAO
- Gli standard tecnico-funzionali e organizzativi del Servizio per i DAO
- Il rischio clinico nell'assistenza ai DAO
- I Cardini della Credibilità: Integrità, Intenti, Competenza, Risultati

Abilità e Competenze
- Saper dare la fiducia
- Saper funzionare come team leader efficace, motivatore, mentore e membro del team multi-disciplinare
- Promuovere un ambiente di squadra positivo, collaborativi e rispettoso di lavoro
- Stabilire le priorità, organizzare il lavoro e rispettare le scadenze
- Pianificare, gestire, monitorare, valutare, revisionare
- Lavorare efficacemente con i partner della comunità
- Condividere la necessità di un lavoro psicologico su se stessi

(xvii) 2° CAFDAO: Corso di Alta Formazione Avanzato per l'Educazione Terapeutica Orientata e Strutturata (ETOS): Obesità Omeostatica e Obesità BED

27-28 Aprile, Roma
Responsabile Prosperi E
Coordinamento Scientifico e Supporto in aula: Donini LM, Guidi G, Jacoangeli F, Melchionda N, Spera G, Tarrini G
Sede: UR di Scienza dell'Alimentazione e Nutrizione Umana della Sapienza (Palazzo di Fisiologia e Biochimica della Città Universitaria – P.le Aldo Moro 5

Premesse

L'Educazione Terapeutica è designata all'addestramento del paziente nelle abilità di auto-gestione o adattamento del trattamento alla sua particolare situazione di cronicità, nonché nei processi di coping. Deve anche contribuire a ridurre i costi dell'assistenza a lungo termine sia per i pazienti che per la società (Report of a WHO Working Group 1998).

L'educazione terapeutica, nasce come nuovo paradigma di cura per le malattie croniche attraverso il passaggio da un intervento prescrittivo ad uno in grado di considerare il malato protagonista della cura.

L'OMS definisce l'Educazione Terapeutica come un processo continuo, strutturato, multi professionale, impartito da operatori sanitari formati nelle metodologie di educazione dei pazienti.

Metodologia operativa

La formazione è articolata in 2 giorni, per un totale di 13 ore. Il Corso è indirizzato a diverse figure professionali (medici, dietisti, psicologi, educatori) tutte coinvolte nel trattamento di obesità e BED. L'iscrizione è aperta ad un massimo di 20 persone possibilmente distribuite nelle 4 figure professionali sopracitate. Il Corso alternerà lezioni e role playing in aula oltre a lavoro in gruppi (2 gruppi da 10 persone) secondo il programma sotto riportato. Breve introduzione del role playing.

Il role playing rientra nei metodi pedagogici attivi classificabili sotto il termine di simulazione. Si tratta di uno strumento fondamentale ed elettivo per imparare a svolgere ruoli sociali e per accrescere le competenze relazionali. È basato sulla simulazione di una situazione che presume il coinvolgimento dei partecipanti. Nel role playing sono proposte situazioni professionali tipiche, con un fine di formazione o di presa di coscienza dei problemi. A differenza della situazione reale, il processo che si sviluppa nel gioco di ruolo non avrà conseguenze nella vita reale (simulazione). Il role playing permette di sviluppare le capacità di comunicare e gestire le relazioni interpersonali, migliorare le capacità di ascolto e di comprensione dei punti di vista degli altri, saper osservare e analizzare i comportamenti altrui, produrre strategie per affrontare situazioni reali complesse. Il role playing agisce sia sull'aspetto emotivo che cognitivo "sul sapere, sul saper fare e sul saper essere" (Quaglino, 1985).

La fase di preparazione consiste nell'assegnare delle parti in cui si definisce il ruolo da "recitare" e lo scenario/contesto dove prende vita l'azione. Dopo questa fase si prosegue con la messa in scena della situazione, che può includere o meno una prima fase di riscaldamento. Terminata la messa in scena e aver valutato l'opportunità di dedicare del tempo alla cosiddetta chiusura del gioco, si valuta quanto accaduto. Si può chiedere a chi ha "recitato" come si è sentito in quel ruolo, che impressioni ha avuto, o si può chiedere a tutto il gruppo che cosa è successo. "Chi interpreta chi: alcuni parlano di due metodi standard con numerose variazioni all'interno di ognuno. Il primo vede il trainer nel ruolo di interprete principale, il secondo

consiste nel dare la parola ai partecipanti, lasciando il conduttore sullo sfondo, utilizzando la sua presenza più come facilitatore."
Il Corso si avvarrà dei seguenti strumenti formativi: PC e proiettore,lavagna bianca, pennarelli, carta, materiale informativo in formato elettronico/cartaceo.

Obiettivi specifici
- Migliorare le conoscenze teoriche dell'Educazione Terapeutica.
- Fornire competenze agli operatori per una corretta conduzione di gruppi di Educazione Terapeutica nell'Obesità e/o nel BED per mezzo di attività esperienziali ed interattive.

Risultati attesi Capacità da parte degli operatori di saper condurre un gruppo di ETOS.
Obiettivo finale Trasferibilità, presso il luogo di lavoro dei discenti, di un programma strutturato di ETOS e valutazione dei risultati nell'ambito di uno studio multi-centrico disegnato ad hoc.

Sessione Plenaria.
N Melchionda Presentazione del corso Presentazione dei Docenti e presentazione dei Partecipanti con definizione delle loro aspettative.
Sessione Plenaria.
1° Lezione Magistrale. F Jacoangeli, Moderatore G Spera Le problematiche del Paziente con Obesità Omeostatica e con Obesità BED. Aspetti comportamentali, clinici, funzionali e psicologici passibili di intervento ETOS.
Sessione Plenaria.
2° Lezione Magistrale. E Prosperi, Moderatore L Donini L'Educazione Terapeutica. Le principali teorie dell'apprendimento
1° Lavoro di Gruppo:
Role Playing. Imparare partecipando. Seduta di educazione terapeutica condotta presso il Dipartimento di Medicina Sperimentale dell'Università di Roma "Sapienza". I discenti, suddivisi in due gruppi simulano la parte di pazienti pre-assegnate e, con un gioco di ruolo, partecipano ad una seduta di Educazione Terapeutica (Conduttori G Guidi e E Prosperi)

Sessione Plenaria.
3° Lezione Magistrale. (E Prosperi, Moderatore F Jacoangeli Un programma di Educazione Terapeutica nell'Obesità. Come si articola un programma ETOS: razionale, procedure e strumenti, dalla letteratura. Un programma di Educazione Terapeutica nell'Obesità)
2° Lavoro di Gruppo:
Imparare Facendo. Preparazione di una sessione di Educazione Terapeutica in due gruppi (Tutor: G Spera, G Tarrini)
Sessione Plenaria. Presentazione e discussione degli elaborati (Moderatore: G Guidi)
3° Lavoro di Gruppo:
Role Playing. Imparare facendo. Simulazione di una seduta di Educazione Terapeutica in due gruppi. I discenti conducono la seduta precedentemente preparata (Tutor: LM Donini, G Spera)
Sessione Plenaria:
Presentazione del lavoro e discussione (F Iacoangeli)
4° Lavoro di gruppo.
Imparare Facendo. Pianificazione di un programma di intervento di Educazione Terapeutica in due gruppi (Tutor: G Tarrini, G Guidi)
Sessione Plenaria: Presentazione e discussione degli elaborati (Moderatore E. Prosperi)
Epicrisi Conclusiva Finale: N Melchionda

Valutazione dei partecipanti

Questionario ECM: 9 osservazioni rilevate

Giudizio espresso	**1 (peggior giudizio)**	**2**	**3**	**4**	**5 (miglior giudizio)**
Rilevanza argomenti			1	2	6
Qualità educativa			1	2	6
Utilità per formazione aggiornamento			1	2	6

Questionario ad hoc: 12 osservazioni rilevate

Ci piacerebbe avere, in forma anonima, qualche maggiore informazione sulla "utilità" del 2° CAFDAO che lei ha giudicato in maniera sintetica nel modello ECM.

- **Ritiene** che il Corso possa aiutarla a meglio lavorare con i suoi pazienti? SI 12 NO 0
  - Se SI, questo avverrà inducendola a:
    - modificare alcuni suoi comportamenti O
      - un esempio:
        - ascoltare di più il paz senza pensare di dover risolvere il problema
        - "trattare" alla pari con il paz instaurando una relazione che agevoli la cura
        - ampliare le tecniche esperienziali
        - evitare atteggiamenti giudicanti
        - essere più semplice nell'esporre concetti (metafore)
    - implementare alcune procedure O
      - un esempio:
        - giochi di ruolo
        - percorsi interattivi
        - mindfullness
        - lavori di gruppo
        - metafore
    - eliminare alcuni interventi O
      - un esempio:
        - troppa teoria e consigli
        - interventi totalmente prescrittivi
        - "lezioncine sterili e fini a se stesse"
- **Ritiene** che quanto appreso possa aiutarla a modificare il rapporto con gli altri professionisti che operano nella sua équipe? SI 12 NO 0
  - Se SI come?
    - spingendola a strutturare un lavoro di équipe 9/12
    - favorendo l'inserimento di altre professionalità nell'équipe in cui lavora 2/12
      - quali?
        - educatore
        - pediatra
    - modificando l'organizzazione del lavoro 2/12
      - come?
        - definire obiettivo terapeutico insieme al paz. sintonizzandosi sulle sue aspettative, guidandolo nel raggiungimento di obiettivi anche minori che considerano secondari o meno importanti
    - altro: 4/12
      - discussione periodica nell'équipe per conferma obiettivi
      - maggiore apertura e comprensione degli altri
  - Se NO perché:
    - non c'è modo, nel mio contesto di lavoro, di creare un équipe O
    - l'équipe opera già al meglio O
    - gli altri professionisti dell'équipe non sono probabilmente interessati all'ETOS O
- **Ritiene** possa essere utile un ulteriore livello di formazione per l'ETOS ? SI 11/12
  - Se NO, perché?
    - quello che ho appreso è più che sufficiente O
    - non ho appreso nulla e quindi non c'è motivo di un ulteriore Corso O
    - altro:
  - Se SI, perché?
    - per migliorare le mie capacità di interazione con i pazienti 8/12
    - per migliorare le mie competenze all'interno dell'équipe di lavoro 9/12
    - per diventare a mia volta formatore di ETOS 6/12
    - altro:
  - Se ritiene utile un ulteriore approfondimento sull'ETOS:

        - parteciperà ad un altro Corso organizzato dalla SISDCA 12/12
        - si rivolgerà ad altre Società scientifiche 1/12
- **Descriva** brevemente le maggiori criticità che ha riscontrato nel 2° CAFDAO dedicato all'ETOS
    - Difficoltà nel lavoro di équipe:
        - presenza di diverse figure professionali
        - non-conoscenza tra i diversi professionisti nella simulazione di équipe
        - "a volte scarsa predisposizione ad un'apertura e flessibilità psicologica"
        - trovare un linguaggio comune
        - prendere coscienza che l'interdisciplinarietà richiede un abbattimento delle certezze/barriere/riserve personali
    - Mancanza di "consegne" più dettagliate
    - Mancanza materiale didattico
    - Insufficiente teoria

(xviii) Commenti dei Responders al file Stato di Salute Vers. 4 e Vers. 5.

Artico

Interessante nell'analisi anche semplicemente statistica dei dati che riporti. Una piccola "diagnosi" della nostra società. Mi ha molto colpito (positivamente) lo stile molto assertivo con cui ti rivolgi ai soci. Si capisce che non hai assunto questo incarico ne' per fare il passa carte nè per qualche altra cosmetica attività professionale. Non e' poco e nemmeno scontato. Condivido quanto scrivi (che implica una motivazione interna da coltivare) mi scuso in anticipo se qualche volta non riuscirò preso dai mille impegni a stare negli standard che suggerisci.

Ballardini

Riunione programmatica con eccellente risultato di idee condivise e prospetta l'elaborazione di un progetto "Supervisori".

Bosello

La tua puntuale sintesi del lavoro svolto è molto utile per avere un quadro della situazione SISDCA.
A mio avviso le difficoltà e le carenze che tu lamenti sono proprie di molte Società, se non di tutte. La SISDCA ne soffre maggiormente per le sue caratteristiche multi-dimensionali e multi-professionali. Credo che la maggior parte dei soci sia membro anche di altre Società, verosimilmente più anziane, più organizzate e con appeal forse anche affettivo, per motivazioni molteplici. Credo che la SIDCA meriti più attenzione e sono sicuro che l'avrà anche in virtù del tuo impegno.
La Mission del Presidente della SISDCA. Dichiarazione. Alcuni punti sono un po' criptici: tipo Management democratico, paradigmi dei Principi universali, salto dal Paradigma dell'etica personale. Magari non sono chiarissimi a tutti. Potresti meglio esplicitarli?
In relazione ai "morosi" dal 2011, aspetterei la fine dell'anno e poi chiederei se sono intenzionati a rimanere nella SISDCA.
Infine, sette mesi non sono molti per trarre conclusioni sullo stato di salute. Anche per una gravidanza occorrono almeno nove mesi. Poi c'è l'allattamento, poi lo svezzamento etc.

Bosio M

Provvedo a informare le persone interessate per il Progetto Under 30.

Bongiorno

Ritengo che la proposta formativa stia prendendo una forma su cui si può facilmente concordare. I punti fondamentali sono, a mio parere, la fruibilità di contenuti, la riduzione all'osso dei costi e l'agilità dell'organizzazione. La nostra recente esperienza a Palermo con Jacoangeli e Di Pietro mi ha confermato la validità della formula. Fortunatamente in Sicilia non ho difficoltà a reperire strutture disposte ad ospitarci gratuitamente nelle varie sedi. Come da molto tempo sostengo, ripropongo che, in sede di direttivo, allargato a chiunque sia disponibile a proporsi per questo compito, dovremmo identificare i contenuti della formazione e la loro propedeuticità in modo che la voce della società sia quanto più possibile univoca. Chi ha esperienza di organizzazioni didattiche sa come ogni docente tenda ad ipertrofizzare l'importanza dei contenuti della propria disciplina con un errore prospettico di parallasse che non giova al risultato finale dell'insegnamento. Credo che superare questo problema con una significativa disponibilità al compromesso sia il nostro principale, e più ambizioso, obbiettivo rispettando i contenuti di ogni area e, all'interno di essa, specie in quella psicologico-psichiatrica, tentare il superamento dei modelli teorici di riferimento focalizzando l'insegnamento su "come e quando fare cosa". Mi propongo per l'area psicologica e spero che si possa trovare uno spazio a breve termine per discutere, e concludere, sui programmi. Forse potrà sembrare ambizioso, e faticoso, ma se i "referenti di area" fossero

disposti a scrivere e proporre un indice dei contenuti che ritengono irrinunciabili (come se fosse l'indice di una dispensa) il lavoro potrebbe essere accelerato. Mi propongo, con il mio gruppo, per la raccolta di tali indici e per il lavoro di assemblaggio.

Cerro

Cotugno

Rispetto alle attività della Sezione Lazio, ritengo sia utile e necessario riprendere le giornate seminariali di discussione di casi clinici iniziate nel 2011.
Per evitare confusioni tra linguaggi eccessivamente gravati da riferimenti teorici e di scuola, e non sempre condivisi da tutti, ritengo anche che sia fondamentale che la discussione dei casi possa svolgersi tenendo cura di definire chiaramente le condizioni cliniche di partenza, gli obiettivi terapeutici (sia essi medico-nutrizionali che psichiatrici/psicoterapeutici), l'evoluzione del quadro e le strategie terapeutiche messe in atto, cercando di evidenziare gli elementi di efficacia, inefficacia e i limiti degli atti terapeutici.
In accordo con Fabrizio Jacoangeli, da settembre cercheremo di stilare un nuovo calendario degli incontri clinici.
Credo che possa essere utile anche che la Sezione Lazio organizzi una giornata su "DCA, DSM-V e criteri diagnostici adottati nella pratica clinica corrente" (ad esempio il dibattito sui rapporti tra obesità e DCA penso debba fare riferimento a criteri diagnostici più chiari, "evidenced based" e condivisi, altrimenti si rischiano discussioni infinite e malintesi a catena).
Inoltre, mi farebbe molto piacere se in questa giornata potessimo anche considerare il tema della comorbilità (psichiatrica e organica).

Melchionda

Sono d'accordo con te sulla utilità di fare perno sui casi clinici in quanto le teorie e le impostazioni di scuola ormai stanno strette. L'importante è che i casi clinici siano sviluppati come paradigmi e sottoposti all'analisi epicritica che parte dalle condizioni di partenza e si conclude con l'esito terapeutico realmente avvenuto e possibilmente riproducibile nel contesto della situazione "geografica".
Il 19 Ottobre farò a Bologna un Seminario "Interazione tra Disturbi Alimentari e uso di sostanze psicotrope" con la presentazione di un paradigma clinico reale.

Cuzzocrea

Aderisce al progetto Under 30

De Salvo

Di Pietro

In merito all'organizzazione del 1° Corso informativo "di base" sui DCAO.
Spero che di riportare qui sotto tutte le opinioni, favorevoli, in successione temporale:
Spera (AREA MEDICA), Donini (AREA NUTRIZIONALE), Gravina (AREA MEDICA), Manzato (AREA PSICHIATRICA), Milano (AREA PSICHIATRICA), Melchionda (SUPERVISORE) e PROSPERI (AREA PSICOLOGICA) Di Pietro (AREA PSICHIATRICA).
Siamo abbastanza per cominciar aspettando, OVVIAMENTE, che anche gli altri diano la loro disponibilità.
Sulla FATTIBILITA':
1- Spazi GRATUITI: va bene Roma-Sapienza (Donini), ma solleciterei anche altre possibilità (Manzato? Schumann? Ballardini?); NON FAREI Più DI CINQUE INCONTRI/ANNO, nella stessa sede;
2- ECM: condivido la proposta di 100 euro: 10 crediti+iscrizione SISDCA (NM?) non capisco molto di ECM!
3- Rimborso docenti: facendo conti precisi, forse ci esce il rimborso viaggio per chi viene da fuori sede;
IL CORSO avrebbe CARATTERE "sperimentale", come tale qualificato, semplice, stimolante, ma senza troppe pretese; DAREBBE ALL'ALLIEVO IL RICONOSCIMENTO SISDCA NON sulle sue capacità (Terapeutiche o altro) ma sulle sue conoscenze di base acquisite con le lezioni Teoriche e Pratiche.
Quanto prima (dopo l'estate?) PROPORREI di cominciare a nominare dei "RESPONSABILI DI AREA" con il compito di cominciare ad abbozzare il programma. Mi propongo per l'AREA PSICHIATRICA.

Melchionda

Caro Giancarlo (e Nello)
Ti ho appena risposto sul tuo progetto formativo.
1. Intanto occorre fare attenzione a chi si indirizzano le mail: hai inviato il tuo messaggio che riguarda il Corso di Formazione a 29 persone (tutti i Presidenti e Presidenti Eletti Regionali) per cui non è rimasto all'interno del Consiglio Direttivo Ristretto. Ora lo sanno tutti con una ricaduta pro e contro.
2. Ti ricordo che Zanetti Segretaria Web Master
3. Io mi sono espresso più volte a favore del Corso e come ho già più volte specificato occorre che tu, come proponente, faccia la redazione del Programma: sede, data, relatori, agenda, titoli delle relazioni e soprattutto previsioni di costi.

4. Ti ricordo che per quanto riguarda il costo della “location” Donini si è offerto a gratis. “Verba volant, scripta manent”. Ma qui volano anche le mail. Ti consiglio quindi di uscire dall’oggetto “RECENSIONE DEL LIBRO ecc” e aprire una mail con un oggetto specifico, per es “CFB: CORSO DI FORMAZIONE DI BASE

Di Pietro

RISPONDO ALLA 1530 — STATO DI SALUTE SISDCA
Carissimo NM, e tutti (per scelta, invierò questa mail SOLO ai componenti del CD attuale)
1) Buono il lavoro di aggiornamento dei dati SISDCA, indispensabile per comprendere l’andamento del fenomeno SISDCA;
2) Non sono d’accordo sulla valutazione dei punti 7-8-9-10, almeno per quanto riguarda la collaborazione mia personale e della sezione Campania;
3) Il progetto derivato dalla programmazione di Navacchio (CARTELLA CLINICA-REGISTRO DEI CASI) sta procedendo anche se lentamente dati i numerosi impegni dei collaboratori;
4) Sono in attesa di completare la valutazione del “PROGETTO FORMATIVO DI BASE” da me proposto via mail al Consiglio Direttivo.
MA MI SIA PERMESSO ESPRIMERE UNA PERPLESSITA’ su una problematica NON ACCENNATA dal Presidente e che pure mi sembra importante.
NON credo che fare scienza, cultura o didattica, sia una questione di quantità (abbuffarsi NON è conoscere o trasmettere conoscenza), NON credo che sia utile moltiplicare e sovrapporre proposte con la idea che la propria sia quella vincente, NON credo che sia un grande contributo quello di stappare una bottiglia di champagne (o, peggio, spumante di seconda scelta) a capodanno, dopo essere stati assenti tutto l’anno; NON credo che la latitanza sia un valore che fa crescere un gruppo; ma NEANCHE credo che le proprie idee siano quelle vincenti “a priori” ma che possano diventarle dopo uno scambio REALE sui contenuti e sulle competenze.

Melchionda

Lo STATO DI SALUTE della SISDCA non è centrato sulla Campania. Ognuno può verificare il proprio contributo personale e correggere il tiro. Le Sezioni Regionali non funzionano globalmente. Aspetto ancora due mesi e poi porterò in Consiglio Direttivo le azioni da condividere.
Non è per nulla chiaro il tuo discorso criptico e lo devi esplicitare meglio.
Il Progetto Cartella Clinica è ancora in alto mare e non lo vedo sulla carta.
Per quanto riguarda il Progetto Formativo di Base devi fare tu un Programma dato che lo hai proposto- Programma significa passare dal dire al fare concretamente. Vale a dire dalle parole ai fatti. Tutti hanno detto che il progetto è OK ma per ora non è chiaro “chi fa che cosa”: dove, quando, come e con quali mezzi.
Sei rimasto indietro con la 124 e con la 124.1.
Aspetto di sapere quali sono le “azioni” che ritieni di attivare. Riceverai la 1532 che ho inviato ai “responders” che sono ancora molto pochi

Di Stani

Mi sento particolarmente gratificata e lusingata dal ruolo che mi proponi, accettandolo con entusiasmo, in affiancamento a Spera, che stimo molto e con cui potremmo progettare il rilancio della SISDCA anche sul piano delle relazioni esterne concordate all’interno del CSRN. Mi impegno ad inviare ai soci in indirizzo con l’aiuto della Segreteria Nazionale il sollecito del pagamento ed individuare con il Direttivo ER una data e la sede per il rinnovo del Consiglio Direttivo. Un caro saluto ed un apprezzamento per il tuo costante, faticoso lavoro di rilancio della SISDCA che, visto il report, avuto un grandioso risultato ed in questo mi unisco ai commenti dei colleghi condividendone i contenuti

Donini

1. a Roma spazi gratis per Corsi posso trovarne in Sapienza (così come è avvenuto per il CAF DAO)
2. sul costo ECM non si discute; si può forse solo immaginare un “pacchetto”: iscrizione a Corso (con ECM) + SISDCA = 100€ ad esempio
poi, una volta “agganciati” sarà nostra cura con le “news letter” (in cui riportare, tra gli altri, anche gli abstract di EWD) tenerli agganciati
3. sulla newsletter simil-SIO non ho ricevuto feedback (neanche da Milano credo per lo stesso motivo posto dal Presidente)
4. la mia disponibilità a partecipare gratis (ed anche amor dei) c’è
5. naturalmente il Corso proposto da Giancarlo dovrebbe essere programmato una volta finita la sequenza CAF-DAO

Donini

Sono anch'io dell'avviso che il Libro Bianco fornisca un enorme quantità di spunti/punti e che un'analisi puntuale non sia opportuna
La dimensione del Libro e l'entità dei contenuti è anch'esso un indicatore della vitalità della Società e soprattutto del suo Presidente
In merito ai 10 indicatori proposti vorrei però fare qualche puntualizzazione:
- non hanno lo stesso valore: "comunicazioni e-mail" e "eventi formativi" non possono essere messi sullo stesso piano
- molti dei punti attengono, direttamente o indirettamente, alla comunicazione intra-società (punto 2, 7, 9) che in parte risente anche della mole inverosimile di mail che ognuno di noi riceve. Spero a breve di farvi avere una bozza della Gazzetta (per la quale non ho ricevuto alcun feed-back sostanziale rispetto alle mie ipotesi) che magari aiuterà a fare da collante
- il punto 10 relativo EWD dipende anche dalle difficoltà che la rivista, malgrado il grandissimo impegno di Massimo, purtroppo sta vivendo
- i punti 5 e 8 sono legati tra di loro (e in parte ai punti 2 e 4) e strettamente connessi alla efficienza delle sezioni regionali. Qui c'è effettivamente da fare un ragionamento serio su ruolo-efficacia-efficienza-opportunità delle sezioni.

Giorgio

Condivido quanto evidenziato da alcuni soci nelle e-mail precedenti. In particolare è apprezzabile la volontà e la capacità di sintetizzare, nel

report, il bilancio intermedio del proprio mandato di “governo” della SISDCA.
Utile tener conto che i soci SISDCA hanno radici professionali differenti e per lo più sono iscritti ad altre società scientifiche. Come pure che le sezioni regionali, con i relativi componenti, hanno una “anzianità” differente, magari in fieri, e contesti operativi molto eterogenei e poco agevoli che possono aiutare a comprendere lo scarto rispetto ai risultati attesi dalla implementazione delle varie iniziative e progettualità.
Si conferma la disponibilità a partecipare ad iniziative progettuali di ricerca applicata alle cure, come di alcuni in tabella e/o di altri successivi, ove coinvolti nelle fasi di avvio.
Per il 1° dicembre p.v. vi è disponibilità di massima per la partecipazione attiva, pur tenendo conto che molti di noi, come il sottoscritto, sono inseriti in una organizzazione sanitaria con relativi adempimenti e priorità da assicurare.

Gravina

Riguardo alla tua sintesi ho letto un documento davvero completo e prezioso su cui riflettere, da cui emergono anche aspetti positivi ed incoraggianti (che sono senz’altro anche un riconoscimento del tuo enorme lavoro di stimolo, di proposizione e di guida).
Qualche piccolo commento “a caldo”: per gli indicatori al n° 1 (iscritti) potrebbe essere interessante mettere un sottoindicatore “iscritti under 30 o 35”? per la numerosità dei partecipanti agli eventi formativi siamo sul “mercato”, la formula “locale” mi sembra funzioni meglio e va potenziata con l’attività delle Sezioni Regionali, quindi tocca a noi (a proposito mi ha fatto piacere lo scritto di Nicola, e confido in buone cose per l’incontro di Montecatini), rispetto ai contenuti delle nostre proposte c’è anche da tener conto che gli aspetti clinici sono forse più “attraenti”, ma avremo modo per pensare ulteriormente a questi aspetti per il CAFDAO di Novembre sulla leadership dei gruppi potrebbe essere rivolto un invito specifico ai componenti dei Consigli delle Sezioni Regionali ?
il Libro Bianco oltre che un'accurata analisi dell'attività della Società, è una miniera di spunti su cui riflettere; condivido pienamente le azioni prioritarie indicate sulle quali dovrà essere massimo il ns. impegno. In merito ai 10 indicatori (concordo che non abbiano tutti lo stesso "peso") credo che sia cruciale migliorare quello relativo all'azione delle Sezioni regionali; l'anno non è ancora finito e mancano ancora alcuni importanti appuntamenti (es. Montecatini, Triveneto, Sicilia) che potrebbero darci ulteriori indicazioni; ritengo che le iniziative formative locali siano il miglior driver per il rinnovo annuale e le nuove iscrizioni alla Società; per questo credo anche che siano importanti iniziative relative al management assistenziale dei DA (tema che senz'altro riscuote il maggiore interesse da parte degli operatori); altro aspetto su cui punterei è la valorizzazione e il maggior coinvolgimento dei giovani (a partire dai già previsti "sconti" sull'iscrizione alla società e agli eventi formativi) dando loro spazi attivi e proattivi nelle attività della Società (relazioni, iniziative, ecc.).

Guidi

Jacoangeli

In primo luogo mi rendo disponibile come richiestomi da Nazario per eventuali collaborazioni sul piano culturale con la società. In questi ultimi mesi ho inoltre prodotto una certa mole di lavoro di ricerca attualmente inviato per le pubblicazioni del caso, naturalmente su aspetti somatici della AN e questi miei contributi li segnalerò nella apposita sede web della società appena pubblicati.
Per quanto riguarda la società Laziale ho avuto contatti con molti dei soci e penso di organizzare a fine novembre il congresso (organizzato in modo minimalista) sugli aspetti soggettivi della cura dei DCA. Il motivo di questa scelta che purtroppo non ho potuto condividere per ora con Armando Cotugno per piccole difficoltà di comunicazioni è legato come ben potete intuire alla mia culturale avversione alla “risposta standard e massificata” in ambito clinico. Cioè ad un atteggiamento troppo dichiaratamente protocollare.
Credo che tutto il movimento clinico si stia rendendo conto di questo e che la necessità di nutrire, curare 7 miliardi di persone sulla terra abbia costretto anche i medici a storture probabilmente eccessive.
In tale occasione passerò la mano al presidente eletto Armando Cotugno e si procederà alla elezione del prossimo presidente eletto oltre che di tutto in consiglio direttivo secondo le nuove norme. La data di questo convegno la stabiliremo, anche con Armando che ora è nuovamente raggiungibile via e-mail, ai primi di settembre.
I casi clinici sono stati finora un modo molto utile di rianimare la discussione nell’ambito della società laziale, di far emergere posizioni e differenze e di creare nuova coesione. Fare cultura è il passo successivo ed è quello al quale mi dedicherò esclusivamente nei prossimi anni, fuori da incarichi societari formali che mal si addicono al mio modo di stare al mondo e di fare il medico

Lanzarone

Riassunto attività SISDCA Regione Sicilia anno 2010-2011
1 11 Aprile 2011 "Convegno "Obesi si diventa"
2 Partecipazione con contributi scientifici al Convegno Nazionale di Novembre 2011 DIABO a Bologna
3 Sensibilizzazione e screening in diverse scuole della provincia di Palermo
4 Nuove iscrizioni soci alla società
5 Costruzione di una rete dei servizi che si occupano di Dca in Sicilia
6 9 giugno 2012 convegno "L'interdisciplinarietà nella clinica dei DAO"

7 Partecipazione ai CAFDAO e alle iniziative di formazione della Società Nazionale (Bologna,Navacchio)
8 Partecipazione al manuale della SISDCA (referente U. Nizzoli)
9 Contributo alla ricerca con lavoro scientifico mandato alla rivista della società EDW in attesa di "referaggio" (Cuzzocrea, Lanzarone)
10 Promozione della SISDCA presso l'Istituto Centro Studi Relazionale Mediterraneo(CSRM) di Palermo Scuola di specializzazione in Psicoterapia Sistemica e Relazionale, sede satellite del Centro studi di Terapia familiare e Relazionale di Roma (Prof.Luigi Cancrini)
12 Promozione della SISDCA presso l'Istituto Tolman di Palermo, Scuola di specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale
13 Costituzione di un Master sui DCA in collaborazione con l'Università degli studi di Messina (referente Cuzzocrea)

Loviselli

Era quanto vi stavo proponendo vista la crisi occupazionale ed economica in atto che mi reso difficile il reperimento delle quota associativa per la costituzione di una Sezione della SISDCA in Sardegna, come prospettato nei nostri precedenti contatti.
Ottimo puntuale update e sopratutto utile, su cui non mi permetto di voglio fare commenti specifici essendo un new entry!.
Piuttosto ho da suggerire uno snellimento del sistema di informazione capillare che potrebbe incrementare il numero degli iscritti, specie under 30: perchè non approntare una serie di mini congressi locali (uno per regione richiedente) di un giorno, anche di una mattina, chiamandoli seminari,incontri, giornate o altro (anche nell'ambito delle scuola di specializzazione o dei seminari dipartimentali), dove uno o al massimo due componenti del direttivo fanno l'ossatura dell'evento e gli ospiti locali sono di supporto? Questo sistema sarebbe una cassa di risonanza locale che porterebbe molti potenziali iscritti a fronte di una spesa minima di viaggio e alloggio (giusto i 500 euro di cui la società mi ha dato già disponibilità all'uopo) promuovendo autorevolmente gli scopi societari in un unico momento per molti auditori.

Luxardi

Collabora progetto Under 30

Manzato

Ottima la proposta formativa: d'accordo su tutto!
Sarebbe la continuazione naturale della proposta formativa 1° CAFDAO del 2012 e potremmo provare a replicarla anche in sedi che raccolgano iscritti e giovani nel Centro Italia e nel Sud. Ha bisogno a mio avviso di una intensa preparazione che preveda sintonia nei contenuti e negli obiettivi di tutto il corpo docente e una attenta e preventiva valutazione del livello di preparazione degli iscritti
Tieni presente che verso febbraio sto costruendo la giornata seminariale riassuntiva dell'esperienza 1cafdao 2012 che potrebbe anche diventare la base di rilancio per la tua proposta.
Nel mio centro ho un paio di persone che si sono iscritte recentemente alla SISDCA e che sono molto disponibili e brave e possono essere importanti per l'organizzazione pratica (io le ho coinvolte e le sto coinvolgendo nel 1° CAFDAO: stanno raccogliendo "la memoria " di tutti gli incontri)
Mi sembra comunque un ottimo bilancio, è chiaro che bisogna continuare!
Per parte mia:
- sai che sto lavorando attivamente sia con le colleghe dell'Emilia-Romagna sia partecipando ad altre iniziative SISDCA (test Cuzzolaro, Di Pietro ecc)
- confermo la mia presenza attiva a dicembre
- ho nel mio gruppo di lavoro persone giovani iscritte SISDCA con tanta voglia di lavorare: bisogna coordinare queste realtà che penso siano presenti in molte aree e possono costituire una grande risorsa per la società
Credo ci sia bisogno comunque di tempo e costanza per radicare la società in tutte le regioni.
La scarsità di iscrizioni ad alcuni CAFDAO credo sia un indicatore sul quale fare un'attenta riflessione….

Manzi

E' molto preciso il tuo esame di stato della SISDCA. Ma è vero che in questo anno abbiamo fatto tante cose. Sarò presente 1 dicembre a Bologna

Melchionda

Maill a 312 Soci e a 300 simpatizzanti
Nell'augurarti Buone Vacanze vorrei informarti su una nuova iniziativa della SISDCA. Si tratta di configurare una nuova categoria di Socio, il Socio Junior (under 30) interessato ai Disturbi Alimentari Obesità, che potrà usufruire di particolari e interessanti agevolazioni e servizi.
Potrai rispondere a questo invito inoltrando questa mail a chi ritieni interessato o meglio ancora fornendo al Sottoscritto l'indirizzo di posta elettronica con la certezza che sarà rispettata la privacy e il corretto uso quale Presidente della SISDCA.
Potremo dare le informazioni specifiche se ci segnalerai tuoi collaboratori, amici o conoscenti interessati.
In allegato la Dichiarazione di Mission del Presidente della SISDCA

Milano

Carissimo Lorenzo, credo che sia assolutamente necessario non solo mantenere buoni rapporti ma collaborare in maniera fattiva con le altre società

scientifiche che si occupano di problematiche della nutrizione. In questa maniera si può fare fronte comune, sia nell'ambito formativo (oggi molto costoso e complesso) che nei confronti delle istituzioni, che in questo momento di grande crisi hanno bisogno di essere stimolate in maniera più energica. Mi sembra, perciò, un'ottima idea accettare di collaborare con la SIO, sia per una news letter comune ma anche in una prospettiva a lungo termine. In questa maniera possiamo offrire ai vari operatori del settore una maggior "apeel" ed avvicinarli alle nostre società scientifiche; come ho già annunciato al Presidente, il 3 dicembre p.v. come sezione campana della SISDCA, terremo, in collaborazione con il FADOI (Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti, Società Scientifica di Medicina Interna) e il Fate Bene Fratelli di Napoli (forse anche con l'AME, Associazione Medici Endocrinologi) a Napoli un corso ECM sui DCA; questo è solo un esempio di una naturale collaborazione scientifica con altre società affini ma anche una maniera per condividere le spese e per allargare la possibile platea di discenti e di possibili nuovi iscritti;

Milano

L'analisi sulla "salute" della società, da te presentata, è decisamente chiara, sia nelle molte luci, sia nelle ombre che per capacità ed impegno di molti sono abbastanza ridotte; personalmente sono ottimista sui risultati ottenuti e sulle aspettative a breve e medio tempo perchè stiamo crescendo ed abbiamo una buona visibilità e credibilità tra gli operatori delle neuro-scienze e delle nutrizione. Inoltre non possiamo dimenticare il difficile contesto sociale ed economico in cui vive al momento il nostro paese (come esempio di queste difficoltà ai cinque psicologi che lavoravano al mio servizio non è stato rinnovato il contratto e stiamo in tutti i modi cercando di recuperare qualche fondo regionale per fargli avere almeno un contratto a termine). Naturalmente, come socio e come presidente della sezione campana non posso che confermarti il mio apprezzamento per il tuo lavoro ed il mio impegno per far crescere la nostra società.

Nizzoli

mi pare evidente l'enorme lavoro svolto: non c'è che da essere contenti di avere un presidente che profonde tanto entusiasmo.
Tra gli Indicatori ci va (altrimenti non si valorizza ciò che si è fatto a Navacchio e si svuota di senso la prossima sessione programmatica):
N° progetti effettivamente svolti/N° progetti approvati nel Piano annuale attuativo = 90% (Standard Atteso)
Sempre sugli Indicatori: sono troppi. Bisogna individuare i 5-6 prioritari, altrimenti non si gestisce.
Relativamente all'ultimo punto farei invece revisioni non marginali: essendo noi una Società Scientifica non credo ci si possa basare su Principi Universali che peraltro non credo esistano. La riformulerei come in allegato.
E' uno sforzo formidabile. Meriterebbe di essere indicato ad esempio di trasparenza. La vastità ne complica la lettura, nel senso che non identifica le parti essenziali: quelle affermative in cui in sintesi si vede cosa la Società fa. Tra i propositi citerei la newsletter: La Gazzetta della SISDCA

Nizzoli

Il Libro Bianco si presenta come un Vademecum indispensabile per chi è davvero legato a SISDCA. E' enorme la quantità di spunti/punti. Il rischio è un commento puntuto e parziale. Non vorrei mettermi in questa linea per evitarmi di fare la parte di quel tale che quando il dito segna la luna guarda il dito. Mantenendomi quindi sul globale il mio giudizio è ottimo.
A me pare che si comprenda bene l'enorme impulso passione messi dal Presidente. Dovremmo esserne contenti o … spaventati da una caterva tale di impegni.
Infatti il punto più dolente emerge dal differenziale "pazzesco" fra le attese e lo stato delle cose: per misurare l'andamento e lo stato di salute del nostro soggetto, la SISDCA, vi è uno strumento, il set di indicatori. Ebbene la nostra attuale base storica, la baseline reale da cui partiamo, è composta da solo 2 "ottimo" su 11 indicatori, mentre ben 8 sono "molto scarso" ed 1 "da valutare".
Fosse l'assessment psicopatologico di un paziente ne trarremmo un quadro molto grave; fosse una tabella di marker di un'analisi bio-chimica faremmo una prognosi pesante.
Questo è il punto su cui occorre essere onesti, molto onesti. Infatti, stando così le cose, o si abbassa l'asticella, cioè si riducono in modo significativo le attese, o si aumenta la forza di direzione, cioè ci si mette più tempo, impegno e costanza.
Non credo che si possa chiedere al presidente molto più di così. Quindi o gli si dice di darsi una calmata o gli si dà una mano, ma vera, fatta di continuità: altrimenti non se ne esce.

Prosperi

Mi sembra che hai fatto un'ottima sintesi dello stato della SISDCA. Sicuramente c'è molto da lavorare ed io sono pronto a fare la mia parte. Durante le vacanze penserò a come sviluppare nuovi corsi di ET anche in sedi diverse da quella romana. Pensi che un sito della sede SISDCA romana potrebbe essere utile?

Prosperi

Il Libro Bianco è sicuramente un'accurata analisi dell'attività della Società. In merito ai 10 indicatori partirei dalle cose positive: l'aumento negli ultimi anni degli iscritti, gli eventi formativi ed il fatto che la maggior parte dei progetti presentati sono stati realizzati. Fa bene però, il nostro Presidente, a far notare i punti deboli su cui dover lavorare. Un maggior coinvolgimento sul web ed un aumento dei soci paganti, potrebbe avvenire grazie alla newsletter e a dei corsi a basso costo indirizzati a giovani professionisti.
Concordo con Donini sul fatto che non tutti gli indicatori possono essere messi sullo stesso piano.
Per quanto riguarda le Sezioni Regionali, credo che debbano rappresentare il passepartout per arrivare a nuovi soci. Certo bisognerebbe valutare le risorse umane necessarie per organizzare eventi in grado di attirare le persone.

Senatore

grazie per l'accurata analisi dello stato dell'arte della Società. Credo che tocchi ad ognuno di noi riflettere sul come migliorare lo stato delle cose. Personalmente garantisco il mio impegno per far crescere la Società.

Spera

In assenza di commenti, credo che alcuni miei interventi siano andati persi. Se comunque vi è giunto il mio feedback a Nazario i concetti espressi più o meno collimano: proponevo, in sintesi, di utilizzare il progettato corso di Di Pietro come base per costruire un vero e proprio Master di 2° livello che la SISDCA può far proprio e mettere sul mercato della formazione. Naturalmente i soci godrebbero di condizioni favorevolissime. Si tratta di valutare la sede accademica, tempi, modi e luogo, magari presso una struttura istituzionalmente e partecipazione attiva a vantaggio di ospitanti ed ospitati. Confermo la mia disponibilità disinteressata e la mia partecipazione agli eventi in calendario. Ho letto (tutta!) l'ultima versione del libro bianco ed i relativi commenti sinora giunti.

Ho esaurito gli aggettivi in grado di ben definire il lavoro di Nazario e mi limito ad avallarlo globalmente con entusiasmo. Confermo la correttezza della mia posizione nella sezione 4. Nei limiti delle mie possibilità farò la mia parte sia per definizione, inquadramento e sviluppo delle fondamentali società regionali che nel nuovo stimolante progetto della Gazzetta.

Tarrini

Confermo la mia disponibilità per la ricerca bibliografica (parole chiave segnalate) con la spedizione mail degli articoli in pdf avendo l'accesso alle banche dati come ricercatore del Centro EBN del Policlinico S.Orsola (Azienda Ospedaliera di Bologna). Questa disponibilità è limitata al progetto SISDCA-ANSISA con le specifiche regole che mi saranno date dal CDNR.

Todisco

Riguardo al rinnovo del CD triveneto, nell'ultima riunione svoltasi a Verona il 29/05/12 con i consiglieri presenti abbiamo deliberato, evidentemente sulla base di un errore di valutazione, di rinnovare il CD durante un convegno della sezione Triveneto che si sarebbe svolto a Villa Margherita (Arcugnano, VI) nel marzo 2013.
La valutazione è stata fatta sulla base dello statuto societario che stabilisce che i CD delle sezioni regionali restano in carica come quelli nazionali 3 anni ed essendo stato eletto questo CD a ottobre 2010 ci sembrava di essere nei termini se l'avessimo rinnovato nel marzo 2013.
Considerato questo errore, dovremo attivarci per rinnovarlo durante una delle giornate di aggiornamento dedicate alla discussione dei casi clinici che il CD ha stabilito di organizzare secondo quanto precedentemente deliberato e assunto come impegno durante l'incontro svoltosi a Navacchio nel gennaio u.s.
Il calendario delle giornate di aggiornamento che avevamo stabilito era il seguente:
- 28 settembre 2012 a Bassano del Grappa – responsabili Piergiorgio Miottello e Gianluigi Luxardi
- 30 Novembre 2012 a Trento – responsabile Aldo Genovese
- 25 gennaio 2013 a Verona – responsabile Roberta Siani
- 22 e 23 marzo 2013 ad Arcugnano (VI) presso Villa Margherita – Convegno sezione Triveneto della SISDCA + giornata studio.

Alla luce di quanto richiestoci il rinnovo del CD potrebbe avvenire durante l'Assemblea dei soci della SISDCA triveneto che potrebbe essere convocata per il 30 novembre 2012. Il convegno della sezione potrebbe quindi essere stabilito in altra data e altra sede rispetto a quelle stabilite in precedenza.
Il CD sarebbe pertanto rinnovato in tempo per la riunione del CNSR dell'1/12/12 a cui parteciperà Miottello in qualità di presidente in carica e la sottoscritta se parte del Comitato Scientifico.
Dopo una breve consultazione con i consiglieri ancora raggiungibili in questo periodo di vacanza le scrivo per:
1. Invitarla ufficialmente a un incontro con il consiglio direttivo della sezione Inter-regionale Triveneto della SISDCA, secondo quanto da lei richiesto tempo fa, in occasione del primo incontro di aggiornamento con discussione di casi clinici che la sezione organizzerà a Bassano del Grappa il 28/09/12.
2. Comunicarle che l'assemblea dei soci della Sezione Triveneto verrà indetta e svolta il 30 novembre a Verona, presso l'ospedale di Borgo Roma.
3. Recepire il suo invito a non sovrapporre eventi diversi e quindi impegnarmi a trovare con il CD altra data per il terzo incontro di aggiornamento precedentemente previsto per il 25 gennaio 2013.

I luoghi e gli orari precisi le verranno comunicati non appena i colleghi che organizzeranno localmente gli incontri me li comunicheranno.
Nel frattempo chiederò ai RAR triveneto di iniziare a comunicare ai soci sia le prime due date degli incontri di aggiornamento (28 settembre Bassano del Grappa e 30 novembre Verona) e la convocazione dell'assemblea dei soci triveneto per il rinnovo del CD per il 30 novembre a Verona.
Da domani sera purtroppo credo avrò difficoltà ad essere contattata, pertanto le chiedo di poter verificare quanto sopra entro questa sera.

(xix) Attività Formativa SISDCA 2010-2011

1. Atelier ANDID-SISDCA: Obesità Omeostatica e Obesità BED, Educazione Terapeutica, Psico-educazione, Ristrutturazione Cognitiva, Produzione di Modelli Psico-educativi Manualizzati

Direzione Giovanna Cecchetto Nazario Melchionda
24-25 Settembre 2010 Polo Tecnologico di Navacchio (Pisa)

1. Descrizione
Laboratorio di Alto Livello Formativo

- E' da tutti riconosciuto che il riduzionismo nel Management dell'Obesità predispone alle ricadute e non rappresenta una soluzione per le comunità e per la clinica
- Occorre formazione per attivare Modelli più appropriati che possano soddisfare la salute dell'individuo e quella sociale
- L'Atelier riguarda l'Educazione Terapeutica, la Psico-Educazione e la Ristrutturazione Cognitiva propria del Modello Cognitivo-Comportamentale, dirette al Management dell'Obesità Omeostatica (percepita come tale) e alle forme associate a Binge Eating Disorder dove la perdita di controllo non lascia dubbi sulla eziopatogenesi

L'Atelier si propone

- Familiarizzare con le indicazioni che provengono da Modelli EB pubblicati
- Allenare i Partecipanti al Team-Approach interdisciplinare e multi-professionale integrato
- Discutere e adattare alla realtà nazionale i Modelli esistenti
- Porre le basi per la Produzione di nuovi Modelli

Metodologia Formativa
L'Atelier si sviluppa su 2 Moduli:

- Modulo 1°: Obesità Omeostatica
- Modulo 2°: Obesità BED
- Per ogni Modulo sarà presentata una Lezione Frontale da parte di Esperti Eccellenti
- Seguirà un Lavoro di 120' per svolgere i compiti assegnati a 5 Piccoli Gruppi di 12 Allievi Partecipanti per il Modulo 1° e 2°
- Ogni piccolo gruppo avrà un Tutor facilitatore e un Leader portavoce con formazione dedicata
- I Tutor avranno 10' di tempo per presentare una breve relazione tecnico-informativa sul tema assegnato
- I Leader portavoce faranno una Presentazione Plenaria di 15' relativa ai risultati del lavoro svolto dai piccoli gruppi
- Un Sintetizzatore per Modulo avrà il compito di fare una sintesi conclusiva sottolineando e puntualizzando gli elementi portanti

Materiale didattico e modalità di comunicazione interattiva

- Su l'Intranet innovativa "PLAY" del Cineca (Portale di Lavoro associativo a distanza e interattivo) a cura di Giacanelli F e Melchionda N all'indirizzo https://playdca.cineca.it
- Ogni Docente e ogni Allievo Partecipante hanno assegnata una **password**

Target

- Dietisti, Internisti, Psicologi, Psichiatri

2. Programma Formativo Modulo 1°
Soprappeso e Obesità Omeostatica (OBOM), Presentazione dell'Atelier
Gravina G, Guerri A, Pennacchi L
Introduzione
Relatore: Cecchetto G, Presidente ANDID
Il Razionale del Modello Formativo di un Team Multi-disciplinare per il Management dell'Obesità
Lezione Frontale, Modera Santini F
Relatore: Bosello O
Che cosa deve dire, che cosa deve sapere e che cosa deve fare l'Internista, il Dietista, lo Psicologo e lo Psichiatra per produrre un Modello di intervento quando l'Obesità è Omeostatica?
Lavoro dei 5 Piccoli Gruppi

- Coordinano Leader-Tutor: Tarrini G, Zanella A
- Animatore di formazione: Bertacchi F

Relazioni introduttive

1. Pennacchi L, Schumann R: Il Controllo degli Stimoli. Ovvero come difendersi dalle tentazioni e dalle sollecitazioni del contesto ambientale
2. Prosperi E, Stella S: Il Controllo dell'Azione dell'Eating, Modificazione delle Conseguenze e le Ricompense. Ovvero non togliere l'osso dalle fauci del tuo cane o evita che ne senta l'odore
3. Gagliardini C, Lippi C: L'Automonitoraggio. Ovvero come e quando farlo e a che cosa serve

4. Caputo G, Declich S: L'Educazione Nutrizionale. Ovvero che cosa, a chi è diretta, chi la deve fare e come deve essere strutturata: dal manifesto al "manualetto" o al DVD
5. Jacoangeli F, Latina C: Il Conteggio dei Lipidi. Ovvero impara a riconoscerli quando sono nascosti, come risparmiarne l'uso e come cucinare con piccole quantità

Risultati del Lavoro dei Piccoli Gruppi
Presentazione Plenaria dei 5 Leader - Modera Benzi L
Sintesi del Modulo 1° (OBOM)- Sintetizzatore: Bedogni G
Evoluzione retrospettiva e prospettiva del peso corporeo. Un Modello di Intervista Motivazionale alla Miller e Rollnick

3. Programma Formativo Modulo 2°
Obesità BED e Night Eating Syndrome (OBED)
Lezione Frontale- Modera Mauri M - Relatore: Cuzzolaro M
Che cosa deve dire, che cosa deve sapere e che cosa deve fare l'Internista, il Dietista, lo Psicologo e lo Psichiatra per produrre un Modello di intervento quando l'Obesità è associata a Binge Eating Disorder e/o a Comorbidità Psicologico-Psichiatrica?
Lavoro dei 5 Piccoli Gruppi
- Coordinamento dei Leader-Tutor: Tarrini G, Zanella A
- Animatore di formazione: Bertacchi F

Relazioni introduttive
6. Migliorini S, Zanella A: I Pensieri Negativi che minano la motivazione. Ovvero l'ascolto, averne una banca, le loro controargomentazioni e le loro soluzioni alternative
7. Donini L, Fadda M: Implementare l'Attività Fisica e ridurre la sedentarietà. Ovvero tutti sanno che fa bene ma nessuno la fa
8. Salucci M, Todisco P: Modelli Evoluti: Strategie Relazionali. Ovvero impara a rapportarti con l'ambiente che ti circonda
9. Gravina G, Tarrini G: Modelli Evoluti: Strategie di Attitudine. Ovvero impara a fare e a sapere di saper fare e a saper essere
10. Degli Esposti L, Manzato E: Immagine corporea. Ovvero come fai a piacere agli altri se non piaci a te stesso?

Risultati del Lavoro dei Piccoli Gruppi
Presentazione Plenaria dei 5 Leader - Modera Rossi C
Sintetizzatore: Nizzoli U
Remark Finale - Modera Cecchetto G
Relatore: Melchionda N, Presidente SISDCA
Conclusioni dell'Atelier: elementi portanti, lacune, storia dei manuali dal 1957 e presentazione del modello di riferimento: il DPP Participant Notebook "Core Curriculum" del Diabetes Prevention Program (NIDDKD-NIH)
http://www.bsc.gwu.edu/dpp/lifestyle/dpp_part.html
"Spin off" per un Fuori Programma Progettuale
Gli Allievi Partecipanti iscritti riceveranno un username e una password in anteprima per entrare in PLAY all'indirizzo <https://playdca.cineca.it> per:
- Scaricare file di **materiale didattico** e formativo
- Partecipare a un **Forum** su argomenti propedeutici

4. Alcuni Commenti dei Docenti

Bedogni Giorgio

Come da richiesta del Prof. Melchionda allego la mia sintesi relativa alla prima giornata dell'Atelier ANDID/SISDCA. Per fare ciò utilizzo i miei appunti e non pretendo di ricostruire un discorso largamente impromptu.
2. Ho fatto presenti i potenziali limiti metodologici del sintetizzare una sintesi e ho offerto di commentare il lavoro dei gruppi nell'ambito dell'evidenza disponibile relativamente all'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale (CBT) tenendo in considerazione le numerose "aree grigie" di questa ricerca.
3. Relativamente al lavoro del primo gruppo (controllo degli stimoli), ho commentato che l'approccio sistematico della "catena" trova un corrispettivo in diversi contesti ingegneristici ma che ovviamente la sfida è maggiore per il paziente il cui comportamento è soggetto a fattori ben diversi rispetto a quelli di una macchina. Ho molto apprezzato l'invito ad estendere l'esempio dalle parole ai fatti, con quella che ho voluto definire "didattica sul campo", ad esempio accompagnando il paziente a fare la spesa. Anche se quest'approccio difficilmente potrà essere applicato su larga scala, ho suggerito lo studio scientifico della sua efficacia rispetto ai metodi tradizionali.
4. Il secondo gruppo ha lavorato sul controllo dell'eating utilizzando la tecnica del metaplan. Durante il lavoro di gruppo sono lentamente emerse le tre dimensioni di quest'azione: cognitiva, comportamentale ed emotiva. Come prova sul campo dei principi dell'educazione terapeutica, il gruppo ha testato di prima mano la difficoltà di eseguire un compito in apparenza banale come sbucciare un'arancia senza intaccare la polpa. Inoltre, ha verificato sempre di prima mano gli effetti della "degustazione" della cioccolata rispetto alla sua ingestione "asensoriale".
5. Il terzo gruppo ha prodotto "linee guida" per la costruzione di schede di registrazione delle abitudini alimentari. E' emerso immediatamente il differente

uso del diario alimentare fatto dal dietista e dallo psicologo con la necessità di adattare la scheda di registrazione alle capacità e alla disponibilità del paziente. Il messaggio più importante emerso dal gruppo è che c'è (potenzialmente) un diario per ogni tipo di paziente e che l'uso di uno strumento troppo rigido può far perdere di vista il senso e l'efficacia dell'automonitoraggio. Il diario inoltre va inteso come uno strumento dinamico, allo stesso modo del rapporto col paziente.

6. Il quarto gruppo aveva l'incarico di valutare i contenuti e le strategie dell'educazione nutrizionale. Avevo avuto modo di apprezzare l'approccio di lavoro consultando le diapositive che mi erano state spedite il giorno prima del congresso. Al momento della presentazione del lavoro, però, è emerso che il gruppo aveva discusso di altro. Il portavoce del gruppo ha riportato dubbi relativamente all'utilità del controllo degli stimoli nel trattamento dell'obesità e proposto invece che venga utilizzato un approccio che tenga conto del fatto che si tratta di pazienti "scissi". Ho apprezzato peraltro il riferimento ai pregiudizi che sempre ci seguono e alla difficoltà di abbandonare strumenti "vecchi" per abbracciarne di nuovi. Anche se - come ho detto più volte durante il mio commento - apprezzo il "pensiero laterale", mi è stato difficile separare gli elementi personali da quelli scientifici nell'ambito della polemica che ha fatto seguito all'intervento.

7. Il quinto gruppo aveva il difficile incarico di produrre uno strumento per il "calcolo dei lipidi". Lo score proposto è stato invece uno score di mediterraneità dell'alimentazione. A mio parere, proprio per l'impegno cognitivo richiesto al paziente, l'adozione di un qualsiasi strumento "di conta" dovrebbe essere sostenuta da una dimostrata efficacia nell'ottenimento di un obiettivo di salute (es. calo ponderale) e ho auspicato che prima di essere adottato in larga scala sul paziente qualsiasi strumento di conta venga validato in tal senso. Il portavoce del gruppo ha peraltro espresso dubbi relativamente all'approccio al paziente obeso proposto dall'Atelier. Ribadendo quanto già detto per il gruppo 4, mi è stato difficile separare gli elementi personali da quelli scientifici nell'ambito della polemica che ha fatto seguito all'intervento.

Cuzzolaro Massimo

Ho avuto già modo di esprimere, sia in pubblico che in privato, il mio apprezzamento per l'incontro al polo Tecnologico di Navacchio.
Lo confermo oggi, ripensando al fatto che ha costituito un'occasione preziosa di confronto, con una formula inedita, almeno nella mia esperienza: quella di piccoli gruppi di lavoro che riproducono difficoltà e opportunità del modello multi-professionale.

Declich Silvana

Rientro solo ora a casa e vedo che anche altri hanno continuato ad avere l'Atelier in mente.Per certi aspetti credo che dobbiamo davvero digerirlo, è stato poco il tempo ma sono stati tanti, forse anche troppi, gli accadimenti.
Tutti abbiamo peccato un po' di presunzione, il lavoro a distanza è comodo e affascinante, offre l'opportunità di farlo nei tempi e nei luoghi che ognuno sceglie......ma a mio avviso non può ancora sostituire del tutto il vecchio sistema di incontrarsi, scontrarsi, parlarsi, ecc.
Il confronto diretto , più faticoso sicuramente, offre la possibilità di chiarirsi con maggior definizione, stare "a tavolino" insieme e guardarsi negli occhi è sempre più coinvolgente e responsabilizzante che affidarsi ai mezzi virtuali.
Certo questo evento non si sarebbe concretizzato se non ci fosse stato l'aiuto di play...
Ma ogni esperienza lascia una traccia positiva, e ce ne sono tante nell'aver condiviso con tanti esperti un evento così innovativo.
Poteva andare meglio? forse sì. Ma poteva anche andar peggio, e come dice la collega Adelina che ringrazio per la chiarezza nell'esprimere i suoi commenti che condivido, aspettiamo il feedback degli allievi, magari potremmo trovare le giuste critiche e speriamo anche i giusti apprezzamenti per affrontare meglio un ipotetico nuovo Atelier..

Donini Lorenzo

Anche se la mente non è ancora probabilmente sufficientemente "fredda", credo che l'Atelier abbia rappresentato un'esperienza positiva in "crescendo".
Ad una prima fase di grande perplessità, soprattutto per chi come me ha modelli di riferimento clinici ed operativi diversi, sono seguite una seconda fase in cui le difficoltà sono state affrontate con grande impegno e, mi sembra, in buona parte risolte, ed una terza fase in cui (anche qui in crescendo) sono stati raccolti buoni risultati.
Sicuramente alcune cose vanno aggiustate, sia in termini concettuali che operativi, ma credo che il giudizio globale non possa che essere positivo

Fadda Maurizio

Per quanto mi riguarda è stata una esperienza interessante con luci ed ombre, un esperimento didattico innovativo che secondo me richiedeva più spazio di pensiero per essere progettato e valutato insieme, troppo poco tempo per metabolizzare modalità di didattica nuove

Gagliardini Carla

L'esperienza è stata molto interessante. Sicuramente da perfezionare. Personalmente avrei avuto bisogno di più tempo per il lavoro di gruppo.
Ribadisco che ho lavorato molto bene con Chita Lippi, che ringrazio ancora. Partecipando, come allieva, al gruppo di lavoro sull'immagine corporea ho potuto vivere un'esperienza profonda e molto utile per la professione. (un bravo grande a Manzato e Degli Esposti). Un bravi a tutti per il contributo professionale offerto in una occasione in cui eravamo spinti ad andare oltre le modalità tradizionali di partecipazione ad eventi formativi.

Un dispiacere ! Giovanna Cecchetto non è stata aspettata, come stabilito, per partecipare alla conclusione dei lavori. Il dispiacere sarebbe stato uguale se si fosse trattato di un esponente della SISDCA, per aspetti professionali (rispetto dei ruoli) e umani (rispetto della persona). Concludo sottolineando che l'esperienza complessivamente è stata positiva e utile. Ora sentiamo il parere degli allievi partecipanti

Manzato Emilia

A mio avviso " lo sconcerto" che la nuova modalità formativa proposta ha creato negli allievi e nei docenti è proprio legato alla novità, ma è anche una potente spinta a continuare, mi ha fatto ricordare molto il percorso del gruppo di formazione del nostro centro DCA di Ferrara: i primi anni tutti noi eravamo " a bocca aperta" ad aspettare "la soluzione dei casi più difficili data dall'esperto" ora, dopo 10 anni "il caso clinico" è solo un pretesto per studiare insieme, confrontarci... rilanciare nuove idee...
Forse sarà così anche per l'atelier, ci vuole tenacia e pazienza.
Il mio auspicio sarebbe che ogni allievo e docente portasse avanti nella propria regione questa modalità formativa magari con lavori in piccoli gruppi che richiedono meno sforzo organizzativo. (tu sai che come direttivo regionale SISDCA in Emilia Romagna stiamo organizzando una serie di incontri di lavoro di gruppo per l'anno nuovo, gratuiti e aperti a tutti, con l' auspicio che qualcuno si appassioni e ci aiuti nella SISDCA a continuare questa metodica).
La mia speranza sarebbe che il prossimo atelier fosse costruito "dal basso" come risultato dei lavori formativi locali.... !!!
Scrivo a te con la richiesta di fare" girare" la mia e-mail anche come proposta di lavoro..

Nizzoli Umberto

Già nella sintesi di ieri ho potuto chiarire a mio modo di vedere i pregi, rilevanti ed assolutamente innovativi, ed i difetti dovuti all'eccessiva attesa per un compito tanto "vertiginoso" assegnato sulle spalle di operatori non sempre sufficientemente preparati e non ancora nelle condizioni di risolvere per il poco tempo trascorso assieme le complicate dinamiche contenutistico relazionali insite nella formazione interprofessionale.
A me comunque pare un modello didattico paradigmatico da tenere come punto di riferimento da replicare.
Ringrazio Nazario per l'intuizione della Vision formativa che lo ha spinto a costruire l'evento. Dopo la prima prova credo sarà più agevole dare veste organizzativa ancor più ordinata

Prosperi Enrico

Nonostante la difficoltà di proporre un modello educativo nuovo, credo che sia stata un'esperienza stimolante per tutti. Ho avuto occasione anche di sentire le opinioni di alcuni partecipanti: leggermente perplessi nella prima giornata, decisamente più convinti, di quanto appreso, nella seconda.
Penso che complessivamente l'esito sia stato positivo e da riproporre, magari con piccoli accorgimenti

Schumann Romana

La formula di offrire Workshop auto-esperenziali mi è sembrata vincente e molto apprezzata da parte dei partecipanti.
Raccogliendo alcuni commenti dei partecipanti è venuto fuori:

1. avere un po più di tempo per i Workshop
2. avere la visibilità su PLAY come annunciato
3. apprezzamento sul far emergere le controversie teoriche ed i rispettivi approcci clinici

ancora un grazie a te e a tutti i colleghi per il grande lavoro svolto

Stella Sonia

Ringrazio voi tutti per "l'intensa " esperienza personale e formativa che l'Evento mi ha dato la possibilità di fare. Volevo soltato condividere alcune mie rilevazioni.
La proposta auto-esperenziale nei lavori di gruppo è stata molto stimolante e creativa per i partecipanti.
Nella pratica quotidiana anche per noi formatori lavorare in maniera multi-disciplinare integrata non è ancora così chiaro e di facile applicazione.
Quanto è difficile avere una relazione empatica tra colleghi. Il confronto e a volte un pacifico scontro possono aiutarci a vedere oltre .....
Con l'augurio di avere in futuro ancora molte occasioni per condividere e arricchire il nostro saper fare a vantaggio della nostra professionalità e dei nostri pazienti.

Tarrini Giulietta

Non voglio stare qui a dirvi quanto il Presidente ha lavorato e studiato per questo evento formativo, io che l'ho seguito passo passo, ha studiato per tutta l'estate e spesso anche tutte le notti, come potete aver letto dagli orari delle e-mail, l'obiettivo a mio parere è stato raggiunto, faticoso ma i risultati ci sono stati.
Da verificare anche con le schede dei partecipanti e i nuovi modelli - manuali.
Il lavoro in un team approach interdisciplinare e multi-professionale è servito a noi e a loro anche se da tutti non condiviso ma come dice Il Prof: Caputo il confronto -scontro ci fa crescere .....chissà dove arriveremo!!!!!
Quindi grazie a tutti per questa esperienza, al programma innovativo, al CINECA per Play, grazie ad Andrea, perfette tutte le aule messe a disposizione con

collegamenti a internet e tutti gli strumenti informatici. Sono solo rammaricata per la Giovanna che non è riuscita a vedere tutto questo..

Zanella Adelina

Voglio innanzi tutto ringraziarti per il tempo, fatica, costanza, che hai impiegato in questa impresa,(altro che maratone!) e fare alcune considerazione sull'esperienza.
Da un punto di vista formativo ha costretto noi a prepararci bene e gli allevi, da quello che ho sentito sono stati contenti, anche se alcuni avrebbero preferito scegliere l'argomento di lavoro.
Se ci sarà un 2° Atelier dovremo tenere conto di questo: il modo di far scegliere e di ripartire tra le professioni c'è ed è semplice.
La scelta del polo di Navacchio è un po' scomoda per la logistica... eventi di richiamo nazionale devono essere fatti in città facilmente raggiungibili con i mezzi pubblici, possibilmente senza troppi cambi, che assorbono tempo, forze e pazienza. Questo lo avevo già sottolineato al primo incontro e i miei timori si sono rivelati fondati: se decidiamo di partire con i lavori alle 11, dobbiamo assicurarci che ci siano mezzi che arrivano nella sede per quell'ora, altrimenti tanto vale che iniziamo al mattino presto e si arriva il giorno prima. (sono partita da casa alle 5.30 del mattino e sono arrivata al Polo alle 12.00!).
La collaborazione con ANDID è stata a mio parere buona da un punto di vista formativo, e anche partecipativo, la maggioranza degli iscritti erano dietisti che hanno contribuito alla riuscita (anche economica) dell'evento. Ha zoppicato nella rappresentanza ufficiale.
Nelle relazioni plenarie, ho apprezzato molto il tatto e vero spirito collaborativi di alcuni docenti che hanno saputo parlare del lavoro del gruppo e mi sono infastidita di altri che troppo spesso hanno pronunciato il pronome "IO"... svilendo il senso del lavoro che tu hai impostato in modo innovativo rispetto alla relazione frontale. Bastava leggere il programma....
L'esperienza ha un'altra connotazione positiva, che è quella di contribuire a creare una rete tra operatori/esperti che nessuna norma può eguagliare. A questo proposito, abbiamo rilevato con alcuni relatori, che avere la serata libera di stare a chiaccherare, avrebbe contribuito a questo aspetto. Lo so probabilmente mi potresti obiettare che il filmato dopo cena ha aumentato i crediti ECM, ma ti posso assicurare che i crediti che vengono assegnati sono frutto anche di altri aspetti, non lontani dalla "clientela" e/o amicizie eccellenti.
per quanto mi riguarda è stata una esperienza interessante con luci ed ombre, un esperimento didattico innovativo che secondo me richiedeva più spazio di pensiero per essere progettato e valutato insieme, troppo poco tempo per metabolizzare modalità di didattica nuove

2. ProFF-DAO: Programma Modulare per la Formazione di Formatori

2.1. Modulo 1 Montanari: Bologna 22.1.2011

Razionale-Costrutto-Premesse: A cura di Nazario Melchionda, Umberto Nizzoli, Ottavio Bosello
Sintesi……

E' da tutti riconosciuto che il riduzionismo nel Management dei DCA Obesità compresa predispone alle ricadute e non rappresenta una soluzione per le comunità e per la clinica.

Esiste inconfutabile evidenza che il controllo dei DCA richiede un ampio spettro di interventi indipendenti, ma coordinati a differenti livelli, partendo dalla prevenzione, attraverso il mantenimento del peso e la cura delle complicanze mediche.

Di particolare interesse è l'Obesità in età pediatrica, sia per l'impatto a lungo termine delle sue complicanze sia per la possibilità di una più facile prevenzione. Questa rappresenta uno delle più rilevanti priorità della medicina clinica e della salute pubblica e ovvero di percorsi correlati alla collettività.

Occorre Formazione per evitare la cronicità a livelli di peso sempre più alti o sempre più bassi per le frequenti ricadute o l'inesorabile perdita della vita o di funzioni vitali.

E' necessario quindi organizzare laboratori di Alto Livello Formativo, che si possono chiamare Atelier.

L'obiettivo di base è l'Educazione Terapeutica per i Pazienti e l'Addestramento dei Professionisti al Team-Approach inter-disciplinare e multi-professionale integrato.

I prerequisiti per la Formazione sono le risorse e la condivisione all'unisono di tutta la Comunità Scientifica e Sanitaria. Come fare per ……?

Si è formato un contenitore di……

E' stato spedito un documento che descrive un Programma Modulare ProFF-DAO alla fine di Dicembre a tutti i Referenti delle Società Scientifiche e Professionali interessate (vedi allegato). A metà Gennaio il consuntivo delle adesioni al Progetto-Programma ProFF-DAO permette di concludere che l'obiettivo della prima fase del Modulo 1 del ProFF-DAO è stato totalmente raggiunto, vale a dire che "ci siamo tutti" come dalle due tabelline dell'Impianto che delineano il "contenitore" come si è andato formando rapidissimamente in solo 20 giorni.

Considerando che l'invito è stato mandato a circa 200 "addetti ai lavori", membri autorevoli di tutte le Società Scientifiche affini, il risultato dei responder è discreto e con possibilità costruttive di grande interesse.

Impianto del ProFF-DAO: Disturbi Alimentari Obesità Compresa

SOCIETA'	AMBITO	PRESIDENTE PRESENTE	PRESIDENTE RAPPRESENTATO	IN ATTESA DI CD
ADI	Dietetica e Nutrizione clinica		*	
AMD	Medici Diabetologi		*	
ANDID	Dietiste	*		
ANSISA	Specialisti Scienza Alimentazione	*		
CL DIET	Corso di Laurea Dietistica	*		
DOC 1° ATEL	Formatori del 1° Atelier ANDID-SISDCA	*		
ECOG	European Childhood Obesity Group	*		
SID	Diabetologia		*	
SIE	Endocrinologia		*	
SIEDP	Endocrinologia-Diabetologia Pediatrica		*	
SINU	Nutrizione Umana		*	
SIO	Obesità	*		
SIP	SISDCA come Sezione Speciale della SIP		*	
SIPMED	Psicologia Medica	*		
SIPSA	Psicologia Salute			*
SISDCA	DCA-Obesità	*		

PROFESSIONISTI PARTECIPANTI	N°	PEDIATRI	3
LAUREATI IN DIETISTICA	14	PSICHIATRI	13
ENDOCRINOLOGI	5	PSICOLOGI	17
INTERNISTI	8	SPECIALISTI IN SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE	11
MODULI 1° e 2°		**MODULI 1° e 2°**	
1°	58	2°	58
1° + 2°	72	1° e 2°	45

Vedremo come il Formatore Professionista, Giampietro Montanari, ci aiuterà a migliorare questo contenitore di conoscenze, obiettivi, interessi culturali e di conflitti disciplinari e professionali interni, embricati e transazionali: metabolici, nutrizionali, comportamentali, psicologici e psichiatrici.

Ne consegue che………

L'Educazione Terapeutica, che ha, nella specie, come obiettivo la normalizzazione del comportamento alimentare, rappresenta lo zoccolo duro che ci coinvolge tutti quanti sulla base di una comunicazione assertiva, logica, deontologica, etica, intelligente e densa di soddisfazione.

Nella chiarezza delle affermazioni precedenti abbiamo la certezza di non saper come fare l'Educazione Terapeutica nel processo attuativo e non abbiamo le risorse necessarie per la Formazione nel processo di apprendimento. Tuttavia, considerando che i contenuti dell'Educazione hanno una elevata comunalità sia per i soggetti in sottopeso che in soprappeso (Anoressia-Obesità), dobbiamo cogliere l'opportunità di metterci insieme per avere una maggiore "forza contrattuale" nei riguardi degli Amministratori.

Una spiegazione di questa criticità sta nel fatto che o non ci siamo mossi in tempo o lo abbiamo fatto da soli, isolati e separati, e nella lotta contro gli ostacoli (vedi carenza delle risorse, scarse competenze degli amministratori, ecc.) è accaduto come agli Orazi e Curiazi, vale a dire che presi uno alla volta siamo perdenti.

L'Educazione come strumento di Prevenzione……

Con il termine *prevenzione* si designano tutti quegli interventi e quelle iniziative che abbiano luogo prima che la condizione clinica si sia instaurata.

Gli obiettivi della prevenzione sono:

1. Impedire lo sviluppo di Disturbi dell'Alimentazione in soggetti di peso normale
2. Impedire la progressione verso la manifestazione clinica nei soggetti che sono già in restrizione calorica o in Sovrappeso
3. Impedire eventuali ricadute in soggetti che hanno acquisito una buona capacità di controllo dell'alimentazione e del peso corporeo
4. Impedire la comparsa di complicanze e/o l'ulteriore aggravamento di qualunque condizione medica esistente.

Tali obiettivi possono essere raggiungibili attraverso l'Educazione Terapeutica, in particolare l'Educazione Alimentare, la promozione dell'attività fisica e l'attuazione di interventi di politica sociale ed economica sui fattori ambientali più importanti per il controllo del peso corporeo. Indispensabile applicare in modo coordinato diverse strategie, come programmi strutturati per l'intera comunità, per la scuola, per la famiglia e finalizzati alla modificazione dell'ambiente e dello stile di vita.

L'Educazione Genitoriale……

E' lo strumento fondamentale per l'intervento di prevenzione in età pediatrica prima che il peso del bambino superi quello che dovrà essere il suo peso desiderabile nell'età adulta. E' evidente che tale intervento ha bisogno di una particolare promozione mediante l'uso strategico di conoscenze e di risorse per modificare comportamenti familiari con uno sforzo decisionale politico e professionale.

La situazione……

Attualmente ci muoviamo in una Torre di Babele che non ci premette più di essere credibili agli occhi degli Amministratori e tanto meno di rispondere alla centralità dell'Utenza a cui bisogna garantire una "policy" dignitosa e coerente. Sta di fatto che nella torre operano almeno 16 "contenitori" o Società Scientifiche e Professionali che non comunicano tra di loro, non possono uscirne e spendono enormi risorse **senza raggiungere risultati ambiti e significativi.**

Obiettivi comuni……

Quindi si può concludere che l'Educazione Terapeutica e la Formazione, necessaria per conseguirne i canoni relativi ai contenuti e all'assetto multi-disciplinare, sono obiettivi comuni che ci uniscono con un solo linguaggio comunicativo che ci permette di capire e di capirci per operare in una progettualità "di fatto" e soprattutto euristica. Le chiavi in mano non le abbiamo per poter "prescrivere" comportamenti utili per la salute e per moderare quelli dannosi.

Dove stanno i Disturbi Alimentari……

Il campo dei Disturbi dell'Alimentazione Obesità compresa, è finora appannaggio di una consistente serie di Società Scientifiche che, fatto salvo i rapporti di conoscenza individuali e le doppie o triple appartenenze, operano ciascuna in modo disgiunto. Ognuna di esse è portatrice di importanti esperienze e culture ma nessuna può ambire a rappresentare il "tutto" della materia.

Pare evidente che questo stato delle cose penalizza grandemente non solo l'approfondimento del dibattito scientifico rimanendo molte ricerche, esperienze e riflessioni confinate nei "luoghi" stretti della Società di appartenenza. Ciò riduce le potenzialità qualitative delle ricerche e delle esperienze citate con danno grave su molti versanti.

Infatti, per chi opera nei servizi, avere fonti discordanti non è fonte di chiarezza negli indirizzi. Ma non lo è neppure per chi si rivolge ai servizi trovando da questa "Babele" fonte di confusione anziché di chiarezza, con pesanti riverberi sulla profondità della "compliance" alle cure. Né lo è per i decisori e le "governance" che mancano di basi di appoggio scientifico sufficientemente autorevoli con cui orientare le proprie scelte.

Cosa fanno gli Amministratori……

Per colmare queste carenze i "policy-maker" si appoggiano sul tale o sull'altro professionista amico che, in assenza di Società Scientifiche davvero rappresentative, finiscono col rappresentare poco più di sé stessi.

Sarebbe conveniente per tutti uscire da questa situazione che si può definire di "crisi di autorevolezza" scientifica.

Cosa occorre fare……

Per fare questo tentativo occorre mettere insieme le teste pensanti di tutte le Società Scientifiche cercando di costruire con esse Linee-Guida e Raccomandazioni condivise sui principali temi della materia.

L'iniziativa del 22 Gennaio, promossa da SISDCA, SIO, SIPMED e ANDID e con il coinvolgimento fin da subito di tante altre Società Scientifiche si muove su questa strada. Si tratta di costituire un "luogo" che rispetti la storia e le specificità di ogni Società Scientifica ma che si proponga di produrre materiali di orientamento clinico condivisi.

Non sarà un percorso agevole né breve. Per questo si considera il 22.1 la prima giornata di lavoro insieme.

Abbiamo scelto pertanto di fare dell'Educazione Terapeutica il primo terreno su cui apportare l'esperienza dei vari Professionisti, riplasmandola in un processo di formazione trasversale e condivisa "inter pares".

Sembra chiaro che il quesito non sia se il tragitto è importante, quanto se siamo capaci di compierlo.

Tale tragitto è talmente importante che basta ad esempio considerare la differenza tra una interlocuzione, con un qualsivoglia Governo, fatta da una Società Scientifica (subito contraddicibile da altre Società affini) e la Federazione delle Società Scientifiche. Quest'ultima avrebbe un ben altro impatto. Cioè la scommessa è se siamo capaci di stare insieme. Proviamoci e cerchiamo chi ci può aiutare.

Lo spirito del Progetto-Programma……

Lo spirito di questa iniziativa è di alto valore etico-deontologico e tale da superare interessi di lobby nell'intento di essere (noi tutti) i promotori di una tangibile "policy" che, in questo momento difficile, è quanto mai essenziale e spetta a noi agire in quanto depositari della cultura medico-sanitaria basata sulle evidenze nel vuoto più totale in cui versano i DCA-OB in assenza della "governance".

Articolazione di strategie……

Si rendono necessarie le seguenti strategie articolate:

1. Delegazione per Interpellanza Ministeriale Centralizzata
2. Azioni di orientamento negli ambiti Regionali
3. Organizzazione di Percorsi di Formazione dei Formatori
4. Progettazione di Atelier per l'esecutivo assistenziale
5. Nel frattempo tutti possiamo lavorare in maniera interattiva a distanza usando uno strumento potente nel portale "PLAYDCA"

1. Presentazione: Modera Vettor R
Melchionda N, Nizzoli U

1. Perché siamo qua
2. Chi siamo
3. Chi dobbiamo curare: quattro paradigmi clinici
4. Che cosa vogliamo ottenere?
5. Che cosa non è stato fatto prima
6. Perché non ci siamo riusciti fino ad ora

2. Partecipanti: Interventi liberi sugli stimoli proposti
3. Analisi della situazione attuale
4. Il modulo ha due obiettivi:

1: Formare tutor e leader portavoce per il 2° Atelier che dovrà diventare una sorta di Linea Guida. Importanza del Metodologo: quando si costituisce un gruppo multi-professionale, multi-disciplinare e multi-societario con un obiettivo chiaro ed importante (es. redigere Linee-guida o Raccomandazioni o Piani sanitari strategici ecc.) un Metodologo del lavoro di gruppo può servire per fare sì che siano chiare le tappe e rispettati gli obiettivi. Altrimenti un Gruppo come suddetto può perdersi per strada e discutere a lungo, disordinatamente e con poca produttività. Il metodologo non ha niente da insegnare sui contenuti del lavoro di gruppo (su cui è sufficiente abbia una infarinatura) ma tiene razionalmente le fila del processo. Perciò non andiamo "a lezione dal metodologo" ma più semplicemente gli chiediamo di accompagnarci a raggiungere gli obiettivi nel percorso intersocietario che abbiamo voluto

2: Costituire una delegazione intersocietaria di esperti per essere ricevuta dal Ministro della Sanità per una interpellanza ministeriale con una lettera di presentazione.

Lettera per l'Interpellanza Ministeriale

1. Il Problema: Prevalenza, Comorbidità, Impatto sulla qualità della vita, Costi

L'obesità rappresenta un problema sociale che colpisce fino ad un terzo della popolazione adulta ed è in costante aumento. Non a caso è stata definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come un fenomeno di epidemia globale col termine di "Globesity".

1.1. Elevata prevalenza: 10.1% tra gli adulti di cui 10% (500-600.000 individui) presenta un'obesità complicata da gravi patologie sul piano cardiovascolare, respiratorio, osteoarticolare e dismetabolico. L'OMS ha stimato, nel 2005, oltre un miliardo di persone in sovrappeso in tutto il mondo, di cui almeno 400 milioni obese. Secondo dati forniti dall' Istat dal 2001 al 2009 la prevalenza dell'obesità nei soggetti di età maggiore o uguale a 18 anni ha mostrato un trend in aumento, dall'8,3% al 10,1%

1.2. Impatto su morbosità: disabilità, ridotta qualità di vita e mortalità (52.000 decessi all'anno)

1.3. Costi sanitari

- Costi diretti sono stimati, dal PSN 2003-5, in circa 23 miliardi di euro l'anno in particolare attribuibili alle complicanze dell'obesità. La presa in carico dei pazienti, soprattutto per quanto riguarda l'Obesità, e la valutazione dei costi relativi hanno riguardato finora soprattutto le complicanze della patologia di base. Quindi, l'onere tardivo delle conseguenze.
- Costi sociali: Sono legati alla ridotta produttività lavorativa (giorni di lavoro persi, inabilità ad alcune mansioni, incremento degli incidenti sul lavoro e del pensionamento anticipato) o ad altri costi intangibili (minor rendimento scolastico, discriminazione lavorativa, problemi psico-sociali scarsa qualità della vita) in alcuni Paesi europei raggiungono l'1% del PIL.

2. La situazione assistenziale: Mancanza di una Policy, spazio per frodi, falsi ideologici e mistificazioni

Lo stato attuale vede la totale assenza di attrezzature adeguate nelle strutture ospedaliere di una strategia per la presa in carico dei pazienti:

2.1 il trattamento in sé, e quindi la prevenzione e la cura causale delle sue complicanze, è rimasto terra di nessuno, affidata a interventi estemporanei e a breve termine, poco o nulla fondati sul piano scientifico e, in genere, inefficaci o dannosi

2.2. in alcune Regioni l'accesso alle cure, in assenza di un'emergenza, è sostanzialmente precluso, in particolare in ambito riabilitativo intensivo.

2.3. le associazioni di pazienti hanno più volte sottolineato le difficoltà incontrate da soggetti obesi nell'accedere alle cure così come alle indagini diagnostiche o a interventi chirurgici in assenza di attrezzature adeguate nelle strutture ospedaliere.

3. Chi siamo: gruppo di lavoro multi-disciplinare di esperti

3.1. Internisti, Psicologi, Psichiatri, Endocrinologi, Dietisti, Nutrizionisti, rappresentanti delle Società Scientifiche che operano nel campo dei DCA dell'Obesità si sono riuniti il 22 Gennaio per concertare la programmazione di una formazione a 360° esaustiva, multi-disciplinare, con integrazione delle professionalità sviluppata con una metodologia guidata da Formatori professionisti.

3.2. Questa formazione è programmata per il 18-19 marzo sotto la guida di un formatore per l'Educazione Terapeutica.

Questi professionisti condividono la consapevolezza della necessità di elevare gli standard qualitativi della gestione del paziente e di diffondere su tutto il territorio nazionale un omogeneo modo di operare basato sulle evidenze scientifiche.

3.3. Il fallimento delle diete, la scarsità di farmaci a disposizione, la tendenza della patologia a recidivare anche dopo terapie invasive quali quelle chirurgiche hanno messo in crisi il tradizionale ruolo del medico "prescrittore" facendo emergere la necessità di formulare e diffondere al suo posto figure di esperti nel"disease management" di una patologia cronica che sappiano dialogare con i pazienti cercando di individualizzare il più possibile l'approccio terapeutico-riabilitativo utilizzando al meglio i pochi strumenti con efficacia documentata e lavorando al contempo sull'"empowerment".

3.4. Nel Disease Management del paziente l'Educazione Terapeutica ha un ruolo particolarmente importante, ed è cruciale che gli operatori non si limitino ad una applicazione formale ed astratta di generiche linee guida, ma sappiano esercitare un ruolo attivo.

4. Proposta

4.1. A noi pare quindi che ci sarebbero le conoscenze per arginare una situazione assistenziale così controversa per rendere maggiore sicurezza a persone bisognose di cure come lo sono i soggetti obesi.

Esistono Linee-Guida accreditate che indicano cosa e quando è appropriato intervenire.

4.2. Si sa che sarebbe opportuno disporre di un sistema curante multi-disciplinare che operi in modo integrato i cui servizi ed operatori applichino gli standard di qualità appropriati.

4.3. Si potrebbero misurare gli effetti positivi degli interventi calcolando i guadagni individuali di salute, oltre a quelli dei gruppi familiari di appartenenza e dei contesti di vita e di lavoro in cu le persone obese vivono. Ci vorrebbe una policy decisa e coerente da parte dei decisori di vario livello.

4.4 Il nostro suggerimento è quello di supportare la formazione prima di elargire risorse a pioggia e di programmare un censimento delle strutture esistenti.

4.5. Per questo ci rivolgiamo a Lei confidando nella Sua volontà di introdurre gli opportuni correttivi.

4.6. Siamo a sua disposizione per questo disegno e se Lei lo ritiene necessario al Suo fianco.

1. Italian Consensus Conference-overweight, obesity and health. Int J Obes. 1991 Nov;15(11):781-90.
2. Obesity and overweight, Fact sheet N°311, What are overweight and obesity?:
http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html
3. LiGIO'99 Linee Guida Italiane Obesità: http://utenti.multimania.it/omega3/lin_gui_ob.pdf
4. Documento di Consensus: Obesità e Disturbi dell'Alimentazione
Eating Weight Disord. 15: 1-31, Suppl. al No. 1-2, 2010
5. Bridging the Evidence Gap in Obesity Prevention: Committee on an Evidence Framework for Obesity
Prevention Decision Making, Institute of Medicine, SK Kumanyika, L Parker, LJ Sim, The National Academy Press, 2010

Montanari G

1. Lo sviluppo della Educazione Terapeutica nel campo dei DCA Obesità compresa
2. Raccolta dei contributi e analisi "SWOT":
   a. Punti di forza e Criticità (Strenght and Weakness) segnalati dai partecipanti relativamente alle proprie attività professionali ed associative
   b. Opportunità e Minacce (Oportunities and Threats) presenti negli ambiti professionali, operativi e politici esterni alle associazioni partecipanti
4. La costruzione di una mappa strategica per lo sviluppo del Progetto-Programma: Modera Cecchetto G

Montanari G

1. Presentazione del modello logico di base del Programma: con quali risorse e processi ottenere i risultati attesi
2. Presentazione della tecnica di pianificazione BSC (Balanced Score Card)
5. Definizione della prima versione della mappa strategica, Montanari G
1. I partecipanti saranno sollecitati a contribuire alla individuazione condivisa dei risultati attesi dal Programma di Educazione Terapeutica e, a partire da questi, ad individuare i processi da mettere in atto, le risorse da sviluppare, gli indicatori per una adeguata valutazione.
6. Il Project Management applicato al Progetto-Programma - Modera Prosperi E

Montanari G

1. Presentazione degli strumenti per la pianificazione e la valutazione degli interventi specifici per la realizzazione del Programma
7. Conclusioni: Modera Cuzzolaro M, Montanari G

Cecchetto G, Melchionda N, Nizzoli U, Prosperi E, Vettor R

1. Indicazioni per un documento di sintesi e per sviluppo dei lavori
2. Raccolta di gradimento e di propositi sulla giornata e i suoi risultati

2.2. Modulo 2 Albano, L'Educazione Terapeutica: Roma 18-19.3.2011

Programma Modulare del ProFF-DAO per la Formazione di Formatori al trattamento dei Disturbi Alimentari Obesità compresa

L'Educazione Terapeutica del Paziente (ETP) è una tecnica strutturata con contenuti specifici attinenti all'ambito della patologia che il professionista deve conoscere a fondo. La ETP nasce per il diabete dove gioca il ruolo primario indispensabile.

Nell'Obesità e nei DCA la ETP può essere altrettanto importante, ma siamo in ritardo di 15 anni. Si devono ancora definire i contenuti relativi all'Obesità Omeostatica e all'Obesità BED.

Si può quindi prevedere una ETP orientata all'Obesità e ai Disturbi Alimentari e all'Obesità in senso più lato. Anche in questo caso dovrà essere programmata una serie di ricerche per produrre le evidenze. Già a Ginevra 5 anni fa è iniziato un Trial presso la scuola di JF Assal.

L'efficacia della ETP si amplifica tanto più quanto meglio definiamo i suoi limiti chiariti da una diagnosi ampia e multi-fattoriale.

N Melchionda: Il Razionale: Perché una ETP DCAO orientata?
MG Albano: Illustrazione dei metodi di lavoro
JF d'Ivernois: Epistemologia dell'ETP - Definizione dell'ETP
MG Albano: L'approccio sistemico all'ETP e la diagnosi educativa
Gruppo 1, 2, 3, 4, 5: Elaborazione di una diagnosi di educazione
Seduta Plenaria
MG Albano: Il contratto di educazione e la negoziazione (competenze
di autocura e competenze psico-sociali)
Gruppo 1, 2, 3, 4, 5: Elaborazione di un contratto di educazione
Seduta plenaria
JF d'Ivernois: I principi dell'apprendimento ed i criteri per la scelta dei metodi di apprendimento
MG Albano: I metodi di apprendimento: collettivi e individuali
- l'esposizione interattiva
- il classificatore di immagini
- lo studio di un caso
- l'apprendimento di gesti
- le carte di Barrows
- la tavola rotonda

Gruppo 1. tecnica delle parole chiave
Gruppo 2. costruzione di un classificatore di immagini
Gruppo 3. studio di un caso
Gruppo 4. preparazione di una lezione interattiva
Gruppo 5. classificazione di alimenti
Seduta plenaria
JF d'Ivernois e MG Albano **Sintesi e Conclusioni**
MG Albano: Criteri di qualità di un programma - La pianificazione di un programma
Gruppo 1, 2, 3, 4, 5: Pianificazione di un programma di ETP
Seduta Plenaria
JF d'Ivernois: La valutazione: bioclinica, pedagogica, psico-sociale
Gruppo 1 e 2: Costruzione di un test di progressione
Gruppo 3 e 4: Identificazione degli indicatori per la valutazione delle competenze psico-sociali
Gruppo 5: Costruzione di uno strumento per la valutazione del menu di una settimana
Seduta Plenaria
- la cartella di educazione – MG Albano
- il rendiconto dell'educazione – JF d'Ivernois
- la check list di educazione - MG Albano

JF d'Ivernois e MG Albano: Conclusioni
N. Melchionda: Chiusura

3. DIABO-2011.6° Congresso Nazionale SISDCA. DiABO: Disturbi Alimentari Bologna:

Cosa e come apprendere a 360° sui nuovi scenari.

Modelli clinici e organizzativi, Prevenzione e Cura, Facilitazione dell'accesso,
Ricerca, Laboratori, Formazione, Team Approach Multi-professionale
Riunioni Precongressuali Riservate

Discussione Progetto di legge On.le Marino: Disposizioni in materia di prevenzione, cura e riabilitazione dell'Obesità e dei DAO
I DA verso il DSM-5 Presentazione e discussione del volume "Developping an Evidence-Based classification of Eating Disorders: Scientific Findings for DSM-5" APA Ed, di Striegel-Moore RH, Wonderlich SA, Walsh BT, Mitchell JE

Syllabus dei 15 MacroModuli

1. Simposi Satellite in 5 Sessioni: Le cure a 360° verso una "Evidence Based Practice" ottimale
2. MiniCorso di Perfezionamento: 18 Seminari di 45' seguiti da 45' per domande-dibattito: 6 Turni di 3 Seminari
3. Prolusione di Apertura
4. Tavole Rotonde in 4 Sessioni con Prologo, tra Cultura, Scienza, Management e Modelli diagnostico-terapeutici
5. MiniSimposi in 13 Sessioni con MiniReview: Argomenti focali sviluppati in 55 presentazioni con Conduttore
6. Partnership tra Società Scientifiche e Professionali
7. Dibattito Medico-Chirurgico Multi-dimensionale
8. A Pranzo con i Presidenti
9. MiniLetture 3x3: Le molteplici ed eclettiche facce del Poliedro DA: verso una disciplina a tutto tondo
10. Workshop in Plenaria
11. FaceToFace in Plenaria: Due Scuole di Pensiero e due punti di vista
12. La SISDCA nel WEB
13. Comunicazioni Libere
14. Poster con discussione

([xx]) Verbale 1° Consiglio Direttivo CDNR-DCNA-CDNE 17 Marzo 2012 - Bologna

ODG: Dove sta andando la Società

1. Comunicazioni del Presidente

1. Esito della collaborazione SISDCA-ISS: Consensus, Linee Guida, Formazione Centralizzata
2. Situazione Sezioni Regionali

I RAR non hanno ancora completando le schede anagrafiche dell'ARCHIVIO SOCI e non sono presenti. Mi metterò d'accordo con Gravina per valutare il da farsi dopo un anno di attesa.

3. Doveri e Diritti del CDNR, CDNA, CDNE

Queste riunioni costano in media 100 euro pro capite e quindi occorre che tutti siano puntuali e rimangano fino alla fine

4. La questione di PLAYDCA e della Netiquette

Praticamente PLAYDCA viene usato solo da pochi e la Netiquette non viene rispettata. Ciò comporta una superlavoro della Segreteria, del WEB Master e della Presidenza

5. Nuovo Statuto nel portale: Sede ufficiale della SISDCA Via Fossolo 10
6. Apertura di un Forum: Branding Societario e Branding Personale con accesso abilitato a tutti di Membri del GL.LPS aggiornato al 17 Marzo (64)

================

Cappello del Forum BRANDING 1° su PLAY

1. La SISDCA deve crescere per aumentare il proprio impatto nel tessuto assistenziale e scientifico. Deve, quindi, definire il proprio Brand attraverso quello dei propri Soci e dei Consigli Direttivi che la governano.
2. Il Personal Branding è una descrizione del processo attraverso il quale sono caratterizzate le persone e i loro curriculum come "marchi".
3. A proposito della formazione è stato notato che, mentre le tecniche tradizionali sono state utili per l'auto-miglioramento, il concetto di Personal Branding suggerisce, invece, che il successo deriva dal self-packaging. Questo non si limita al corpo, all'aspetto e alla conoscenza, ma include tutta la rappresentazione del "Se", portando ad un'indelebile impressione che ci distingue. Si può ritenere che il Personal Branding possa essere il prerequisito per alimentare il Branding Didattico, Scientifico, Sanitario della Società e quindi la sua crescita. L'impatto di cui al punto 1 ne sarebbe avvantaggiato.
4. Il Personal Branding, ovvero l'arte di vendere se stessi, a differenza di altre discipline di miglioramento personale, suggerisce l'importanza di concentrarsi, oltre che sul valore, anche sulle modalità di promozione. Queste modalità si possono attuare con modelli di formazione molteplici dove il livello della formazione fa la differenza. Gli elementi di base per aumentare l'impatto desiderato sono quelli che possono incrementare la fiducia che desiderano i Soci e che convincono nuovi aspiranti Soci a chiedere l'affiliazione con l'iscrizione alla Società. Il modello di Covey che aiuta ad incrementare la fiducia potrebbe essere quello ottimale

5. La Società può crescere se crescono i suoi Soci. Cominciamo con la formazione come recentemente stabilito nelle LPS sviluppate a Navacchio il 21/22 Gennaio 2012 (vedi file "LPS.6" e "AGENDA.SISDCA" in attach).
6. Questo Forum viene aperto per consentire un profondo dibattito inserito nel ODG del 17 Marzo, a seguito di un mio messaggio che ricopio in questa sede. Questo mio messaggio, che ho sentito il dovere di lanciare alla Comunità, costituisce l'unica possibilità di azione per dare alla Società il posto che si merita dopo 20 anni di attività sul campo.
7. La recente azione dell'Istituto Superiore di Sanità, articolata per la promozione della Consensus Conference DCA, lo impone per continuare sulla produzione delle Linee Guida e della Formazione Nazionale Centralizzata. La SISDCA deve assumere il posto che le spetta dopo 20 anni di lavoro promosso dai suoi Consigli Direttivi e dai suoi Presidenti che hanno posto le basi della sua Leadership.
8. Io, in qualità di Presidente in carica, mi assumo la responsabilità di aprire il dibattito con l'ODG del prossimo Consiglio Direttivo allargato del 17 Marzo, dove hanno dato la loro adesione tutti i Consiglieri, alcuni Presidenti di Sezione e alcuni Esperti. Questa larga partecipazione è sintomo di crescita poiché testimonia l'importanza del Branding per la vita della Società così come il passaggio da 89 Soci a 274 a tutt'oggi.

Messaggio inviato il 15 Marzo a 62 membri del CDNR, CDNA, CDNECarissimi1.

Abbiamo lavorato a Navacchio per stabilire le LPS nei 4 livelli: Formazione, Ricerca, Management, Business2. Vi rammento che la SISDCA oggi non ha l'impatto che dovrebbe avere data l'importanze dei DAO che invece l'Istituto Superiore di Sanità ha recepito, vedi Consensus Conference, Linee Guida e Formazione Centralizzata3. Vi ribadisco che la Società poggia le sue fondamenta nel Funzionamento delle Sezioni Regionali che devono ancora finire di completare l'aggiornamento del Archivio Soci e garantire la presenza ai lavori del Consiglio Direttivo4. Vi prospetto pertanto gli elementi di base del Modello di Covey per incrementare la fiducia (The Speed of Trust, 2008).
I 4 Cardini della Credibilità1.
Integrità, Coerenza, Etica, Umiltà, Apertura, Onestà2. Intento , Impatto sulla Fiducia, Motivazione, Finalità sociale, Comportamento proattivo, Mentalità nell'Abbondanza3. Capacità, Talento, Atteggiamento finalizzato, Abilità, Conoscenza, Stile, Efficacia, Competenza4. Produzione di Risultati (passato, presenta, futuro), Assunzione di responsabilità, Aspettative realistiche.
***I 13 comportamenti** per dare Fiducia nelle Relazioni1. Essere schietti, 2. Mostrare Rispetto, 3. Essere cristallini, 4. Rimediare agli Errori, 5. Dimostrare Lealtà, 6. Produrre Risultati, 7. Migliorare, 8. Affrontare la Realtà, 9. Chiarire le Aspettative, 10. Esercitare le Responsabilità, 11. Ascoltare prima di tutto, 12. Mantenere gli impegni, 13. Trasmettere Fiducia.*
Le 7 Marce con l'Acceleratore
1. Il Maggior Valore per le Istituzioni e i Soci, 2. La Crescita, 3. L'Innovazione, 4. La Collaborazione, 5. La Partnership, 6. L'Azione, 7. La Fedeltà.
Le 7 Mine
1. La Ridondanza, 2. La Burocrazia, 3. La Politica, 4. Il Distacco, 5. Il Turnover, 6. Il Tasso di Abbandono, 7. La Frode
Questo Modello è stato presentato al Consiglio Direttivo del 17 Marzo da Myriam Lopa, Psicologa Formatore dei Formatori. La discussione è stata animata e la condivisione all'unanimità della metodologia si concretizza nel Verbale in corso di stesura che verrà sottoposto per la firma al prossimo CDNR che si terrà nel corso del 3° CAFDAO a Navacchio il 18-19 Maggio. Tutti d'accordo che è necessaria "formazione" per il futuro della vita della Società. Il Consiglio Direttivo della Società è sovrano e viene dato mandato al Presidente di proseguire nella via tracciata allo scopo di rendere maggiormente visibile la SISDCA per aumentare il proprio impatto nel tessuto assistenziale e scientifico. La SISDCA deve, quindi, definire il proprio Brand attraverso quello dei propri Soci e dei Consigli Direttivi che la governano
==============

7. Discussione messaggi inviati su mail da:

Caputo:

Pur non avendo titolo se non quello di socio SISDCA, poiché ricevo le mail del nostro attivissimo Presidente, mi sembra irrinunciabile lanciare non una provocazione ma un semplice commento personale sulle "mine ed i cardini della credibilità".
Ho sempre più la sensazione che queste affermazioni inevitabilmente giuste e categoriche, ripetute più e più volte finiscano per perdere significato e rappresentare come un martellante appello al quale si è costretti ad aderire passivamente oppure a sopportare con vario grado di estenuazione.
Purtroppo, mi si passi il paragone, mi ricorda il "credere obbedire e combattere" senza voler attribuire così alcun significato ideologico ma semplicemente di stile. Non so mi piacerebbe che quanto scrivo fosse oggetto di dibattito ma temo sarà forse inteso come polemica.
Mi chiedo invece a cosa possa servire questo linguaggio? Ritengo che qualsiasi professionista che cura debba conoscere questi "cardini e mine" , se poi ne sappia far tesoro o meno è altro genere di problema.
Sono assai perplesso e vi chiedo realmente lumi. Mi sarò certo perso qualcosa di importante ma proprio non so ritrovarmi. E' ovvio che il non comprendere non mi scusa e sono pronto a rammaricarmi dei miei limiti.
Per concludere definitivamente il discorso mi pare evidente che non è possibile alcuna critica che non scateni una catastrofe sul piano personale

Melchionda:

Per l'onestà culturale che mi rappresenta credo opportuno precisare che "stile, linguaggio e contenuti" dei miei recenti messaggi portano la firma di Stephen M.R. Covey in The Speed of Trust (2008) la cui lettura può cambiare la vita per chi è pronto a mettersi in discussione nella ricerca per il rinnovamento. Con rammarico profondo e accorato sollecito Caputo al dibattito in PLAY.

Luxardi:

Non mi pare che si debba chiudere il discorso, come dice Giovanni. Mi pare che ci sia un problema serio di stile di cui discutere serenamente e senza che ciò debba essere preso come un affronto personale. Mi auguro che in questa Società sia ancora lecita la presenza di una dialettica.
Bene, la mia impressione è che la comunicazione interna stia prendendo una connotazione tipica dei siti New Age, che promettono verità che ci cambieranno la vita. Ho visto il libro cui fa riferimento il professor Melchionda e, con tutto il rispetto, è di quelli che classifico nella categoria "come migliorare l'autostima in dieci lezioni". Che questi testi contengano affermazioni sagge non è in discussione, ma la metodologia scientifica, permettetemi, è una cosa differente. Credo che la nostra società debba innanzitutto salvaguardare questo stile.
Posso ammettere che le mie osservazioni riguardano ciò che si vede in superficie, non essendo ultimamente addentro al dibattito. Però questo succede perchè non posso evitare di riscontrare che la Società si sta muovendo in direzione che diverge da quello che è il mio lavoro quotidiano e i miei interessi. Qualche giorno fa è stato proposto il tema del coaching che, sempre con tutto il rispetto, sarà una estrapolazione interessante del lavoro fatto dagli allenatori di pallacanestro, ma non ha molto da dire a chi si occupa da una vita di psicoterapia.
Quindi, mi farebbe piacere sapere se le mie perplessità su queste cose sono condivise da qualcuno e se da ciò può nascere un dibattito (quello normalmente fa crescere) o se devo cominciare a considerarmi un corpo estraneo.
Tutto ciò con la massima serenità, considerazione del grande lavoro che viene fatto e stima per chi lo fa.
Solo per capire in quale direzione stiamo andando.
Non mi pare che si debba chiudere il discorso, come dice Giovanni. Mi pare che ci sia un problema serio di stile di cui discutere serenamente e senza che ciò debba essere preso come un affronto personale. Mi auguro che in questa Società sia ancora lecita la presenza di una dialettica.
Bene, la mia impressione è che la comunicazione interna stia prendendo una connotazione tipica dei siti New Age, che promettono verità che ci cambieranno la vita. Ho visto il libro cui fa riferimento il professor Melchionda e, con tutto il rispetto, è di quelli che classifico nella categoria "come migliorare l'autostima in dieci lezioni". Che questi testi contengano affermazioni sagge non è in discussione, ma la metodologia scientifica, permettetemi, è una cosa differente. Credo che la nostra società debba innanzitutto salvaguardare questo stile.
Posso ammettere che le mie osservazioni riguardano ciò che si vede in superficie, non essendo ultimamente addentro al dibattito. Però questo succede perchè non posso evitare di riscontrare che la Società si sta muovendo in direzione che diverge da quello che è il mio lavoro quotidiano e i miei interessi. Qualche giorno fa è stato proposto il tema del coaching che, sempre con tutto il rispetto, sarà una estrapolazione interessante del lavoro fatto dagli allenatori di pallacanestro, ma non ha molto da dire a chi si occupa da una vita di psicoterapia.
Quindi, mi farebbe piacere sapere se le mie perplessità su queste cose sono condivise da qualcuno e se da ciò può nascere un dibattito (quello normalmente fa crescere) o se devo cominciare a considerarmi un corpo estraneo.
Tutto ciò con la massima serenità, considerazione del grande lavoro che viene fatto e stima per chi lo fa.
Solo per capire in quale direzione stiamo andando.

Melchionda

“New Age” è un illecito culturale (Allegato 1)
"Coaching.... allenamento per la pallacanestro"? Consiglio un aggiornamento culturale.
"Corpo estraneo"? E’ il problema di chi non partecipa alla vita societaria. Seguirà risposta molto più articolata dopo la presentazione del Modulo Propedeutico sulla Formazione a Bologna

Luxardi (in PLAY)

Ho qualche perplessità su questa metodologia. Un intervento viene fatto a pezzettini e tendenzialmente censurato. C'è un'aria di sentenza. Presidente equivale a giudice?
Il dibattito è una cosa un po' differente.
Caro Nazario, per la stima che ti porto, non ti faccio mistero che mi sento sempre più lontano da questo modo di fare. Non so cosa succederà a Bologna, come ti ho già detto non posso esserci e me ne prendo le responsabilità. Mi auguro si tratti di una discussione libera senza che nessuno debba incasellarla in percorsi preconfezionati.

Melchionda

Nessun giudice ma solo la metodologia di entrare nel merito senza divagare facilitando l'interlocutore per la risposta.
I minestroni senza un organico di paragrafi rischiano solo di non essere letti e di lasciare solo concettualizzazioni errate e distruttive, senza poter facilitare argomentazioni in modo specifico secondo la logica latina: Vedi NEW AGE. Io ho risposto chiaramente. Tu hai rilanciato senza entrare nel dibattito ma giudicando anche il metodo consolidato (da coloro che lo hanno utilizzato fino ad ora).
L'altro metodo è quello di essere in prima fila con la dialettica "di persona". Hai avuto un mese di tempo per organizzarti come hanno fatto tanti altri

Io fornisco uno strumento consolidato da due anni e messo a punto dal CINECA e utilizzato fino ad ora e su cui nessuno ha male giudicato.
Trova tu un altro metodo per il dibattito
Censura vuol dire eliminazione
Indicizzazione vuol dire mettere in evidenza logica o sequenziale, non fare a pezzettini.
Il dibattito si farà a Bologna
Se ti senti lontano è un tuo problema, come posso aiutarti?
Il tuo augurio a Bologna si è avverato e senza nulla di preconfezionato e con un ODG chiaro, certamente preconfezionato ma oggetto di approvazione per votazione palese

Jcoangeli (in PLAY):
La mia risposta ti è stata inviata, e non divulgata in forma di dibattito, subito dopo l'invio del questionario sul coaching. In quella occasione ti ho espresso disappunto e perplessità. L'esercizio del "branding" (che non so cosa sia) mi lascia ancor più smarrito. Faccio il medico dall'età di 25 anni e ne ho 57. Ho sempre lavorato, almeno da 20 anni a questa parte, in un contesto di multi-disciplinarietà. Collaboro con psicoterapeuti ed analisti. Non ho mai smesso di studiare. Ma non so cos'è il branding e ti devo dire, pur avendo per te affetto e rispetto, non capisco perché e per cosa dovrei rispondere a "2 dei 4 cardini della credibilità" (che ignoro cosa siano, i cardini naturalmente e non la credibilità che conosco) magari usando pure un acceleratore (sic).
Quando ti dissi che mi sembrava che la società fosse in preda ad una deriva culturale intendevo questo: uscire dal linguaggio comune faticosamente costruito in anni di multi-disciplinarietà per essere catapultati in qualcosa che non ci appartiene, che attiene più al mondo del marketing che a quello della clinica e che inevitabilmente creerà disamore e divisione nella società è un errore.
E un errore se questo cambiamento di linguaggio viene proposto ad un ritmo incalzante da un presidente e non nasce da un diffuso dibattito. E un errore perchè non è condiviso. E un errore perché non nasce da una nostra cultura ma da una tua visione.
Ormai da tempo nei nostri congressi si parla di leadership e di superleadership (parola di cui ignoro felicemente il significato) e sempre meno di malattia, sintomi, cure, sofferenza e responsabilità.

Melchionda
Brand significa "Marchio". Personal branding, self-positioning and all individual branding by whatever name, was first introduced in 1937 in the book Think and Grow Rich by Napoleon Hill. The idea surfaced later in the 1981 book: "Positioning: The Battle for your Mind", by Al Ries and Jack Trout.
Il termine è stato introdotto a Navacchio da Spera a proposito dell'Area Business delle Societa e condiviso da tutti
Marketing: sostituisci con health marketing. Is an innovative approach to public health that applies traditional marketing principles and theories alongside science-based strategies to prevention, health promotion and health protection.
A good example is the current drive in Kenya to promote circumcision among communities that do not customarily circumcise. Medical researchers have recently documented that circumcision is 65% effective in preventing HIV infection among men.
In quanto a responsabilità mi assumo anche quella di Presidente che deve aprire dibattiti proprio su ciò che non è ancora diffuso.
Multi-disciplinarità: la sola collaborazione non è sufficiente occorre formazione e volontà di integrazione. A questo proposito vedi file in attach "FORMAZIONE" di Umberto Nizzoli – Nazario Melchionda – Giulietta Tarrini: La cura dei disturbi alimentari Il lavoro di Equipe Multidisciplinare)
Leaderschip: E' stato svolto l'argomento al DIABO con grande applauso di consensi (prego Nizzoli di intervennire per dare spiegazione)
La deriva della Società: vedi per ora il cappello di questo forum e seguirà in itinere ampia trattazione. Per ora basta l'incremento dei Soci del 400% in un anno della mia Presidenza

Dibatto aperto senza votazione

Nizzoli:
"Considerando gli interventi mail fatti da Caputo, Jacoangeli e Luxardi copiati in PLAY nel forum Branding per il dibattito il punto della questione è il seguente: grazie al lavoro di Nazario ci stiamo aprendo ad un processo innovativo. Visto il mio percorso professionale non sento così divergenti le idee di Nazario, ma capisco anche il vissuto di interferenza di chi lavora in realtà ambulatoriali privatistiche: è difficile tradurre in medicina questi concetti, nati in altri contesti più aziendali. Nazario è il principale interprete di una innovazione culturale per lo sviluppo della qualità. La prospettiva è l'accoglienza di modelli più evoluti.
Di Pietro:
"Non metto in discussione il ruolo del Presidente. Avverto la necessità di un confronto di idee. Per me la PNL è un modello discutibile. Ci vuole un gruppo che abbia voglia di confrontarsi, con un compito meta-comunicativo.
Donini:
"Per quanto riguarda la piattaforma PLAY o qualsiasi sistema informatizzato, faccio fatica ad utilizzarla con funzioni di scambio di opinioni, troppe fonti alle quali rispondere per me è un problema, vorrei quindi poter agire solo su posta elettronica.

La multidisciplinarità, ancora oggi, nel mondo della sanità, non ci viene insegnata. Questo per me è l'ostacolo al raggiungimento di un alto numero di iscritti.

Todisco:

"Riassumo brevemente ciò che è emerso durante la recente riunione della SISDCA della sezione Triveneto:

- Emerge una difficoltà nella comprensione dell'orientamento della SISDCA
- La Società è troppo orientata sul paziente obeso, poco sui DA
- Un tempo il punto di forza era la multi-disciplinarietà tra le diverse formazioni, c'era un clima di confronto autentico, oggi si fa fatica a ricreare questo clima
- La Formazione dei formatori mi sembra che non si apra a vari modelli, la PNL è una tecnica persuasiva "da imbonitori" diversa dal lavoro che facciamo con i pazienti. Le indicazioni dogmatiche c'entrano poco con il lavoro dello psicoterapeuta.

Miottello:

"Ho colto il disagio dei Soci Veneto che ci capiscono poco. Come deve essere letto questo disagio? Ho l'impressione che i contenuti trasmessi non permettono una c**ondivisione.**

Come da Sua richiesta cerco di rispondere alla domanda di esplicitare quel disagio che ho segnalato a Bologna espresso dal direttivo triveneto. Cerco di essere conciso e vado per punti a ruota libera..

1. Numero di mail consistente talvolta criptate e con difficoltà di semantica rispetto ai termini utilizzati (ad es. inglesi) che attiva reazioni spesso disorientate e impulsivamente di distacco e non risposta
2. Modalità di sollecitare risposte non pervenute a fronte delle Sue mail,a volte troppo incalzanti e "lette" sul registro personale
3. Possibile confusione sui percorsi attivati data la consistenza degli stessi e la loro complessità con perdita di coerenza sugli obiettivi che sono stati fissati e si vuol raggiungere insieme.
4. Scarsa consapevolezza dei soci sulle motivazioni comuni che li legano alla SIDCA:non riconoscendosi possibili uscite di scene o scarsa adesione o adesione formali alle attività proposte.
5. Modalità di gestione delle attività formative della SISDCA non condivise a volte quasi calate dall'alto, con difficoltà di riconoscersi (come identità professionale) nei percorsi o non comprensione del significato (management gestionale /management clinico) delle proposte avanzate dal presidente pur se interessanti ed innovative. Conseguente scarsa efficienza nell'inoltro ai soci o simpatizzanti
6. Non sempre visibilità dei referenti di area (per la formazione,valutazione formatori, brand ecc)
7. Possibile impressione dei soci di difficoltà di accedere al confronto e all'attività scientifica per probabile difficoltà di utilizzo degli strumenti es PLAYDCA.

Melchionda

Punto 1

"Numero di mail consistente talvolta criptate e con difficoltà di semantica rispetto ai termini utilizzati (ad es. inglesi) che attiva reazioni spesso disorientate e impulsivamente di distacco e non risposta"

R. La lingua italiana è statica non sempre i termini inglesi trovano la corrispondenza in italiano per cui bisogna ricorrere ad una frase per esplicitare il significato "reale". Se qualche volta il messaggio è criptato chi ha buona volontà potrebbe chiedere spiegazione se è veramente interessato.

Il numero consistente delle mail è una necessità metodologica per seguire il passo della velocità del mondo attuale. Anche io non riesco a stare al passo e elimino decine di "contenuti pregnanti"

Penso che la non risposta sia dovuta anche ad una "non lettura" per cui devo incalzare. Se ben ricordi a Navacchio ho avuto il mandato di fare "pressing". Questo termine è stato usato a Navacchio, o non lo conoscevo ma lo adotto perchè rende meglio il significato di "fare pressione".

Aspetto una tua contro-deduzione e andrò avanti solo dopo la tua risposta.

Todisco:

Chiedo in base a che cosa è stata programmata l'Agenda del Piano Formativo

Melchionda

In relazione al Documento elaborato a Navacchio (LPS.9). Per il 5° CAFDAO (propedeutico del 7°) mi sono iscritto a numerosi Corsi di Formazione a mie spese per un totale 10 giornate Full Immersione di 8 ore/die (Milano e Roma). Chiederò ufficialmente al CDNR di essere rimborsato sui fondi dell Società se ci sarà gradimento dopo lo svolgimento del 5° CAFDAO

Manzi:

"Sono molto dispiaciuto della qualità delle interazioni, preferisco restare fuori dai luoghi di potere. Un conto è la leadership che deve gestire un team di lavoro all'interno di un'azienda, un conto è la leadership di un team che ha scopi terapeutici, se una scienza si chiude è la morte. Quante società sono accreditate a livello formativo? Più di 300! La PNL non ha un accreditamento come modello: qual è il modello da scegliere per la formazione alla cura? Io sono per la democrazia epistemologica e non per le falsificazioni. Sono per incrementare il confronto sui modelli, questa è la ricchezza di questa società.

Gravina:

"Usciamo dalle dinamiche personalistiche "accusatore-accusato". Chiedo al Presidente di farsi carico di un disagio che riguarda membri storici della SISDCA, i loro motivi vanno ascoltati, senza far scoppiare guerre. Chiedo al Presidente che si aumenti la discussione a voce. Il dibattito del CD deve

riguardare i contenuti inerenti ad aspetti di gestione aziendale e di management clinico. I contenuti della PNL che ci propone il presidente sono vecchi, non sono innovativi per chi ha cultura. La PNL non può essere la Mission della società. Ci deve essere un'anima che si occupa del brand e una che si occupa della clinica.

Bosello:

"Ho la sensazione che siamo davanti ad una crisi di identità, è difficile far colloquiare discipline così diverse. La società e il CD ha una funzione "politica" ovvero quella di capire come si deve lavorare, il Presidente è come se fosse un segretario politico. La SISDCA deve dare indirizzi di lavoro: proporre un modello formativo durante un CD fa scatenare gli anticorpi della maggioranza!

Di Pietro:

"Propongo per il futuro che ci sia una Commissione scientifica che raccolga ed elabori le idee, i modelli e i malumori".

Schumann:

"Forse abbiamo due esigenze:

- Definizione dell'integrazione dell'operato clinico
- Creazione di due aree: una di marketing e comunicazione, una per formulare agiti clinici. Nazario sta cercando qualche strumento in più per un linguaggio dei Formatori dei Formatori, per vendere il prodotto formativo e implementare il numero dei Soci.

Melchionda.

"Per quanto riguarda l'agenda, sono stati approvati i CAFDAO"

Manzi:

"Come Società non ci conviene formarci su un metodo: Possiamo essere originali nel costruire un linguaggio comune alle quattro discipline, il problema riguarda soprattutto la psicologia e la psicoterapia.

Di Pietro:

"Ci sono opinioni diverse su idee e modelli: vorrei proporre un forum su PLAYDCA per permettere un confronto a distanza su idee e modelli. Affronta in anteprima la discussione sulla PNL

Melchionda:

"Approvo l'apertura del forum proposto da Di Pietro, mi serve il titolo, un cappello iniziale, chi saranno i tuoi interlocutori".

5. Modulo Propedeutico Metodologia della Formazione: ore 11-15

E' stata invitata come facilitatore un Formatore Professionista Certificato Myriam Lopa Psicologa con l'obiettivo: di rendere appetibile una ulteriore formazione incuriosendo l'uditorio sulle potenzialità di miglioramento del lavoro del Team Multi-disciplinare

Argomenti

1. Accenni funzionali di Programmazione Neuro Linguistica

La PNL non è presentata come "modello terapeutico" ma può essere utile estrarre alcuni elementi del "nocciolo duro" che possono servire per l'"empowerment" o "Brand" dei Soci con l'obiettivo di far crescere la SISDCA come azienda

2. I livelli di cambiamento di Dills

Argomento non trattato

3. Le risorse interne: normative, funzionali e disfunzionali

Argomento non trattato

4. La sfida della fiducia (Covey): velocizzare i processi riducendo tempi e costi

- I 4 cardini della credibilità
- La fiducia in sé stessi e nelle relazioni

5. Strumenti di azione: massimi risultati con minimo sforzo

Argomento non trattato

6. Eccellenza in sanità

Argomento non trattato

Intervento di Di Pietro:

La PNL non è un modello terapeutico che si basa su evidenze. Mi sembra che convenga cominciare a distinguere "persone" da "modelli".
Qualcuno conosce la PNL?
Modello totipotente, interessante, presentato da Bandler e Grinder come "meta-modello" derivato dall'osservazione dei grandi psicoterapeuti (Erikson, Pearls, Virginia Satir e altri). Prima di tutte l'idea di fondo dei "Sistemi Rappresentazionali".
E' un approccio attivo, "inoculatorio" e suggestivo derivato dall'ipnosi, prima di tutto proprio nell'idea di fondo dei Sistemi Rappresentazionali".
Qualcuno conosce l'ipnosi?
Esiste un modello di intervento terapeutico totipotente? Non credo.
Tutti possono essere istruiti a fare tutto? Non credo.

I modelli NON sono le persone.

Melchionda:

Esattamente:

1. Esistono i modelli, le persone e i terapeuti nel senso di "chi fa che cosa e per chi"
2. Ma sempre con il prerequisito della formazione
3. Esistono quindi anche e soprattutto delle competenze professionali e zone di sovrapposizione delle stesse secondo i modelli di integrazione delle professionalità e delle discipline
4. Occorre pertanto una formazione specifica che attiene al punto 3
5. Alcuni possono aver fatto confusione relativamente al punto 1, 2 e 3 senza considerare il punto 4

===================

LA PNL non viene presentata come modello terapeutico data l'assenza di prove scientifiche

Una seconda critica frequente, riguarda l'assenza di prove empiriche e ricerche strutturate per quanto riguarda le teorie sostenute dalla PNL, alcune delle quali contrarie alle attuali conoscenze.
Michael Heap sottolineò nel 1988 l'assenza delle teorie sviluppate dai fondatori della PNL sulle riviste o sui libri di testo dedicati alla psicologia.
Secondo Heap, tali affermazioni sarebbero state, se corrette, scoperte notevoli e con importanti implicazioni. Heap approfondì l'argomento con colleghi accademici, ricercatori e insegnanti, scoprendo che tra gli studiosi del settore la PNL aveva scarsa diffusione e ancor più scarso credito.
Questa opinione venne rafforzata dallo studio di Efran e Lukens (1990), che scrissero che "l'interesse originario per la PNL si è trasformato in disillusione dopo averla studiata, tanto che oggi in psicoterapia è solo raramente citata[23].
Nelle opere degli autori che hanno fondato la PNL, è assente il meticoloso procedimento di indagine e osservazione che è invece richiesto dall'applicazione del metodo scientifico.

I mancati risultati

Quando le teorie della PNL sono state sottoposte a verifica, sono per la maggior parte risultate infondate.
Una ricerca condotta da Christopher Sharpley nel 1984 seguita da un'altra di revisione nel 1987 in risposta alle critiche mosse da Einspruch Forman, concluse che c'erano scarsi elementi probatori per la sua utilità come un efficace strumento di consulenza.[24], conclusione supportata anche da Michael Heap nel suo saggio del 1988.
Un gruppo di ricercatori del Counselling Psychology Review (CPR), ha esaminato nel 1995 diverse tecniche e teorie della PNL, concludendo che:
"Non esistono correlazioni significative tra i movimenti oculari ed i predicati verbali e scritti"
"La teoria della PNL circa la determinazione del sistema di rappresentazione preferito da un partecipante in base all'osservazione di un comportamento esterno non può essere sostenuta dall'evidenza sperimentale, così come non sono sostenibili le affermazioni della PNL nel generalizzare la comprensione (rapport)"
Relativamente alla possibilità di curare le fobie in pochi minuti: "Non ci sono studi che corroborino questa affermazione"
"La variabile dipendente usata nella maggior parte degli studi di PNL è l'empatia tra cliente e terapeuta, misurata su una particolare scala (...) Non si tratta di un indice soddisfacente per valutare l'efficacia del terapeuta. Si può trovare un terapeuta di grande empatia, ma inefficace nel modificare comportamenti o sentimenti (...) In conclusione, le prove empiriche a sostegno sia degli assunti sia dell'efficacia della PNL sono praticamente inesistenti"
In seguito, anche la Association française pour l'information scientifique ha definito la PNL come pseudoscienza.

La vicinanza con gli ambienti esoterici

Il New Zeland Cults & Religious Groups List identifica la PNL come un derivato moderno della New Age facente capo ai Large Group Awareness Training Programs[26]. Nello Skeptic's Dictionary vengono sottolineate l'ascientificità delle asserzioni della PNL, e il mero utilizzo di un sistema empatico-amicale per cercare di risolvere le problematiche emergenti nelle sedute.[27]
Massimo Introvigne sottolinea come alcuni esponenti della PNL abbiano avuto contatti con ambienti esoterici, e considera i suoi successivi sviluppi ad opera di Anthony Robbins come centrali nel movimento Next Age. Robbins si sarebbe "formato in quella singolare zona d'incontro fra tecniche per la felicità individuale ed esoterismo che è la Programmazione Neuro Linguistica (PNL) di Richard Bandler e John Grinder",[28]
Alle varie certificazioni (practitioner, master practitioner, trainer, counselor ecc.) offerte dai corsi di PNL attualmente non è riconosciuto alcun valore legale.
Analogamente, i vari corsi privati che formano queste figure in genere non sono promossi da scuole di psicologia, e non vi insegnano psicologi. È infatti contrario alla deontologia professionale degli psicologi insegnare tecniche che non abbiano saldi fondamenti scientifici.

====================

Luxardi (su PLAY):

Intanto grazie per la tempestività con cui è stato accolto il dibattito.
Quel che volevo dire è che sono un po' sorpreso dalle reazioni preoccupate che ho letto. Da un lato si paventa la guerra (l'unico termine bellicoso, mine, viene peraltro dal famoso libro), dall'altro c'è una reazione a difesa dell'operato del professor Melchionda che non sarebbe capito.

Per quanto mi riguarda il prof. Melchionda non necessita di nessuna difesa, è una persona che stimo e apprezzo e credo di averglielo dimostrato.
Per quanto riguarda tutti gli altri, con molti ci conosciamo da una vita e credo ci si voglia anche un po' bene, al di là e al di sopra delle schermaglie congressuali.
Tuttavia anche tra amici possono esserci divergenze e si può riscontrare che le sensibilità cambiano e magari gli interessi divergono. A me, personalmente, tutto ciò che sa di New Age mi fa venire l'orticaria. Ho l'impressione che siano sistemi per improvvisare conoscenze che non si possiedono e sostituire conoscenze approfondite con tecniche imparaticce.
Infine, per favore, non tiriamo fuori gli scontri generazionali. Ho cinquantadue anni, fatti l'altro ieri, e in tutta sincerità sarei lusingato se riuscissi a provare passioni giovanili, ma temo di non essere in grado. Dato che siamo tutti vecchietti, proviamo a evitare di fare come i pensionati che litigano per chi è arrivato prima in posta per ritirare la pensione.
Perdonatemi la leggerezza, ma mi pareva ci fosse un po' da sdrammatizzare.

Relazione consuntiva di Myriam Lopa

Generalità:

1. Il modulo di formazione previsto al suo interno aveva la finalità di generare curiosità tra i partecipanti relativamente alla necessità di prevedere, eventualmente, ulteriori interventi inerenti al lavoro di équipe o gruppi di Soci che devono condividere un obiettivo.
2. Si evidenzia che è stato necessario chiarire il fine ultimo dell'evento formativo che era stato inizialmente frainteso. Il percepito generale supponeva che lo scopo fosse di fornire una metodologia di lavoro terapeutico.
3. Dissipati i dubbi circa le aspettative aula/formatore, dopo un inizio burrascoso in cui si evidenziavano dinamiche di conflitto generale, è stato raggiunta l'idea comune e condivisa che è necessario ricavare nuovi spazi e metodologie di dialogo per il bene futuro dell'Associazione.
4. I membri stessi del Consiglio direttivo produrranno proposte finalizzate al raggiungimento del primo obiettivo identificato, cui ne possono successivamente seguire altri.
5. Analisi: si evidenzia come, nonostante un iniziale clima ostile, si sia comunque arrivati ad un punto comune di intervento.I rappresentanti dell'Associazione che decideranno di partecipare a questo nuovo progetto, collaboreranno in modo che nel prossimo periodo sia possibile individuare alcune priorità per la sua realizzazione.
6. Aree tematiche da implementare tramite moduli formativi: Lavoro di équipe; Gestione del conflitto; Linee base di Marketing

Ballardini

1. Ne abbiamo discusso tra di noi (Ballardini e Schumann) e abbiamo valutato quanto segue:
La SISDCA ha avviato a Navacchio un processo di miglioramento e promozione con particolare riferimento all'area della formazione. La formazione ha fra le sue diverse dimensioni i contenuti clinici e le modalità di trasmetterli all'interno di un'équipe interdisciplinare o in un gruppo di professionisti in formazione : questi aspetti non sono stati minimamente toccati nella riunione del 17/3 , nè sono state messe in discussione Medicina e Psicoterapia dell'evidenza, nè tantomeno è stato disconosciuto il valore della ricchezza di approcci e modelli di cura come risposta a patologie così difficili come quelle che desideriamo curare. Sicuramente si è posta l'attenzione sulla possibilità di migliorare la capacità di comunicare e trasmettere i contenuti societari come elementi che caratterizzano e distinguono un gruppo che si pone nei confronti dell'esterno anche come società di formazione.
2. Al di là dei contenuti della PNL (che è un modello presentato come un "apripista" per un dibattito e un confronto che certamente vorrà essere allargato a diverse metodologie e strategie che favoriscono l'apprendimento a livelli specialistici), deve essere riconosciuto il desiderio di superare l'atteggiamento di auto-referenzialità di cui , concedetemelo, ha sofferto anche una società come SISDCA e che purtroppo sta invadendo l'ambito dei DCA a livello nazionale.
3. Esiste uno sforzo molto evidente sia da parte del Presidente e del CD di volere valutare dei modelli conosciuti e discuterli per costruire un metamodello di comunicazione per la società.
4. Il formare i formatori è un atteggiamento di onestà , cioè esprime il desiderio di promuovere attraverso la società un modello formativo possibilmente efficace che si pone il problema di possedere una vision e una Mission scisse dai contenuti clinici; come un metodo di trasparenza che favorisce il confronto e l'integrazione.

Cerro

Sottoscrivo il consuntivo e mi permetto alcune brevi considerazioni:
1) Credo che la giornata del 17 sia stato un successo perchè ,partendo dalle premesse di alta conflittualità con cui abbiamo iniziato,i lavori si sono svolti con un clima complessivamente costruttivo (anche alla fine della riunione si vedevano persone che avevano ancora voglia di confrontarsi sui contenuti) e questo è sicuramente segno di forza e vitalità di un gruppo.
2)La complessità della cura, e in questo i DAO sono maestri,non sta tanto nel dover tener conto e integrare diversi modelli,tecniche e punti di vista differenti,ma soprattutto nel tollerare l'incertezza e l'esercizio continuo della critica che ci è continuamente imposto dall'incontro con il nuovo e lo sconosciuto,cercando di continuare a "prenderci cura " senza avere alcuna certezza o punto di riferimenti dati una volta per tutte. In questo i gruppi,le aziende o le istituzioni non sono molto differenti dai pazienti,ci richiedono continuamente di apprendere dai nostri errori,di utilizzare i modelli o le tecniche in maniera consapevole,sottoporli all'esercizio sottile della critica,e poi buttarli via,senza idealizzarli ne' demolirli. Personalmente in tutte le

formazioni di "management" o "gestione dei gruppi di lavoro "che ho effettuato,ho visto i formatori tentare di integrare modelli del tutto diversi tra loro, dalla PNL,all'Analisi istituzionale secondo il modello Tavistock (Inshelwood,Obholtzer etc) alla London Economic School,tanto per citarne alcuni,e nessuno si è mai scandalizzato,basta chiamare le cose col loro nome ed utilizzare quello che ci serve in quel momento con quel paziente,quel gruppo,quell'istituzione.
3)Per quanto riguarda la questione che ho posto a Bologna,lungi da me l'idea che non sia necessario con tutte le forze cercare di "tenere dentro" la società più persone possibili,accogliendo il disagio e possibilmente trasformando critiche e dissensi anche aspri in forza propulsiva. Credo che questo vada fatto e vada fatto con tutta la forza necessaria.
La questione che io ponevo era un tantino diversa. Io intravedevo il rischio che ,se la conflittualità viene mantenuta troppo a lungo in un'istituzione,rischia di trasformarsi da conflittualità intorno alle idee a conflittualità interpersonale, e soprattutto rischia che l'istituzione finisca per avere come suo obiettivo "implicito" ,non dichiarato, la risoluzione della conflittualità stessa. Penso che ogni gruppo abbia un suo specifico punto di rottura intorno a questo tema,e se la tensione venga mantenuto a troppo a lungo ,divenga poi impossibile per un leader o un'equipe ritrovare intenti e obiettivi comuni.

Gravina (su PLAY)

Concordo pienamente con l'invito di Lorenzo alla serenità; gli stimoli e gli entusiasmi, così come le critiche, nella stima e nel rispetto reciproci, devono, e mi auguro che possano, aiutarci a riflettere; nel merito della questione avevo già inviato alcuni pensieri al Presidente; senza entrare in aspetti personali le riassumo:
--- la competenza relazionale, l'ascolto attivo, l'empatia, ecc. sono bagaglio necessario per ogni operatore che si occupa di DA;
--- può essere utile che la SISDCA stimoli la formazione a riguardo, per coloro che non la possiedono o per chi voglia arricchirla/affinarla.
Ciò detto, certo umilmente (ma anche con l'esperienza avuta in questo tipo di formazioni), credo senz'altro che sia bene evitare modelli unici "totalizzanti" di riferimento e approcci grossolani e superficiali (alla "moda" o "all'americana") che offrono pseudo-soluzioni ad ogni problema.
Non credo però che si stia parlando di cose di questo tipo; la Società può senz'altro decidere di occuparsi di formazione agli elementi "basic" della relazione terapeutica (anch'io credo che occorra vedere, a Bologna, e poi ev. discutere); in ogni caso ciò non esclude che ci si debba impegnare, e investire, anche in altri "settori" chiave della ns. attività, come già si sta facendo (es. per gli aspetti di farmacoterapia, di formazione al lavoro in team, ecc.) e come penso si farà per altri temi: ad esempio, solo come spunto futuro, potrebbe essere utile una riflessione su psicoterapie e nuovi aspetti delle stesse (sento e incontro molti operatori con forte curiosità e grande interesse riguardo a temi di sicuro valore scientifico come l'integrazione di modelli diversi, o la mindfulness, o remediation cognitive therapy, o mentalization based treatment, ecc).

Donini (su PLAY)

1. Credo che la riunione di ieri a Bologna possa aver rappresentato un momento di svolta dopo le difficoltà iniziate con il Congresso Nazionale di Bologna. Dopo un inizio difficile mi sembra si sia trovato un punto di incontro e di tranquillizzazione reciproca.
Due aspetti in particolare mi sembra siano emersi:
- la necessità di crescere come Società (condividendo idee, progetti, ...)
- la necessità che la Società trovi il modo di essere considerata un punto di riferimento per i DAO in ambito Istituzionale
2, Fermo restando che le affermazioni, eufemisticamente definite dal Presidente come tranchant, non debbono avere alcuno spazio nella discussione, capisco le preoccupazioni del Presidente, ma sono anche convinto che:
- le difficoltà che la Società sta incontrando sul "mercato" (vedi anche vicenda ISS) dipendano da cause a noi esterne e per molti versi non controllabili
- la forza e la vitalità della Società dipendano da quante più forze possiamo mettere in campo, dalla bontà e qualità di quello che diciamo/diffondiamo, dalla bontà dei rapporti che, ahinoi, saremo in grado di mantenere con le Istituzioni
3. Da ciò, a mio avviso:
- la necessità di recuperare alla Società le persone e le Regioni che (per un malsano tentativo di fronda) sono escluse del CD (ottima quindi la gestione della vicenda Senatore da parte di Bongiorno). Si può immaginare quindi di fare riunioni (come si fa nei Consigli di Facoltà) divise in due parti: CD ristretto o allargato. La "soluzione Cerro" che istintivamente condivido rischia purtroppo di essere strategicamente non pagante: facciamo prima tutti i tentativi di recuperare alla Società le forze attualmente ai margini
- ben vengano i contatti che personalmente qualcuno di noi può avere con le diverse Istituzioni (ottimo e tempestivo l'intervento di Spera con Garaci): purtroppo non possiamo pensare che siccome diciamo cose giuste e sensate queste inevitabilmente vengano recepite dalle Istituzioni. Il prof Spera in quanto coordinatore del CRAP (comitato rapporti con la pubblica amministrazione) potrebbe aggiungere tra le sue Mission anche quelle di promuovere il Branding della SISDCA
- la formazione (e la ricerca) così come descritto nell'Agenda messa a punto dal Presidente, diventano essenziali nel far crescere il nostro bagaglio culturale individuale, ma soprattutto della Società
4, Rispetto a questo ultimo punto, mi sembra che sia emersa la necessità di un confronto sui diversi modelli di presa in carico psicologica del paziente con DAO: probabilmente il Comitato Scientifico potrebbe farsi carico di questo aspetto magari nell'ambito delle già previste iniziative di presentazione di casi clinici. Non essendoci un golden standard, l'unica strada, a mio avviso, è quello di essere poco dogmatici e trovare il modo di scegliere/adattare il modello al paziente. Le riunioni potrebbero servire proprio a questo.
5. Un'ultima osservazione: il Presidente si lamenta che al suo enorme impegno non faccia riscontro un adeguato "feed back" da parte dei Soci (vedi Netiquette, EWD, PLAYDCA, sezioni regionali,...). Purtroppo gli impegni che ognuno di noi ha rendono difficile dedicare alla Società un tempo ed

un'attenzione paragonabili a quelle impegnate dal Presidente. A ciò si aggiunga che anche i tempi di reazione e le modalità di interazione di ognuno di noi sono diversi. Mi sembra di aver comunque visto che ci sia l'impegno da parte di tutti a proseguire nella realizzazione del programma e questo credo rappresenti un'implicita conferma della fiducia del CD al suo Presidente.

Gravina in PLAY

L'incontro del 17 e l'impegno del Presidente hanno posto in piena luce la cruciale necessità di migliorare la capacità di comunicare e di trasmettere all'esterno gli obiettivi e i contenuti societari, con particolare attenzione all'area della formazione. Su come farlo la riflessione è aperta.
A riguardo mi preme sottolineare in particolare alcuni aspetti:
1. fare CD ristretti e allargati a seconda dei temi da affrontare e lavorare di più come Commissioni mi sembrano ottime idee.
2. recuperare alla Società le persone "uscite" in passato e di "tenere dentro" chi oggi manifesta dissenso, accogliendo il disagio, favorendo comunque il dialogo e accettando critiche anche aspre in un' ottica costruttiva è un compito necessario; a mio avviso poter fare questo, anche con la fatica che comporta, è segno di maggior forza e di una reale dialettica societaria, e ritengo che tocchi al CD e a ciascuno, insieme al Presidente;
3. mi sembra che Play sia un prezioso, ottimo ed efficace strumento per riflettere e discutere, e comunque il migliore nel panorama a disposizione (telefono e SMS per le comunicazioni personali, mail per avvisi); se per molti è complesso potremmo inviare di nuovo una mail di spiegazione sull'utilizzo;
4. rispetto alla "benedetta" PNL mi pare che si sia tutti d'accordo che non è un buon modello per la clinica e che può essere utilizzato per la facilitazione del lavoro in team (gestione conflitti, ecc.); personalmente l'ho sperimentato, non l'ho trovato particolarmente utile, così come, tanto per essere cristallini, proprio non mi entusiasma Covey; tra l'altro in questo settore molti esperti concordano sul fatto che i modelli monoteorici e onnicomprensivi non siano i più efficaci (in genere la formazione per il team è attuata con l'uso "contaminato" di più strumenti e più modelli); ciò detto credo che se la formazione riguarda il CD come team sia corretto che il Presidente proponga ciò che ritiene più valido e sono, altrettanto chiaramente, disposto ad accettarlo e a collaborare; per il resto avremo modo di esprimerci nel nuovo Forum appena aperto.

Conclusioni del CDNR

1. Il Modello di Covey (The Speed of Trust, 2008) è stato presentato e ampiamente discusso e condiviso.
2. Tutti d'accordo che è necessaria "Formazione dei Formatori" per il futuro della vita della Società.
3. Per quanto riguarda il Modello della Programmazione Neuro Linguistica si fa definitivamente il punto sulla totale mancanza di valore scientifico come modello terapeutico. Il Presidente ha effettuato la redazione della revisione storica della PNL ad uso di coloro che non sono esperti del settore poichè 40 anni di storia della PNL non di liquidano con una affermazione laconica senza una trattazione esaustiva.
4. Questo non vuol dire che alcuni aspetti del nocciolo duro della PNL non possano essere di aiuto nel novero dei numerosissimi modelli da cui non è possibile estrapolare quello "golden".
5. La SISDCA deve, quindi, definire il proprio Brand attraverso quello dei propri Soci e del Consiglio Direttivo che la governa fino alla prossima Assemblea
6. Il Consiglio Direttivo della Società è sovrano e viene dato mandato al Presidente di proseguire nella via tracciata allo scopo di rendere maggiormente visibile la SISDCA per aumentare il proprio impatto nel tessuto assistenziale e scientifico di tutta la Comunità Italiana.
7. Ciò si rende necessario in questo momento storico ove si sta lavorando per la produzione di una Consensus Conference DCA dal ISS e si prospetta la preparazione di Linee Guida e la Formazione Centralizzata degli operatori di tutto il Paese.

Si possono individuare 9 Livelli di Formazione:

1. Il Branding Personale del Professionista: Vendere se stesso non solo per i proprio interesse ma anche per conquistare risorse e strumenti di cura necessari per il percorsi terapeutici che dovrà sovrintendere. Se non amplifica il proprio brand non potrà essere affermato e curerà con i fichi secchi
2. L'Empowerment professionale nell'ambito della afferenza disciplinare: lo Psichiatra deve imparare a fare lo Psichiatra e così lo Psicologo, il Dietista, il Nutrizionista considerando i numerosi modelli nell'ambito della stessa disciplina. Per es. le numerose Psicoterapie nel caso dello Psicologo, i modelli di Terapia Nutrizionale per il Nutrizionista (Prescrizione, Counseling, Educazione Terapeutica, Coaching, Teerapia Cognitivo-Comportamentale) ecc.....
3. L'Integrazione professionale dei membri del Team Terapeutico: Lavorare insieme imparando a gestire le aree di sovrapposizione e non solo la collaborazione o la consulenza
4. Essere Team Leader
5. Formazione per le differenti tipologie di Team Terapeutici in rete: Integrazione tra il livello ambulatoriale con quello Residenziale e quello di ricovero terapeutico in fase acuta
6. Interazione e integrazione delle Reti Territoriali Regionali ed Extraregionali
7. Interazione con le Istituzioni: Imparare a lavorare per le Consensus, Linee Guida, Formazione centralizzata, ecc.....
8. Branding della Società Scientifica o Associazione Professionale di cui il Professionista fa parte come Socio e/o come Gruppo di Soci (Es. CDNR-CDNA-CDNE, Comitati, Commissioni ecc.)
9. Partnership tra Società Scientifiche differenti: Imparare a gestire obiettivi comuni e non affrontare solo i conflitti (Es. Interazione tra SISDCA-SIPA-SIP. ecc)

Per ognuno dei 9 Livelli sono necessari Modelli (non solo terapeutici ma anche organizzativi e di marketing) adatti al contesto in cui devono essere usati e ogni Livello va affrontato nel momento giusto e con la preparazione adeguata del Modello stesso sul piano strategico (come ho dovuto fare a Bologna) stando i conflitti aperti da 20 anni.
Per concludere a Bologna il 17 Marzo ho ingaggiato il facilitatore Formatore dei Formatori (con cui ho avuto tre sessioni di preparazione a Milano a mie spese) per far emergere l'obiettivo, i conflitti e una proposta del modello per il Livello 8 (che deve essere ancora progettato dal CDNR all'ODG di Maggio in occasione del 3° CAFDAO). Seguirà a ruota:

- il modello per il 1° Livello (5° CAFDAO)
- il modello per il 4° Livello (7° CAFDAO come seconda versione del ProFF-DAO di Bologna 2010).

Ho tenuto fede nell'Agenda del Piano Formativo al mandato che mi è stato affidato a Navacchio senza una visione strategica ma in relazione alle opportunità emerse sempre a Navacchio con i progetti presentati e discussi che ho usato alla lettera.

All. 1:
A Proposito di New Age
"New Age" è un'espressione generale per indicare un vasto movimento trans-culturale che comprende numerose correnti psicologiche, sociali e spirituali alternative sorte nel tardo XX secolo nel mondo occidentale. Le numerose e diverse concezioni riconducibili a questa denominazione sono accomunate dall'ideale dell'avvento di un "mondo nuovo" o di una "nuova era", spesso indicata astrologicamente come età dell'Acquario (l'età attuale è detta dei Pesci).

Sotto la definizione di New Age vengono fatte ricadere molte realtà di diversa natura - semplici stili di vita, filosofie, religioni, terapie, organizzazioni, aziende e via dicendo, caratterizzate da un approccio eclettico e individuale all'esplorazione della spiritualità. Il termine New Age è anche ampiamente e ufficialmente utilizzato per riferirsi al vasto segmento di mercato in cui si vendono libri, beni e servizi "alternativi" connessi a tali visioni del mondo.

Il termine "New Age" iniziò a essere diffuso dai mass media statunitensi nei tardi anni ottanta, per descrivere le forme di controcultura spirituale interessate a pratiche e concetti disparati come la meditazione, il channeling, la reincarnazione, la cristalloterapia, la medicina olistica, l'ambientalismo e numerosi "misteri" di difficile interpretazione come gli UFO o i cerchi nel grano anche i bambini indaco.

Questa corrente di pensiero esisteva certamente già dagli anni settanta, e probabilmente deriva almeno in parte dalla controcultura degli anni sessanta. Le generazioni precedenti erano già arrivate a interessarsi ad alcuni (ma non a tutti) gli elementi principali del "sistema di sistemi di credenze" (o paradigma) della New Age, per esempio a pratiche come lo spiritualismo, la teosofia, l'antroposofia o la medicina alternativa. A loro volta, queste dottrine hanno radici nel trascendentalismo, nel mesmerismo, nello swedenborgianismo, nella tradizione rosacrociana e in altre tradizioni esoteriche occidentali (per esempio astrologia, magia, alchimia e cabala).

Ricordiamo che, proprio la generazione dei tardi anni sessanta volse lo sguardo verso l'oriente e abbracciò tecniche, riti, usi religiosi e pensieri filosofici orientali, sospinta anche dal desiderio di rompere gli schemi politico-sociali-culturali-religiosi contemporanei.

Nel mondo di lingua inglese, una delle origini della New Age si può certamente trovare nel lavoro del sensitivo Edgar Cayce, da cui trae origine il termine stesso di channeling (considerato comunemente nella New Age come uno dei mezzi più significativi per mettersi in contatto con esseri di altre dimensioni). L'espressione New Age (o l'analoga locuzione New Era) potrebbe derivare dagli scritti della neo teosofista britannica Alice Bailey. La Findhorn Foundation, fondata nella Scozia del Nord nel 1962, fu una delle prime comunità esplicitamente New Age. Alcuni studiosi, tra i quali Cecilia Gatto Trocchi hanno individuato nel santuario di Esalen, situato a metà strada fra San Francisco e Los Angeles, il primo centro New Age fondato negli anni settanta.

In Russia il movimento è stato molto influenzato dall'eredità dei teosofi Nicholas Roerich e Helena Roerich. Un altro ex teosofo, Rudolf Steiner (poi fondatore del movimento antroposofico), è un punto di riferimento della New Age. In Brasile fonti analoghe si possono rintracciare nel pedagogista francese Allan Kardec che codificò lo spiritismo, o nelle tradizioni folcloristiche africane di Candomblé e Umbanda.

Fra gli eventi che maggiormente hanno contribuito a fornire visibilità al fenomeno della New Age, si devono certamente citare la manifestazione Harmonic Convergence organizzata da José Argüelles a Sedona (Arizona) nel 1987 e la miniserie televisiva Out on a Limb di Shirley MacLaine che, tratta dall'omonimo bestseller che la MacLaine aveva scritto, è un racconto autobiografico delle esplorazioni spirituali dell'autrice. Curiosamente, in quell'anno si dice che si sia avverata una profezia dei nativi americani Hopi, la nascita di un bisonte bianco che avrebbe dovuto portare, secondo la leggenda, un aumento del livello di consapevolezza dell'umanità. Come alcuni hanno fatto notare, quello stesso anno fu firmato un trattato fra USA e URSS per l'eliminazione di missili nucleari a media gittata, e iniziò il processo che avrebbe portato, due anni più tardi, al crollo del Muro di Berlino.

Il problema di quali elementi culturali contemporanei debbano essere inclusi nella New Age è controverso. Il channeling ha evidentemente molti punti in comune con le pratiche medianiche spiritualiste. Movimenti magici come il neopaganesimo e spirituali come la psicologia transpersonale sono parzialmente sovrapposti con la New Age. Alcuni gruppi preferiscono prendere le distanze dalle possibili connotazioni negative dell'etichetta "New Age", come ad esempio la commercializzazione di prodotti e servizi.

Il movimento del Nuovo Pensiero ha origini proprie e indipendenti che risalgono alla metà del XIX secolo, tuttavia alcuni suoi insegnamenti presentano analogie con quelli della New Age e la vita indipendente di cui gode oggi la parte della dottrina del Nuovo Pensiero che va sotto la denominazione di pensiero positivo e l'ampio uso che viene fatto nelle chiese New Thought (sia cristiane che non) di materiali New Age come Un corso in miracoli, fanno sì che tale movimento religioso sia oggi spesso considerato come in parte sovrapposto o comunque collegato alla New Age.

Anche scienziati e pensatori come Fritjof Capra hanno cercato di creare i presupposti culturali per un cambiamento di paradigma della scienza con l'assimilazione di concetti come la medicina olistica, l'ecologia della mente di Gregory Bateson, o i rapporti fra taoismo e meccanica quantistica, evitando però accuratamente di essere in qualche modo assimilati alla New Age vera e propria.

Sezione 7°: Cosa faremo

13. Arrivederci al 1° Dicembre per la preparazione del Libro Verde

Il 1° Dicembre è convocato il CNSR-Senato della SISDCA per la presentazione del Libro Bianco a tutti i 74 Componenti. Le istruzioni saranno date in itinere appena ricevuti i commenti a questa bozza entro il 30 Ottobre.

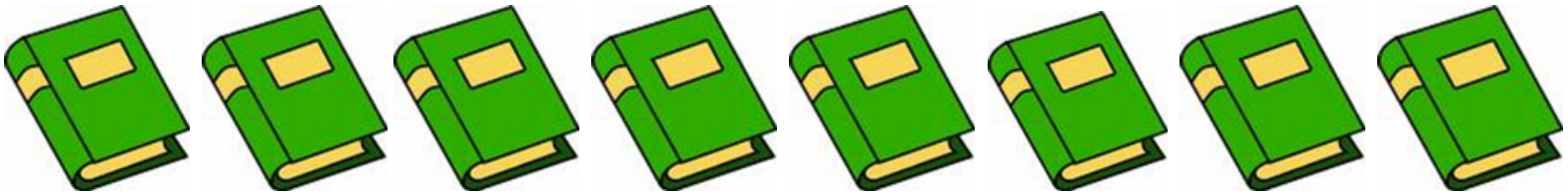
Il Libro Verde serve per promuovere una consultazione generale allargata a tutti i Soci Ordinari in regola e dovrà esporre una gamma ufficiale di progetti e di azioni in fase esecutiva.

Il Libro Bianco contiene una raccolta di idee, di proposte e di azioni pragmatiche ai fini di un dibattito pubblico e costituisce lo strumento per la loro realizzazione. Lo sapevate che è stato preparato un Libro Verde dalla Commissione delle Comunità Europee “Promuovere le diete sane e l’attività fisica: una dimensione europea nella prevenzione di sovrappeso, obesità e malattie croniche”?

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_648_allegato.pdf

Esiste anche un Libro Verde su “Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union”

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf

Il Libro Verde sarà presentato nel corso del 2013-2014.

Cap. F. Allegati Eventuali