



SIGILLUM OSPITALIS IN BOZANO 1200 d.C

Azienda Sanitaria dell' Alto Adige
Comprendorio di Bolzano
Südtiroler Sanitätsbetrieb
Gesundheitsbezirk Bozen

Servizio di Dietetica e
Nutrizione Clinica
Dienst für Diätetic und
Klinische Ernährung



Certificate VISION by
Lloyd's Register for Quality Assurance –
London

Direttore Medico- Ärztliche Director:
Lucio Lucchin



Associazione Italiana
di Dietetica e Nutrizione Clinica

LEVICO
13-14 aprile 2012



COMUNICARE IN NUTRIZIONE

INDICE

Perché questo argomento ?

Quali criticità nella comunicazione pubblica
(informazione per fini generali e preventivi)?

Quali criticità nella comunicazione al paziente?

Come verificare l'efficacia della comunicazione?

PERCHE' QUESTO ARGOMENTO ?



Perché l'opinione pubblica vuole essere informata in materia di nutrizione

9 italiani su 10 sono interessati a sapere sul rapporto nutrizione-salute e sulla qualità del cibo

(il 66% sa cosa sono gli OGM)

Il **24%** ritiene insufficiente lo spazio attualmente dedicato a questo rapporto

il **76%** dichiara che seguirebbe un programma televisivo o radiofonico su argomenti attinenti l'alimentazione

Il **42%** "boccia" il livello d'informazione veicolato dai media su questo argomento

(Istituto nazionale di Ricerche Demòpolis 2011)

Perché è sempre più difficile discernere tra comunicazione corretta e non

Nel 2006-2008 **più di 500 lanci di agenzia** sul rapporto alimentazione-salute (ANSA)



2007 e condotta dall'Università Roma Tre, qualsiasi bambino italiano che guarda la tv 3 ore al giorno – dalle 16 alle 19 –subisce **uno spot alimentare ogni 5 minuti**, per un totale di **32.850 pubblicità in un anno, di cui il 26% relativo a prodotti alimentari** (Univ. Roma 3, 2007).

gli spot che pubblicizzano alimenti ricchi di grassi, zuccheri e sali rappresentano il **36%** del totale di pubblicità.

Una dieta di 2000 kcal con prodotti pubblicizzati porta a un'assunzione di +25% di zuccheri e +20% di grassi (visione della TV per 96 h in prima serata e sabato mattina).

Michael Mink et al. J of Am Dietetic Association 2010;110(6):904-10.

Perché c'è sempre più necessità di recuperare un'etica della comunicazione

QUALI CRITICITA' NELLA COMUNICAZIONE PUBBLICA?

1. La maggior parte dei media punta più sugli indici d'ascolto/n° di copie vendute che sulla qualità.

Si cerca più la notizia sensazione che l'apertura di un costruttivo dibattito su una problematica di rilievo.

20 agosto 2003

**Arkansas, arriva la voce
«peso» nella pagella**

3 agosto 2009

**Cina: bambini obesi in campi
militari**

20 gennaio 2010

**Air France, doppio biglietto a
obesi**

5 settembre 2011

**SCOZIA, QUATTRO BAMBINI TOLTI
AI GENITORI PERCHÉ OBESI**

1 ottobre 2011

**In Danimarca la prima tassa sui
«grassi»**

*«Fat tax» su tutti gli alimenti, in proporzione ai
«grassi saturi» >2,3%*

Arriva a Latina il “Diet tube”, il sondino per dimagrire

(Redazione on Line di **La Camera con il Cittadino** modificato il 07/04/2011 alle 6:42 pm).

Italiani sempre più “rapiti” dal sondino che fa dimagrire. La terapia che trasforma un sogno in realtà – dimagrire 10 kg in 10 giorni – sta infatti prendendo piede sempre più. Tanto che, con l’avvicinarsi della bella stagione, si prevedono numeri da capogiro: «Nei mesi di maggio, giugno e luglio, stimiamo di visitare circa 200 pazienti al giorno. Il doppio, circa, di quanti ne abbiamo trattati lo scorso anno nello stesso periodo».



La rivolta unanime dei nutrizionisti: «La dieta del sondino è pericolosa»

Gli esperti italiani molto severi verso questo trattamento: «Non è un rimedio contro l'obesità e fa male alla salute»

Corriere della Sera 13 maggio 2011

Dieta del sondino, il Consiglio superiore di Sanità ne valuta la pericolosità

[24 giugno 2011](#)

2. Posizionamento degli inserti pubblicitari a pagamento



Primo numero del Corriere della Sera uscito domenica 5 marzo 1876 . Ultime 4 pagine dedicate alle inserzioni a pagamento. Le inserzioni in quarta pagina costavano **30 centesimi** la linea di 7 punti.

3. Qualità della veste degli inserti pubblicitari a pagamento

4. Insufficiente coinvolgimento da parte delle Istituzioni e Società Scientifiche

5. Progressiva carenza di Etica della Comunicazione

L'etica non è più di moda.

Quando se ne parla tende ad essere etichettata, “moralismo” .

Il problema è complesso perché comportamenti consentiti dalla legge possono essere eticamente inaccettabili – mentre comportamenti eticamente corretti possono non essere riconosciuti come tali dalle norme in vigore.

L'etica non deve contrapporsi alla funzionalità, ma esserne sinergica.

«La morale comanda, l'etica raccomanda»

E' importante capire che esistere è comunicare. La condizione di onnivoro ha “costretto” alla comunicazione.

Uno dei motivi per cui non si determina abbastanza spesso il “circolo virtuoso” fra etica, funzionalità, qualità e successo (perciò anche profitto) è la **fretta**.

Chi sarà ricco e chi povero di informazioni?

(Pontificio Consiglio delle Comunicazioni Sociali, Etica nelle Comunicazioni Sociali, (a cura) John P. Foley - Presidente, Città del Vaticano, 4 giugno 2000, Giornata Mondiale delle Comunicazioni Sociali, Giubileo dei Giornalisti)

Incredibile “Colpo di stato” in campo nutrizionale:

il Parlamento approva la tisanoreica

15 febbraio
2012

**La manovra
dietetica in
Parlamento**



Oggi, nella prestigiosa “Sala delle Colonne”, a Roma, abbiamo presentato con il Centro Studi Tisanoreica l’iniziativa “La manovra dietetica in Parlamento”, promossa con l’obiettivo di presentare proposte concrete per ridurre il tasso di obesità in Italia e i relativi costi per lo Stato. Dopo il saluto dell’on. Antonio Mazzocchi, moderati da Luciano Onder, sono intervenuti l’on. Giulio Schmidt (Health & Environment Innovation Consultant), Giacomo Milillo (Presidente della Fimmg – Federazione Medici di Famiglia), Giuseppe Mele (Presidente Fimp – Federazione Italiana Medici Pediatri), Angelo Lino Del Favero (Presidente di Federsanità Anci) e Venanzio Gizzi (Presidente di Assofarm – Associazione Nazionale Farmacie Comunali). Con loro (nella foto, da sinistra: Schmidt, Del Favero, Milillo, Onder, Mele, Gizzi e il sottoscritto), ho lanciato un appello alla classe politica ad assumere iniziative legislative risolutive per contenere il dilagare dell’obesità ed evitare conseguenze disastrose sia sulla salute che sulle tasche dei cittadini.

ADNkronos :mercoledì 29 febbraio 2012

Nutrizionisti scrivono a Balduzzi, no a comunicazioni ingannevoli

Lettera aperta al ministro della Salute, Renato Balduzzi, affinché attivi "tutte le vie possibili per contrastare la comunicazione ingannevole in ambito nutrizionale"

6. Ambiguità Istituzionale, Universitaria in primis.



7. Ruolo delle Agenzie di Comunicazione.

28 marzo 2012

Esame peso per i maturandi Bufera sul nutrizionista Dukan

Il nutrizionista francese Pierre Dukan, che annovera tra i suoi fan le sorelle Middleton, è finito nel mirino dell'ordine dei medici di Parigi che non ha digerito la proposta choc di inserire, per i maturandi francesi, un esame del peso corporeo, e ora potrebbe radiarlo. A darne notizie è l'emittente Europe 1, che riferisce dell'accusa di aver violato

l'articolo 13 del codice di deontologia medica, per il quale ogni medico deve prestare attenzione alle ripercussioni delle sue proposte sul pubblico.

L'obiettivo era quello di insegnare agli adolescenti a mantenere il peso forma e si suggeriva di premiare all'esame di maturità gli studenti che erano riusciti a mantenere un indice di massa corporea (BMI) tra 18 e 25. Sulla testa di Dukan pesa anche un'altra accusa dell'ordine dei medici, che ha rimproverato al nutrizionista di aver trasformato la sua professione in un'attività commerciale. Il dubbio è che con quattro milioni di libri venduti e un fatturato di 100 milioni di euro all'anno, l'attività di Dukan non abbia più molto a che fare con la professione medica.

Art. 55 - Informazione sanitaria -Nella comunicazione in materia sanitaria è sempre necessaria la massima cautela al fine di fornire una efficace e trasparente informazione al cittadino.Il medico deve attenersi in materia di comunicazione ai criteri contenuti nel presente Codice in tema di pubblicità e informazione sanitaria; l'Ordine vigila sulla corretta applicazione dei criteri stessi.Il medico collabora con le istituzioni pubbliche al fine di una corretta informazione sanitaria ed una corretta educazione alla salute.

Art. 56 - Pubblicità dell'informazione sanitaria -La pubblicità dell'informazione in materia sanitaria, fornita da singoli o da strutture sanitarie pubbliche o private, non può prescindere, nelle forme e nei contenuti, da principi di correttezza informativa, responsabilità e decoro professionale.La pubblicità promozionale e comparativa è vietata.

Per consentire ai cittadini una scelta libera e consapevole tra strutture, servizi e professionisti è indispensabile che l'informazione, con qualsiasi mezzo diffusa, non sia arbitraria e discrezionale, ma obiettiva, veritiera, corredata da dati oggettivi e controllabili e verificata dall'Ordine competente per territorio.

Il medico che partecipa, collabora od offre patrocinio o testimonianza alla informazione sanitaria non deve mai venir meno a principi di rigore scientifico, di onestà intellettuale e di prudenza, escludendo qualsiasi forma anche indiretta di pubblicità commerciale personale o a favore di altri.

Il medico non deve divulgare notizie su avanzamenti nella ricerca biomedica e su innovazioni in campo sanitario, non ancora validate e accreditate dal punto di vista scientifico in particolare se tali da alimentare infondate attese e speranze illusorie

8. La presunzione di sapere cosa si deve dire alla gente/paziente.

Si potrebbe supporre che in presenza di una malattia cronica debilitante i pazienti preferiscano una migliore qualità della vita residua, piuttosto che una maggiore sopravvivenza. In realtà uno studio svizzero che ha analizzato oltre 500 pazienti anziani con insufficienza cardiaca ha dimostrato che $\frac{3}{4}$ di essi non scambierebbero una vita più lunga per una migliore qualità.

Hans-Peter Brunner-La Rocca, Peter Rickenbacher, Stefano Muzzarelli, Ruth Schindler, Micha T. Maeder, Urs Jeker, Wolfgang Kiowski, Marcia E. Leventhal, Otmar Pfister, Stefan Osswald, Matthias E. Pfisterer, Hans Rickli, and for the TIME-CHF Investigators. End-of-life preferences of elderly patients with chronic heart failure Eur Heart J first published online November 8, 2011 doi:10.1093/eurheartj/ehr404

Il personale sanitario tende a **sovrastimare le capacità cognitive dei pazienti**. 2 over 65 americani su 5 hanno una capacità di lettura inferiore al 5° livello su 12 (livello medio degli americani 8°-9°)
(Doak et al, 1996)

9. La notizia tranquillizzante.

Bonaccio M., Di Castelnuovo A., Costanzo S., De Lucia F., Olivieri, M., Donati M.B., de Gaetano G., Iacovello L., Bonanni A. (2011)

**Mass media information and adherence to Mediterranean diet: results from the Moli-sani study.
International Journal of Public Health DOI 10.1007/s00038-011-0327-8**

Dai risultati (campione di oltre 1.000 soggetti), è emerso che le persone maggiormente esposte all'informazione mediatica, considerando tutte le varie fonti esaminate, sono quelle che hanno un'alimentazione più vicina al modello mediterraneo,

QUALE CRITICITA' NELLA COMUNICAZIONE AL PAZIENTE ?

1. Tutti parlano di alimentazione e nutrizione



2. I ciarlatani aumentano, anche tra i professionisti



Matteo Ghidoni (Gidoni), detto dei Pitocchi
(Padova ?, 1626 c.- 1689)
Il Medico Ciarlatano



3. Il paziente *(dal latino patior=che soffre, che sopporta, che attende e persevera con tranquillità)*

è cambiato



Il **12%** degli italiani controlla sul web quanto detto dal medico (22% se laureati),

il **12%** discute con il medico quanto letto sul web (23,7% se laureati) e

il **4,7%** contesta il medico in base a ricerche sul web (8,9% se laureati).

Monitor Biomedico 2009 (Adnkronos 13 maggio 2010)

Vuole il Recupero di una visione olistica

Paradosso nel rapporto medico-paziente:

aumento conoscenza- aumento della delega

Recuperare la relazione medico paziente:

59% italiani contento del rapporto con il proprio medico
(*Centro Ricerche Internazionali "Picker" 2002*);

36% cambia medico a causa di un colloquio insoddisfacente
(*Censis 2002*)

4. Gli operatori sanitari conoscono le barriere alla comunicazione?

Comuni barriere all'apprendimento :

**rabbia,
negazione,
paura,
ansietà,**

credenze sulla salute,
differenze di linguaggio,
disabilità fisiche, dolore,
imitazioni cognitive,
pratiche religiose,
età,
co-morbidity,
disponibilità economica,
distanza dal centro clinico.

5. Gli operatori sanitari comunicano sempre peggio

PRIMA DELL'INIZIO DEL COLLOQUIO L'INTERAZIONE NON E' ZERO



Atteggiamento, abbigliamento,
giornale che legge, tono
voce, accento, odore, aspetto,



“è il tipico.....”

Il medico stà dietro alla scrivania o
si alza per salutare?
Indossa il camice?
Com'è la scrivania?
Che tipo di arredamento è
presente?

E' difficile fingere se del paziente c'importa poco

Comunicare significa prima di tutto ascoltare e capire.

E inoltre definire con chiarezza che cosa si vuole comunicare e con quale linguaggio.

La qualità dell'ascolto è più importante della durata della narrazione del colloquio

Raramente si concedono **3 minuti** consecutivi di colloquio.

Interruzione media tra **18 e 23** secondi.

Con **10 secondi in più** il colloquio diventerebbe accettabile

Marvel MK, JAMA 1999;281:283-7

Dyche L.J Gen Internal Med 2005;20:260-70

Rhoades DR.family Med J 2001;33:528-32

Barvel MK. J Am Med Association 1999;281:283-287

Il **23%** dei paz. completa la propria esposizione e solo

l'1,9% è capace di riprendere il filo del discorso

(Beckman, H.B., Frankel, R.M. Annals of Internal Medicine, 1984;101, pp.692-696)

Se un medico dedicasse ad un paziente in dialisi

1 ora in più per ogni mese, l'indice di sopravvivenza aumenterebbe del **7%**.

(Locatelli F. et al J. Nephrol 1999; 12:82-91. 10.000 dializzati di 309 centri di 7 Paesi)

Aumento delle aspettative insoddisfatte.

In media si scopre solo il **50%** di quello che il pz. porta (**1,2-3,9 problemi**).
In genere si ritiene che il primo problema espresso sia la vera esigenza terapeutica.
Il **65%** dei colloqui sottostimano le esigenze dei paz e il 6% li sovrastimano
(*Waitzkin, 1984*).

L' **80%** dei paz cerca maggiori informazioni e
il **20%** ha un atteggiamento evitante
(*Miller and Mangan 1983, Deber 1994*).



In un colloquio sanitario il tempo per le informazioni occupa in media **1 min ogni 20** ed è per lo più indirizzato alla terapia farmacologica invece che, come atteso, a diagnosi, prognosi e modifica degli stili di vita
(*Kindelan and Kent in British general practice 1987*)



Stesse parole accostate in modo diverso =
SIGNIFICATO DIVERSO

Significati diversi accostati in modo diverso =
EFFETTI DIVERSI



sapere:

scegliere le parole

e

porre le domande

(Cosa Le sembra difficile fare? Cosa potrebbe aiutarla?)

è un abilità di **couselling skills**



Le persone cambiano con il tempo,
col variare della relazione,
con il contesto,
con la storia naturale del sintomo o malattia,
con l'interazione con i propri sistemi di
riferimento.



**OBBEDIRE ALLA PRESCRIZIONE = RIDURRE LA PROPRIA AUTONOMIA
e perdere una parte anche importante del controllo sulla propria vita**



REATTANZA PSICOLOGICA

Reazione automatica non cognitiva



Si cerca di recuperare la libertà minacciata
Si cerca di convincersi dell'importanza delle cose da vietare
Si rischia una reazione simil-depressiva, con caduta nel fatalismo negativo e
scarsa volontà di agire

COSA COMUNICARE A CHI ?

Riorganizzazione
accettazione

Sconforto

Tentativo di
contrattare

Fase della lotta alla
malattia

Aggressività

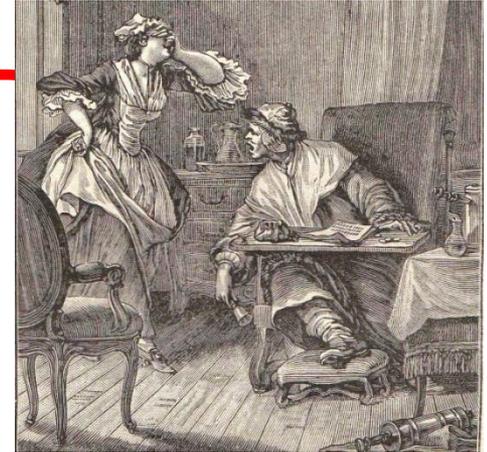
Incredulità rifiuto
shock iniziale

**Ciclo di
Fedele-Toniato
2003**



IL DUBBIO DEL LEBBROSO
(Mc 1,40-45)

Il malato immaginario
Jean-Michel Moreau le Jeune
(1741-1814)



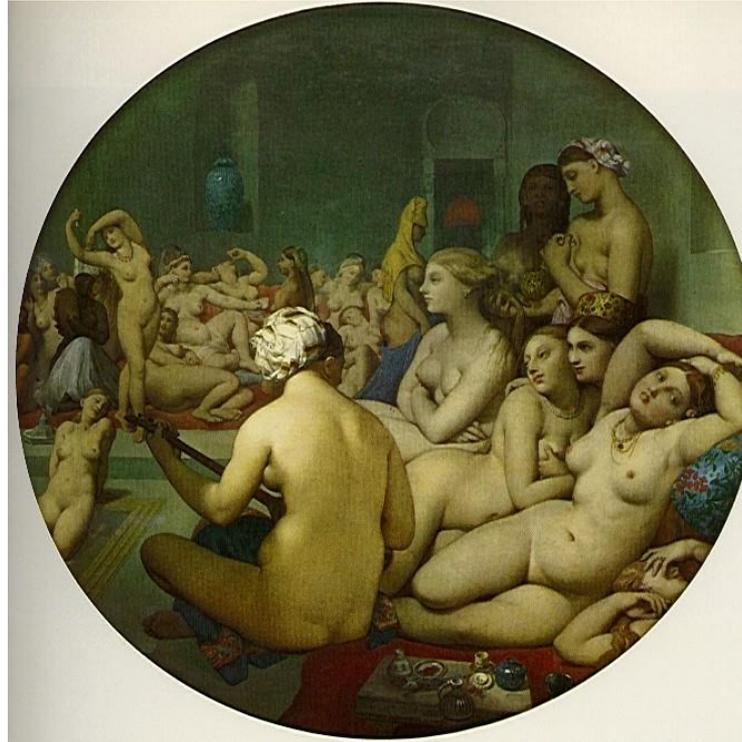
Goya: *La famiglia di Carlo IV*
1800-1801

Quanto tempo è necessario affinché il paziente accetti la propria malattia ?

Quant' è il tempo pedagogico necessario al paziente per imparare a curarsi?



Un cliente soddisfatto racconta la propria esperienza positiva a circa 9 – 10 persone, mentre se insoddisfatto a 20



Jean Auguste
Dominique Ingres

Il bagno turco 1863

Se un paziente reclama, almeno 10 sono insoddisfatti e 200 persone ne vengono a conoscenza

Dal **40 al 60** % di quanto detto da un medico, viene dimenticato dal paziente



Abituarsi a chiedere ad es.: "mi dica quali farmaci sta prendendo per l'ipertensione", piuttosto che : "sta prendendo la terapia per l'ipertensione?"

(The VA/DoD Clinical Practice Guidelines for Management of Chronic Kidney Disease 2007)

ADERENZA TERAPEUTICA O COMPLIANCE ?

Partecipazione non diretta dell'individuo

In Italia solo il **22%** degli ipertesi è sotto controllo; **50%** sopra i 40 a. A maggior rischio di cessazione ad 1 anno : maggior chronic disease score e trattamento antidepressivo, a minor rischio : età più avanzata, frequenza visite mediche, uso di statine, ac. acetilsalicilico, warfarin o antiiperglicemici.

(Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa 2010)

(Charity D Evans. Am J Hypertens, 2012;25(2):195-203)



Il **24-78%** dei pazienti (67-85% dei diabetici tipo II) non segue adeguatamente la prescrizione farmacologica indicatagli dal proprio medico (cut-off 80-95%)

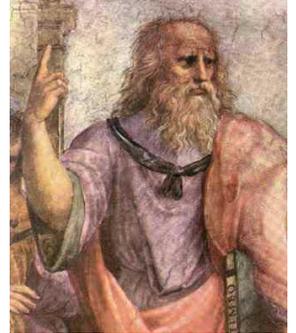
Il **22%** assume una dose inferiore (riduzione di 1/3 negli anziani che devono prendere più di 3 farmaci)
Gravenstein S, Diabetes 2009;(Suppl 1):A518

Il **12%** ignora la prescrizione

Di Matteo MR Med Care 2004; 42: 200-9; Mc Nabb WL Diabetes Care 1997;20:215-20; Wilson W, Diabetes Care 1986;9:614-22; Haynes RB, Circulation 1982; 65:28-33; Lucas GM, Curr HIV/AIDS Rep 2004; 1:172-80

DA RECUPERARE:

Maieutica, dal greco *maia* ("madre, levatrice") e *téchne* ("tecnica"); ovvero, "arte della levatrice". Inventata da Socrate (filosofo greco 469-399 a.C) è la tecnica per cui, attraverso il dialogo, le verità sedimentate nella coscienza vengono portate alla luce e palesate dagli interlocutori con i propri mezzi in ragione dei passaggi logici propri del discorso. "Ti esti"= "che cos'è", quale richiesta di una definizione precisa è la domanda base di Socrate.



Retorica, non intesa come enfasi formale e/o vacuità di contenuti, ma come teoria e metodologia sistematica dell'argomentazione, come concepita da Aristotele (scienziato e filosofo greco 384/383-322 a.C). Elemento fondamentale del complesso sistema comunicativo.



Dell'intera comunicazione quella non verbale costituisce non meno del

65%

(Birdwhistell :*Kinesics and context*. Allan Lane, London 1972)

Scientifico !!!



Esperenziale

Relazionale

Ricco di emozioni

DA NON FARE

Rischio di conflitto

DA FARE

1. **Minacciare, ammonire, predire eventi negativi**

“tempo un anno e prevedo che.....”

2. **Ingiungere ,predicare**

“bisogna che....”, “dovreste.....”

3. **Argomentare, fare appello alla ragionevolezza**

ignorando gli aspetti emotivi

“le ricerche più recenti dimostrano che....”

4. **Esprimere in modo implicito o esplicito giudizi morali o di valore**

“non è bene.....”

5. **Minimizzare**

“bè, la situazione non è poi così drammatica.....”

1. **Accogliere**

non è sinonimo di” accettare” né di” approvare”ma di esplorazione dei significati del paziente

2. **Prendersi cura**

“io come suo medico, devo dirLe che.....”

“mi sembra una cosa positiva che Lei.....”

3. **Negoziare un piano**

“di quel che Le ho detto, ci sono cose che Le risulta difficile da mettere in pratica?”

4. **Esplorare quanto e cosa sa il paziente**

“di questo sintomo,diagnosi,esame,farmaco,cosa sa già? Cosa Le è stato detto?”

5. **Dare spazio alle ricerche di delucidazione**

“c’è qualcosa che vorrebbe sapere di più ?”

SFRUTTARE L'EFFETTO PLACEBO ?

Review

Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects

Damien G Finniss, Ted J Kaptchuk, Franklin Miller, Fabrizio Benedetti

Lancet 2010; 375: 686–95
University of Sydney Pain Management and Research Institute, Royal North Shore Hospital, St Leonards, NSW, Australia

(D G Finniss MSc [Med], Osher Research Center, Harvard Medical School, Boston, MA, USA (T J Kaptchuk), Department of Bioethics, National Institutes of Health, Bethesda, MD, USA (F Miller PhD); and Department of Neuroscience, University of Turin Medical School, and National Institute of Neuroscience, Turin, Italy (prof F Benedetti MD))

Correspondence to: Dr Damien G Finniss, University of Sydney Pain Management and Research Institute, Royal North Shore Hospital, Pacific Hwy, St Leonards, NSW 1585, Australia (d.finniss@med.usyd.edu.au)

For many years, placebos have been defined by their inert content and their use as controls in clinical trials and treatments in clinical practice. Recent research shows that **placebo effects are genuine psychobiological events attributable to the overall therapeutic context**, and that these effects can be robust in both laboratory and clinical settings. There is also evidence that placebo effects can exist in clinical practice, even if no placebo is given. Further promotion and integration of laboratory and clinical research will allow advances in the ethical use of placebo mechanisms that are inherent in routine clinical care, and encourage the use of treatments that stimulate placebo effects.

Introduction

The notion of something called “placebo” started with St Jerome’s mistranslation of the first word of the ninth line of Psalm 116, when instead of translating the Hebrew “I will walk before the Lord”, he wrote “Placebo Domino in regione vivorum” (“I will please the Lord in the land of the living”). By the 13th century, when hired mourners waited for Vespers for the Dead to begin, they often chanted the ninth line, and so were called “placebos” to describe their fake behaviour.¹ Later, in *The Canterbury Tales*, Chaucer named his scyphantic, flattering counter-Placebo. The introduction of placebo controls, which entailed the administration of fake procedures to separate the effects of imagination from reality, began in the 16th century with progressive Catholic efforts to discredit right-wing exorcisms.² Individuals “possessed” by the devil were given false holy objects and if they reacted with violent contortions—as if they were genuine relics of the holy cross or consecrated wafers—it was concluded that their possession was in their imagination. This idea of placebo controls was then used in medical experiments, beginning with the Franklin commission’s debunking of the psychic force of mesmerism or animal magnetism in 1784.³

The use of the word placebo in a medical context to describe innocuous treatments to make a patient comfortable dates from at least the end of the 18th century.⁴ The earlier, unsavoury connections undoubtedly led to the tainted reputation of placebos and placebo effects that persisted until very recently.¹ Mainstream interest in placebo effects only began with the widespread adoption of the randomised controlled trial (RCT) after World War II, when it was noticed that people improved—sometimes dramatically—in placebo control groups.⁵ Soon after, in his famous proto-meta-analysis, Henry Beecher claimed that about 35% of patients responded positively to placebo treatment.⁶ Beecher, however, encouraged an inflated notion of the “powerful placebo” because he failed to distinguish the placebo response from other confounding factors. Since this time, there has been increasing interest in investigating placebo effects by rigorous research methods, especially in the past 10 years. In this Review, we assess whether advances in

understanding of placebo mechanisms in both laboratory and clinical settings could lead to a reconsideration of placebo effects with implications for clinical practice.

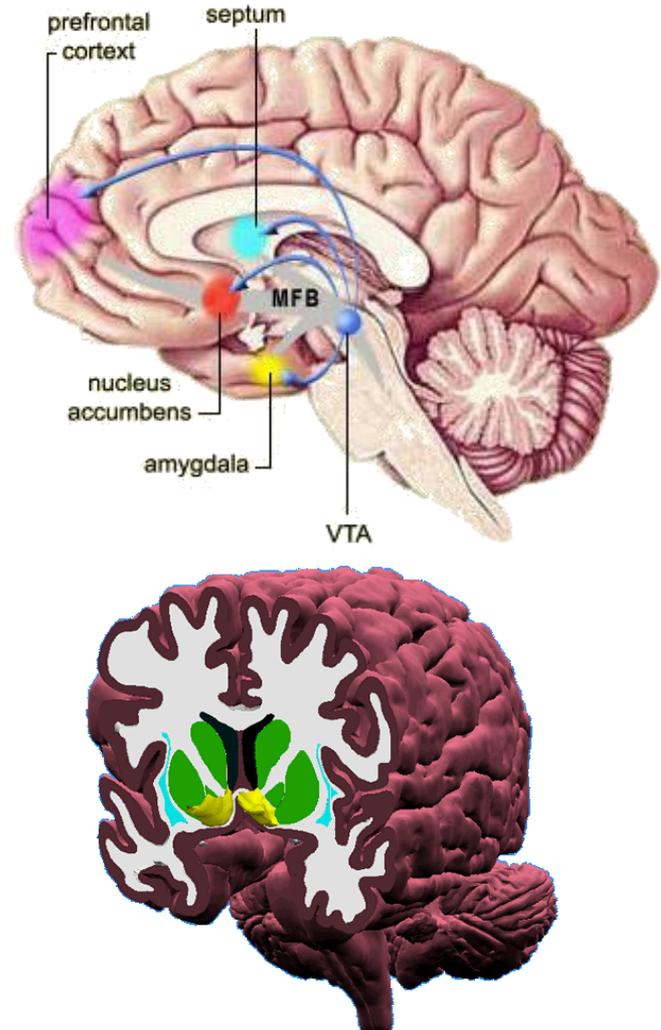
Conceptual background

The association of placebo effects with RCTs has caused confusion because the response in the placebo group is not necessarily a genuine psychosocial response to the stimulation of treatment. In fact, the reported response to placebo in RCTs might reflect the natural course of disease, fluctuations in symptoms, regression to the mean, response bias with respect to patient reporting of subjective symptoms, or other concurrent treatments. Furthermore, a traditional focus on the inert content of a placebo has led to difficulties in defining and understanding placebo effects;^{7,8} not to mention applying them in clinical research and practice.⁹

Much of the controversy surrounding placebo effects relates to how they are considered and then defined.

Search strategy and selection criteria

We searched the Cochrane Library (2001–09), Medline (1902–2009), PreMedline, and Embase (1966–2009) databases for reports published in English using the search terms “placebo”, “placebo effect”, “placebo response”, “nocabo”, “context effect”, “patient-therapist interaction”, “expectation”, and “conditioning”. We mainly selected reports published in the past 10 years, but did not exclude frequently referenced and highly regarded older publications, especially those that were pertinent to the history and understanding of placebo effects. We also searched the reference lists of articles identified by this search strategy, particularly the reference lists of systematic reviews and meta-analyses, and selected those we judged relevant, including review articles and book chapters. Reports were included if they studied or discussed the history, ethics, and mechanisms of placebo use and placebo effects both in experimental and clinical settings. In the case of mechanistic and clinical trials, trials were only included if they were controlled; however, rare exceptions were made for older and relevant articles in which a control group was not used.





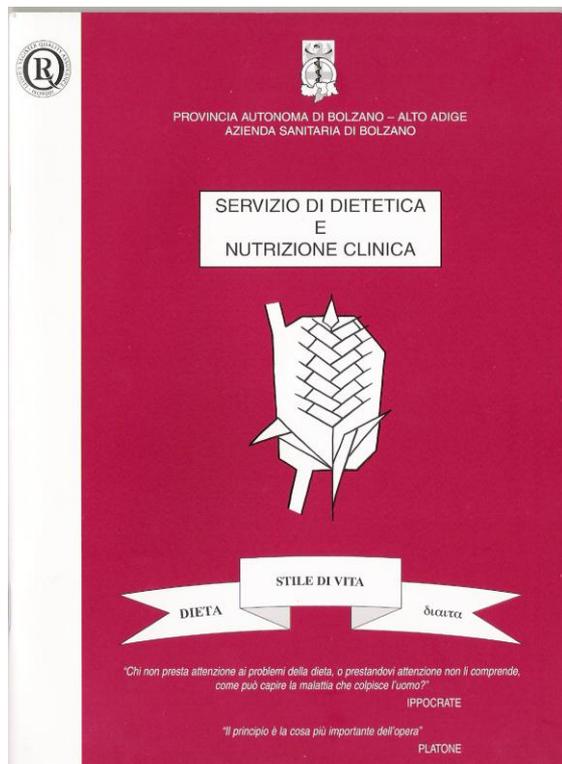
The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Active Albuterol or Placebo, Sham Acupuncture, or No Intervention in Asthma

Michael E. Wechsler, M.D., John M. Kelley, Ph.D., Ingrid O.E. Boyd, M.P.H., Stefanie Dutile, B.S., Gautham Marigowda, M.B., Irving Kirsch, Ph.D., Elliot Israel, M.D., and Ted J. Kaptchuk

N Engl J Med 2011; 365:119-126, July 14.

6. Utilizzo a supporto di materiale cartaceo



24. Durante altri tentativi di dieta le è capitato di sentirsi:
(metta una X sul numero scelto: da 1 – "falso" a 10 – "verissimo")

- irrequieta/o 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 - ansioso 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- triste 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 - soddisfatto/a 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- più sicuro/a di se 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

25. Quanti kg spera di perdere od acquistare complessivamente?
.....

26. Quanti kg ritiene di poter perdere alla settimana?
2 1.5 1.0 0.5 meno di 0.5

27. Riporti 4 aspetti, trattati nell'opuscolo, che l'hanno fatta/o particolarmente riflettere. La preghiamo di non sottovalutare questa domanda, che ci sarà molto utile nel trattamento:

pagina aspetto.....

pagina aspetto.....

pagina aspetto.....

pagina aspetto.....

pagina 10 In questo momento in che fase ritiene di trovarsi? 1 2 3

Dichiaro di accettare le regole e le modalità d'intervento del Servizio, avendo ricevuto dalla lettura dell'opuscolo risposte sufficientemente esaurienti. Mi dichiaro inoltre disponibile per eventuali rilevamenti sui risultati ottenuti.

Data FIRMA

30

Attivata nel 1994, giunta alla VI revisione
www.sbbz.it>Home>Servizi

	BMI>30 (72 pazienti)		
Compilazione questionario	24 pronti	43 dubbi	5 non pronti
Lettura Carta del Servizio	50%	32%	20%
In carico a 12 mesi	75%	49%	20%

Lucchin, Lando 2005

7. Importanza dell'esempio

I medici con le abitudini più discutibili , affermano di provare difficoltà a proporre stili di vita sani ai pazienti, perché hanno una bassissima autostima e ritengono di non essere né credibili né soprattutto convincenti.



(Howe M, Leidel A, Krishnan SM et al. Patient Related Diet and Exercise Counseling: Do Providers' Own Lifestyle Habits Matter? Preventive Cardiology 2010; DOI: 10.1111/j.1751-7141.2010.00079.x.)

COME VERIFICARE L'EFFICACIA DELLA COMUNICAZIONE?



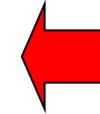
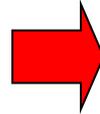
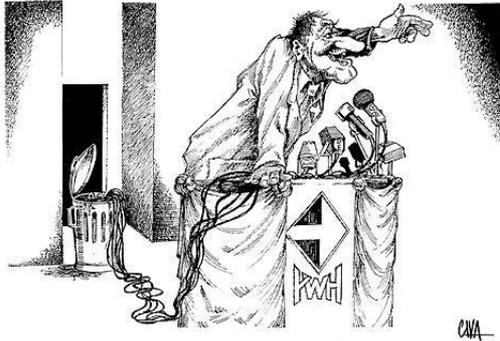
La verifica dell' **EMPATIA**



INCONTRO PRELIMINARE OBBLIGATORIO DI GRUPPO
 (primo mercoledì di ogni mese; durata 90')
 Aprile 2010-dicembre 2011 = 381 obesi
 Rating di valutazione 1 (poco) 5 (molto)

	MEDIA	DS
Chiarezza nell'esposizione	4,7	0,2
Grado d'interesse suscitato	4,6	0,3
Livello del materiale utilizzato	4,3	0,3
Livello di adeguatezza del tempo a disposizione	4,5	0,2
Livello di conoscenza acquisito	4,3	0,3

INFORMAZIONE ALIMENTARE



Questionari da somministrare prima e dopo l'intervento per valutare l'apprendimento e la qualità di una conferenza (interesse, capacità dell'oratore, tempo)

“A chi e' rivolto il materiale?”

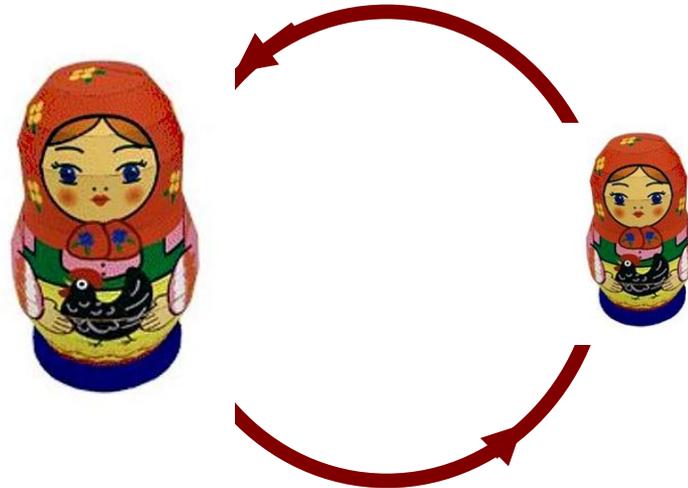
“Come accertarne la rilevanza e l'utilita' per i destinatari?”

Utile un'indagine preliminare sugli ipotetici fruitori. **Il luogo fisico** dove effettuare la verifica (*all'uscita di un determinato posto, piuttosto che all'entrata o all'interno*) e **l'orario del giorno** in cui viene effettuata influisce molto sulla disponibilità alla collaborazione. A distanza di tempo **follow-up sull'utilità**.

“Come si pensa verra' utilizzato?”

“Come avere la certezza che l'informazione verra' facilmente compresa?”. Consigliabile una verifica preliminare su un sottocampione, tramite griglia in grado di rilevare: **comprensione, layout, completezza dell'informazione, interesse suscitato**

INFORMAZIONE ALIMENTARE



EDUCAZIONE ALIMENTARE

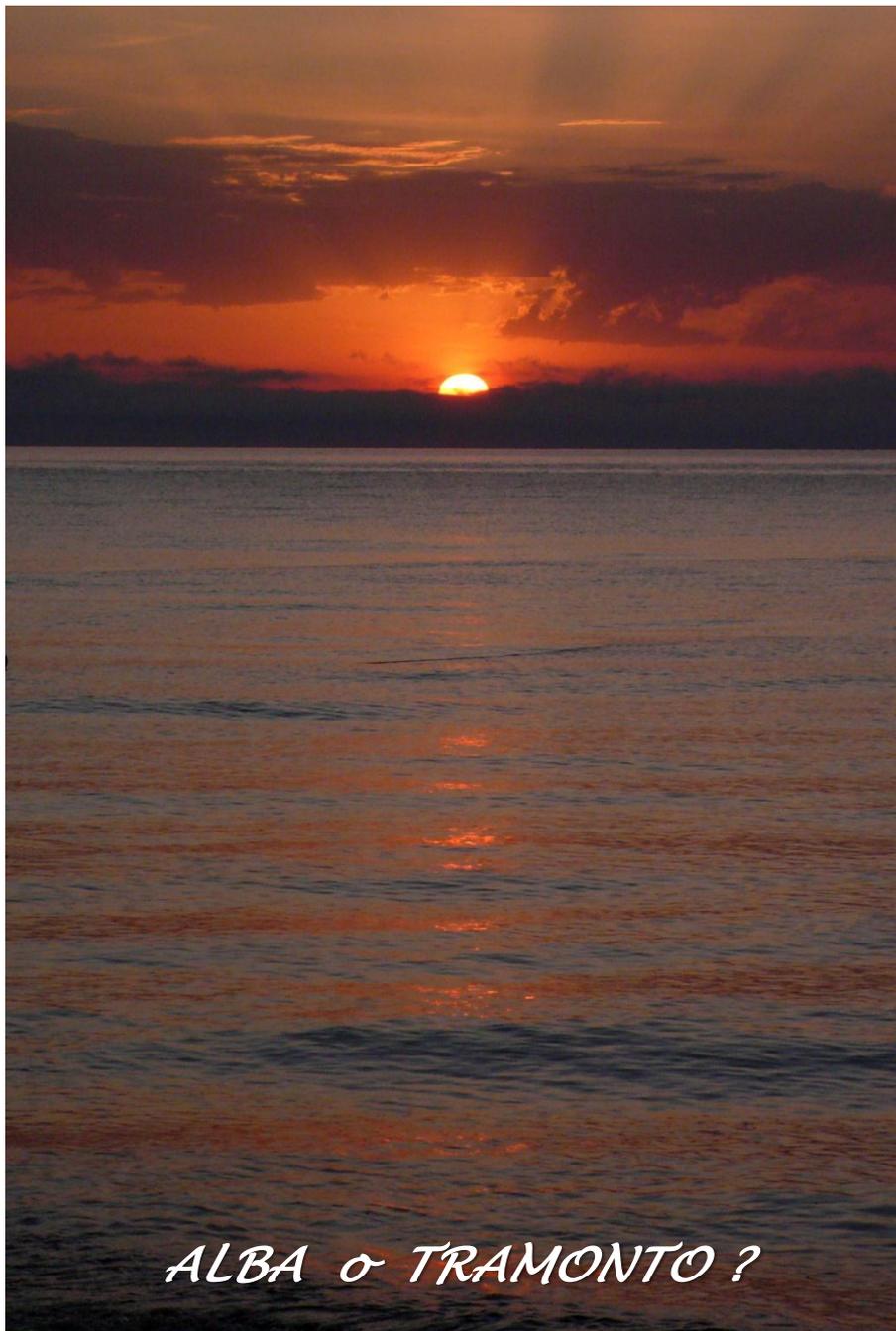
EDUCAZIONE TERAPEUTICA



Lucchin Lucio

Indirizzo metodologico per l'informazione e l'educazione alimentare.

*Da Fatati G. Dietetica e Nutrizione. Clinica, terapia e organizzazione.
Il Pensiero Scientifico Roma 2007:161-1*



ALBA o TRAMONTO ?

*Grazie per
l'Attenzione*

Lucio Lucchin

La dimensione etica tocca non solo il contenuto della comunicazione (il messaggio) e il processo di comunicazione (come viene fatta la comunicazione), ma anche questioni fondamentali strutturali e sistemiche, che spesso coinvolgono temi relativi alle politiche di distribuzione delle tecnologie e dei prodotti sofisticati (

etica e morale designano in modo identico una considerazione regolatrice dei comportamenti umani. La morale non si limita a descrivere, e neppure a comprendere, ma indica all'uomo la norma che deve osservare nel suo agire. E' dunque, per sua essenza normativa. Due sono le origini etimologiche del vocabolo *etica*. Il termine *ithos*, che significa la condotta dell'anima, lo stile nel senso che questa parola aveva nella Francia classica: "lo stylem c'est l'homme". Il termine *ethos*, complementare al primo, può designare l'insieme delle norme che nascono dal rispetto

Diritto all'informazione: quale?

La “ valenza artistica “ della medicina, ma anche l’iperspecializzazione vanno ridimensionate



Recuperare la visione olistica

DEI PROGETTI ATTIVATI QUANTI SONO METODOLOGICAMENTE ACCETTABILI ?

% lavori accettati	Lavori accettati sul totale dei selezionati	Riferimento bibliografico
50,9	500 su 982	Flynn MAT,McNeil DA,Maloff B et al."Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth:a synthesis of evidence with best practice recommendations.Obesity Review 7(suppl1):7-66;2006
13,0	369 su 2786	Whitlock EP,O'Connor A,Williams SB,et al."Effectiveness of Weight management Interventions in Children:a Targeted Systematic review of the USPSTF. Pediatrics 125:e369-e418;2010
5,4	53 su 2901	Van Wijnen LGC,Wendel-Vos GCW,Wammes BM, Bemelmans WJE." The impact of school based prevention of overweight on psychosocial well being of children. Obesity Review 10:298-312;2009
3,2	206 su 6496	Oude Luttikhuis H,baur L,Jansen H,et al.Interventions for treating obesity in children.The Cochrane Collaboration.Published by John Wiley & Sons ,Ltd 2009
1,9	45 su 2355	Whitlock EA,O'Connor EP,Williams SB,Beil TL,Lutz KW.Effectiveness of weight management programs in children and adolescents.Evid Rep.Tecn .Assess (Full Rep :Sep(170):1-308;2008

QUESTIONARI - I



Errori più frequenti

Sono fatti più per gli operatori che per l'utenza

Non è chiara la modalità di rilevamento l'influenza dell'intervistatore e' tutt'altro che trascurabile quando si indagano particolari aspetti. Il ricorso al telefono (*o ad internet*), piuttosto che all'autosomministrazione

Inadeguato addestramento dei rilevatori o delle modalità di rilevazione

Inadeguatezza del layout prima pagina deve risultare chiaro il mittente ed il grado d'istruzione, sulle pagine successive deve sempre risultare identificabile il logo del promotore dell'iniziativa; le domande e le pagine devono essere numerate; le modalità di compilazione del questionario risultano meglio se in corsivo e neretto. Consigliabile l'uso di carta colorata e di caratteri di stampa grandi. Prevedere le opzioni di risposta una sotto l'altra (*piuttosto che una a fianco l'altra*) tutte le volte che e' possibile;

Eccessiva lunghezza in funzione dei dati da raccogliere e dell'utenza (10-12 domande circa)

QUESTIONARI - II

Assenza di una accurata consecutio delle domande: 1) dalle piu' semplici alle piu' difficili; 2) dalle piu' generali alle piu' specifiche; 3) da quelle che registrano fatti a quelle che registrano opinioni; 4) dalle piu' importanti alle meno importanti; 5) da quelle chiuse a quelle aperte; 6) da quelle meno personali alle piu' personali.

Scarso raggruppamento delle domande per tematica e possibili risposte (*sezione I, II, ecc.*)

Spesso poco comprensibili come termini e finalita' di domanda. *"Che dato ottengo da questa risposta? Mi seve?"*. Domande del tipo: *"vai spesso nel bosco?"* sono poco chiare.

Presenza di domande che danno più informazioni: *"ha gia' avuto mal di stomaco o diarrea?"* (2 informazioni).

Presenza di domande che prevedano opzioni che non si escludono: da 15 a 20 o da 20 a 25. *"Chi vuole rispondere 20 in quale intervallo si inserisce ?"*.

Prevedere risposte che soddisfino l'attesa degli sperimentatori, quindi meno risposte aperte possibili (*es: elenca cio' che mangi a colazione; elenca i cibi che ti piacciono meno, ecc.*),

Scarso utilizzo di scale di valutazione numerica (*es: scrivi quanto ti piace il pasto in mensa. Dai un voto da 1 ,se non ti piace per nulla, a 10, se ti piace moltissimo*) o qualitativa (*scarso, quasi normale, normale, abbondante*), ecc.

Assenza di domande di controllo della congruenza di quanto affermato. Questo aspetto e' particolarmente importante con i bambini ,maggiormente condizionati da stereotipi (*es: una domanda puo' chiedere se si mangia regolarmente la verdura, ed un'altra il perche' la verdura piace poco*).

QUESTIONARI - III

I questionari devono essere validati, cioè testati preliminarmente su un gruppo campione di cui si conoscono esattamente le caratteristiche da valutare. In tal modo si può verificare la congruità tra le risposte date e la realtà (*ad es., se si vuole valutare il consumo di verdura settimanale con un questionario, lo devo provare su un gruppo di bambini le cui madri sanno dirlo con esattezza*).

E' anche importante che si accerti preliminarmente se i termini usati sono comprensibili, se il significato della domanda è chiaro, se le modalità di risposta sono chiare. Qualora non si ottengano i risultati attesi, il questionario deve essere modificato.



4 marzo 2004

«Scuole, via le merendine dalla ricreazione»

Il governo francese abolisce il pasto nella pausa: «Troppi bambini obesi». Proibite le macchinette degli snack

20 agosto 2003

Arkansas, arriva la voce «peso» nella pagella

21 aprile 2008

New York. Tutti i ristoranti della Grande Mela saranno obbligati per legge ad indicare sul menù le calorie di ogni piatto che viene proposto alla propria clientela.

3 agosto 2009

Cina: bambini obesi in campi militari

10 luglio 2009

Inghilterra: £1 shopping voucher for a pound: NHS to pay the obese to lose weight

20 gennaio 2010

Air France, doppio biglietto a obesi

13 aprile 2010

Inghilterra: per i ragazzini non usare la parola 'obeso'., piuttosto 'peso non salutare'.

5-19 gennaio 2011

Inghilterra: incentivi per comportamenti salutari acquisto frutta e verdura.

Cibi sani scontati per tutti

19 febbraio 2011

Da settembre nei ristoranti inglesi obbligatorie le calorie sui menu.

5 settembre 2011

**SCOZIA, QUATTRO BAMBINI TOLTI
AI GENITORI PERCHÉ OBESI**

1 ottobre 2011

**In Danimarca la prima tassa sui
«grassi»**

*«Fat tax» su tutti gli alimenti, in proporzione ai
«grassi saturi» >2,3%*

L' **11,3%** dei pazienti diabetici tipo II dedicano mediamente **108 minuti al gg** in attività connesse alla patologia.



*Russell LB, Suh D-C, Safford MM. Time requirements for diabetes self-management: too much for many?
J Fam Pract. 2005;54:52-56*



S. Jay Olshansky, Douglas J. Passaro *et al.*

"A Potential Decline in Life Expectancy in the United States in the 21st Century"

New England Journal of Medicine March 17, 2005; 352;11; pp1138-1145

The WA Health Department study compared the impact several risk factors had on the level of disease in 2006. It found that **obesity was responsible for 8.7 per cent of diseases that year, with tobacco contributing to 6.5 per cent.**

Canada, Victoria Hoad :9 aprile 2010

Swinburn B.

Increased energy intake alone virtually explains all the increase in body weight in the United States from the 1970s to the 2000s. 2009

European Congress on Obesity; May 6-9, 2009; Amsterdam, the Netherlands. Abstract T1:RS3.3



Identificazione delle risorse esistenti e del livello di competenza



Definizione delle priorità



Sanità news



Prima Pagina

LA SID PROPONE DI CURARE GLI OBESI NEI CENTRI DIABETOLOGICI





Come migliorare l'aderenza terapeutica ?

Importanza del counselling:

stadio 3 : livello di evidenza IV, stadio 4: livello di evidenza II



Tempo disponibile per i pazienti



Se un medico dedicasse ad un paziente in dialisi **1 ora** in più per ogni mese, l'indice di sopravvivenza aumenterebbe del **7%**.

(Locatelli F. et al J. Nephrol 1999; 12:82-91. 10.000 dializzati di 309 centri di 7 Paesi)

Dal 2001 al 2006 la percentuale di farmaci che non sono andati oltre gli studi di Fase II – quando le nuove molecole vengono testate vs placebo – è salita del **20%**, e quella dei farmaci bloccati in Fase III dell' **11%**, anche qui soprattutto per i risultati troppo scarsi vs placebo.



E' come se l'effetto placebo diventasse anno dopo anno più potente.

Con i buoni auspici dei National Institutes of Health, una serie di major farmaceutiche (Merck, Lilly, Pfzire, AstraZeneca, GlaxoSmithKline, Sanofi Aventis, Johnson & Johnson e altre) ha dato vita al Placebo Response Drug Trial Survey, che attarverso l'analisi di un'enorme quantità di dati punta a fare luce sulle variabili responsabili dell'apparente boom dell'effetto placebo.

Fonte: Silberman S. Placebos are getting more effective. Drugmakers are desperate to know why. WIRED 24/08/2009

“Sta tramontando l'era nella quale l'industria era sicura che i suoi prodotti sarebbero stati in grado di curare le patologie da soli”. La sfida della prossima era è d'inglobare l'effetto placebo nel percorso terapeutico”.

(William Potter, vicepresidente Merck)