



1° Giornata Nazionale
del *Gruppo Donna*

IL PERCORSO DI AMD PER LA MEDICINA DI GENERE:

dalle differenze di genere
alle pari opportunità

Olbia, 16 e 17 marzo 2012
Mercure Olbia Hermaea





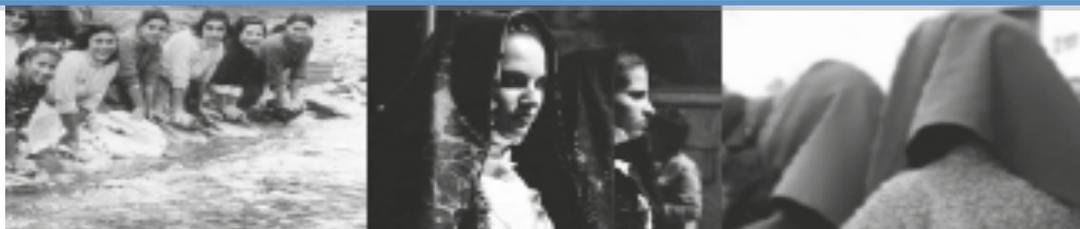
2^ SESSIONE: Gli Annali di genere: quali differenze.

BMI: grasso è donna? L'intervento efficace per modificare lo stile di vita



Dott.ssa Nicoletta Musacchio

1^ Giornata Nazionale
del Gruppo Donna
Olbia, 16 e 17 marzo 2012



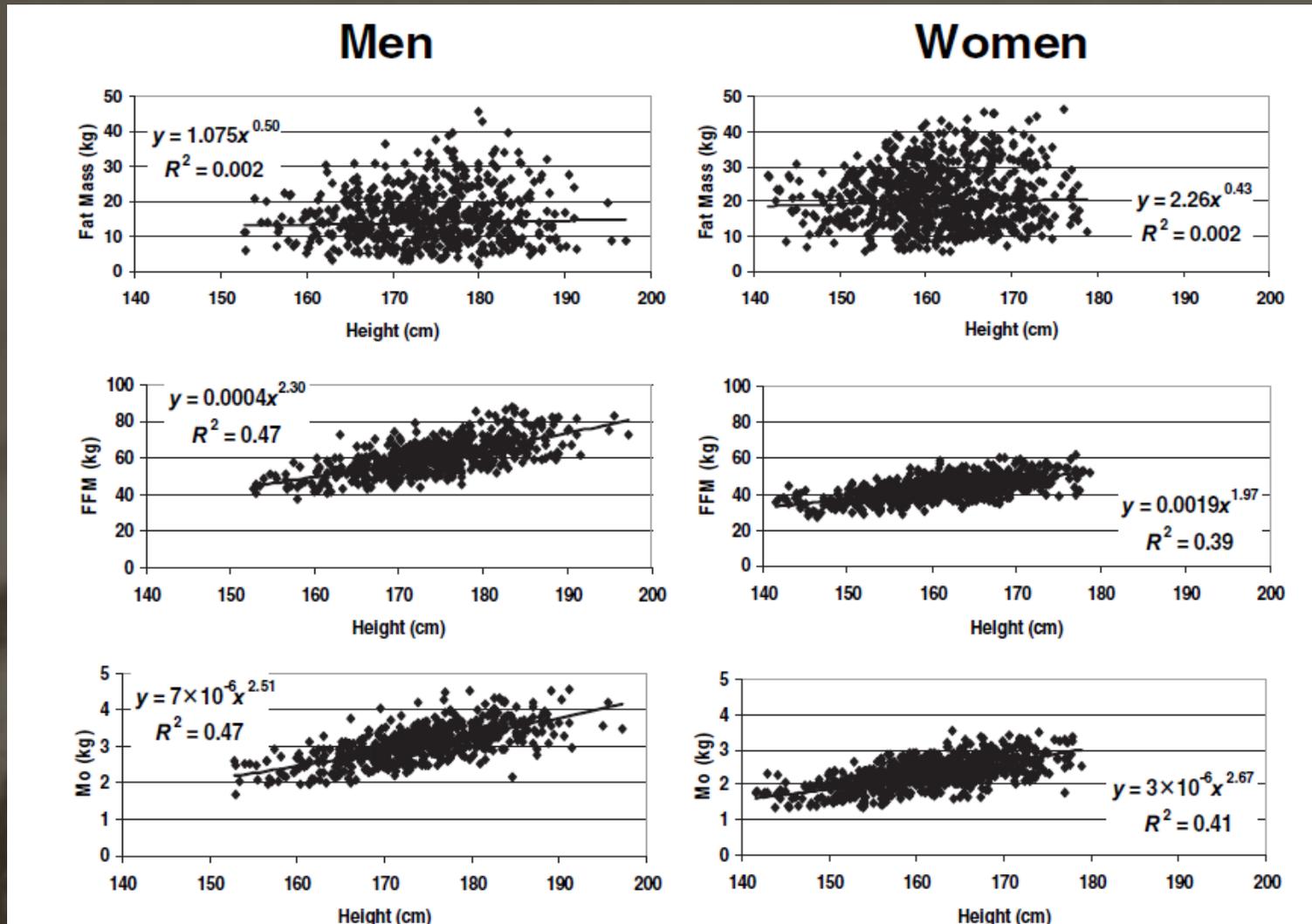
BMI: grasso è donna? L'intervento efficace per modificare lo stile di vita

Dott.ssa Nicoletta Musacchio

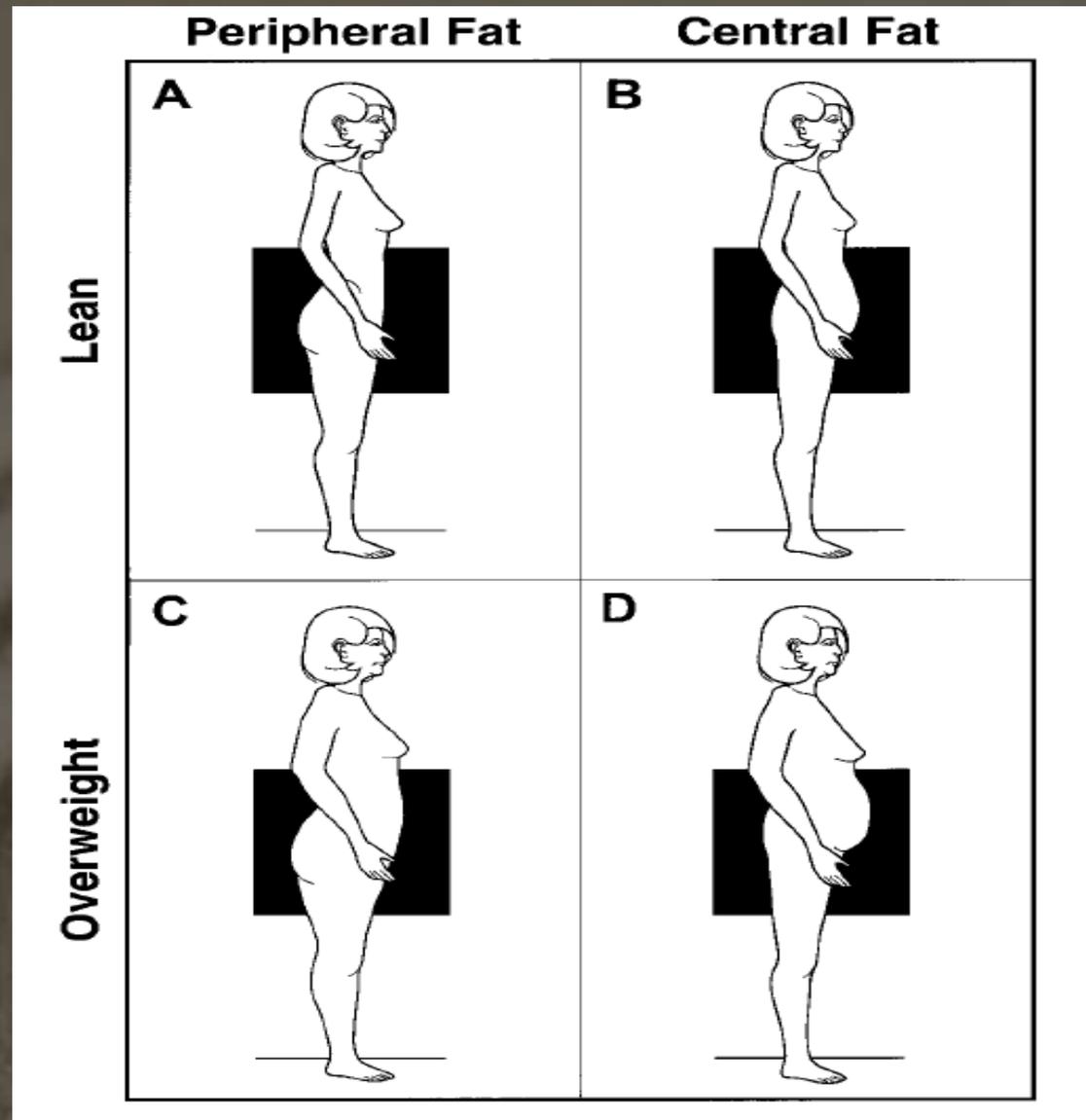
Segretario Consiglio Direttivo Nazionale Associazione Medici Diabetologi
Responsabile U.O.S. Integrazione Territorio e Centro di Attenzione al Diabetico.

Azienda Ospedaliera I.C.P. Milano

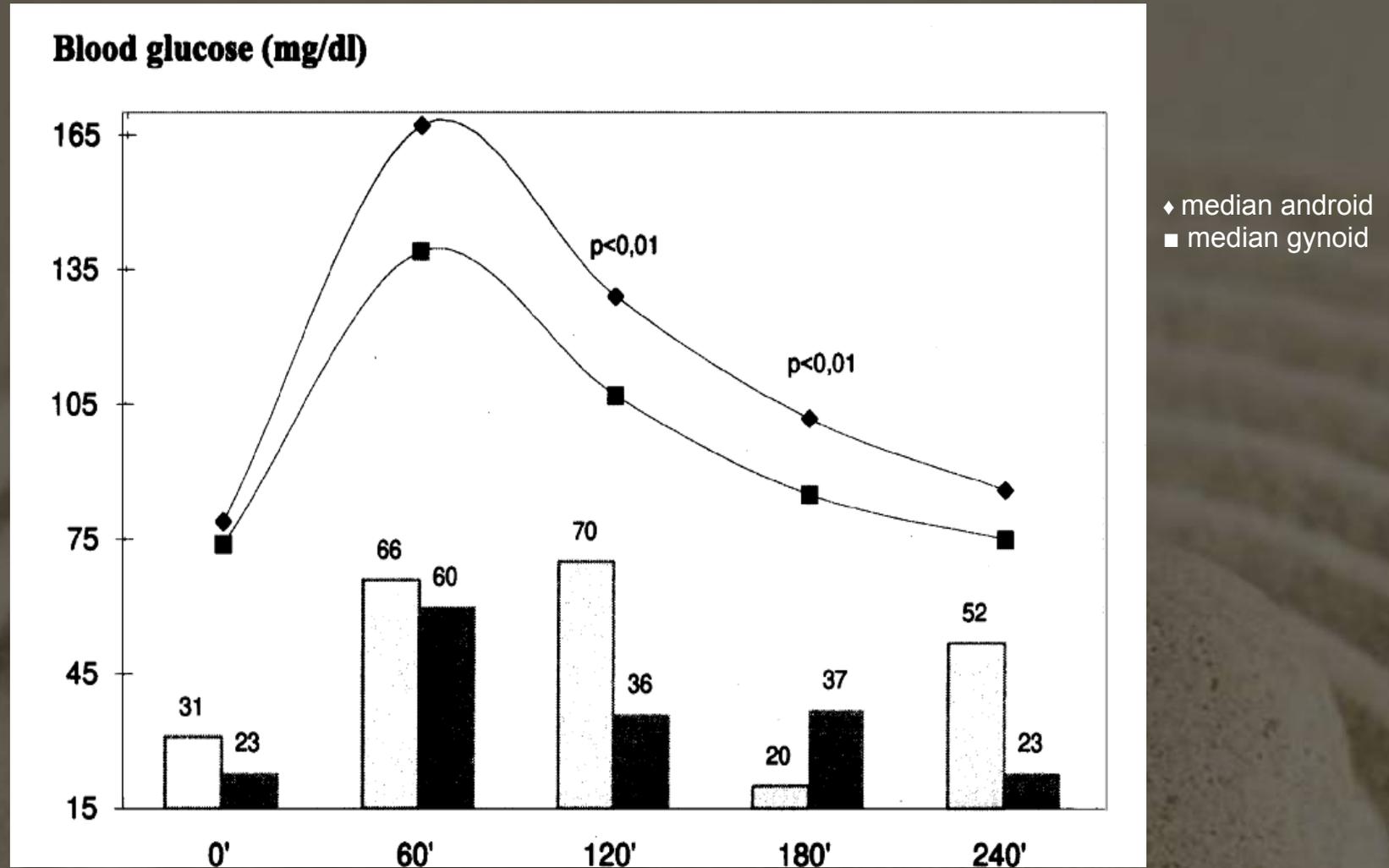
Peso e composizione corporea



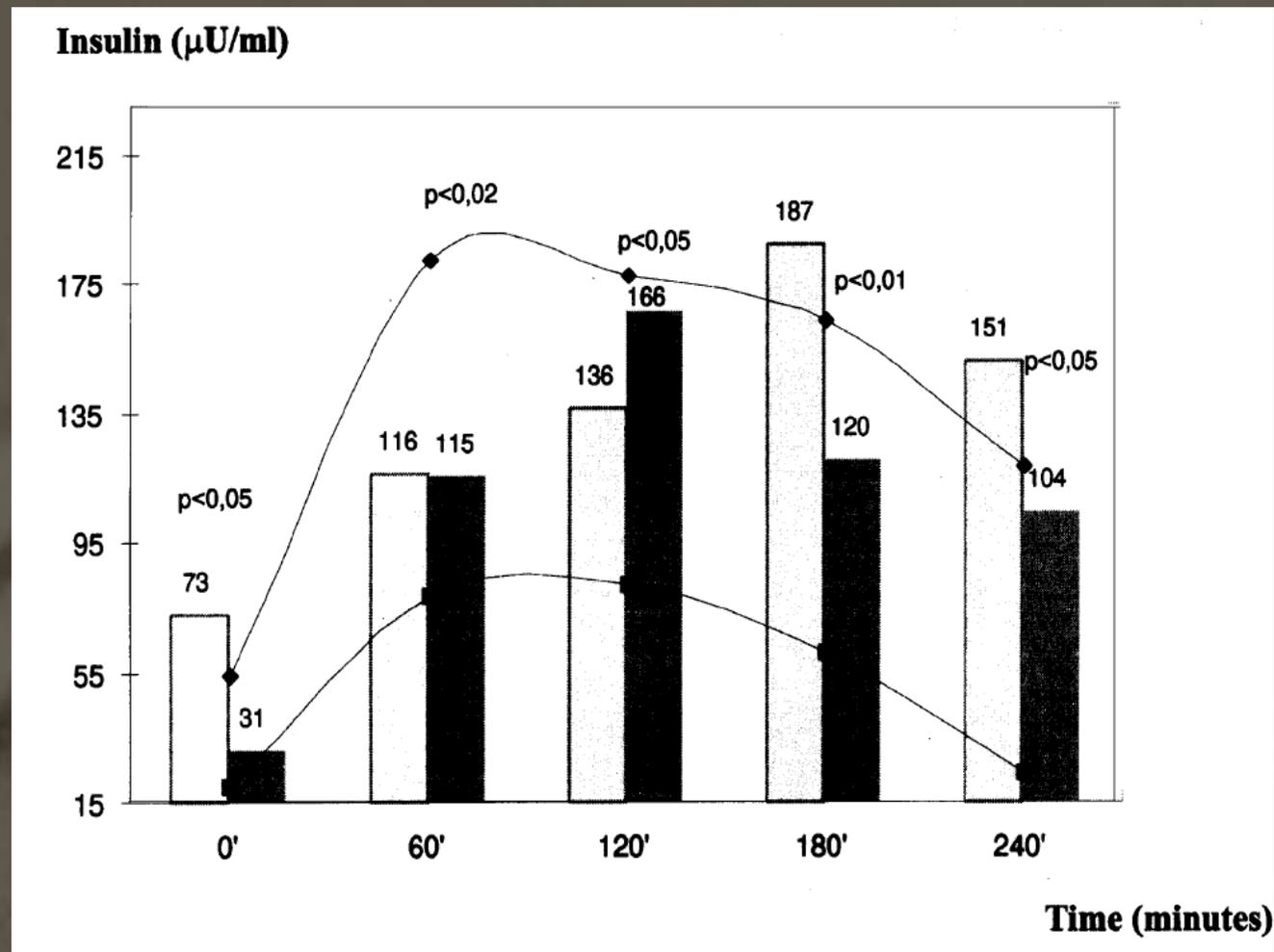
Distribuzione del grasso corporeo



Valori glicemici



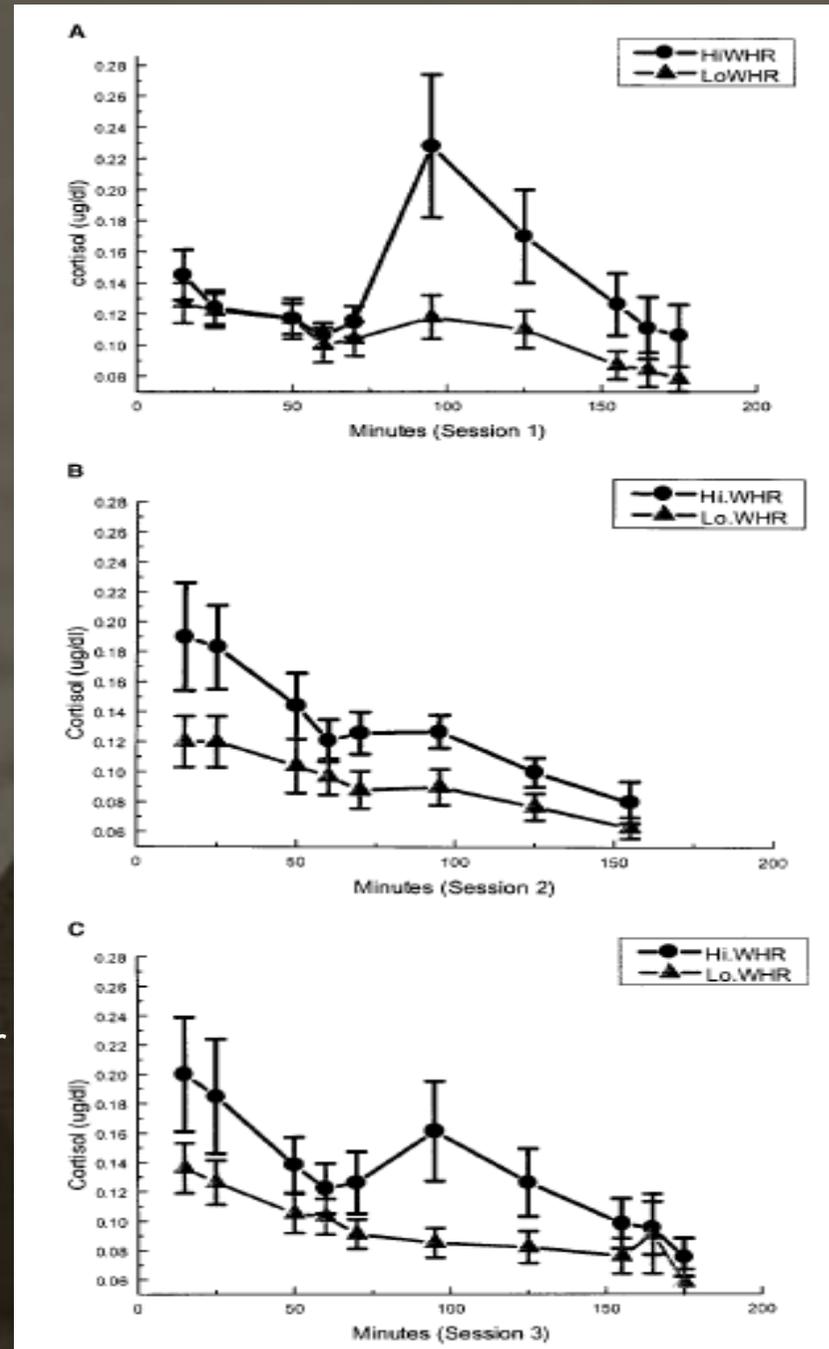
Secrezione di insulina



Risposta allo stress

Average cortisol response to stress sessions among lean women with a high or low WHR. *Top*, Mean cortisol response to first exposure to stressors (novel stress). *Middle*, Mean cortisol response to second exposure to stressors (familiar stress). Bottom, Mean cortisol response to third exposure to stressors (familiar stress).

E. S. Epel et al 2000



Caratteristiche di un campione di donne tra i 42-52 anni

	Overall (n=543)		African American (n=325)		Caucasian (n=218)	
	Mean	SD [*]	Mean	SD	Mean	SD
Age (years)	45.6	2.7	45.5	2.8	45.7	2.6
Body Size Measures						
Height (cm)	163.5	6.2	163.8	6.1	162.9	6.2
Weight (kg)	85.8	21.8	86.7	22.0	84.3	21.5
Body Mass Index (kg/m ²)	32.1	8.1	32.3	8.1	31.8	8.0
Waist circumference (cm)	94.1	17.2	94.8	16.9	93.2	17.6
Hip circumference (cm)	113.9	16.2	113.8	16.3	113.9	16.1
Waist:Hip Ratio	0.83	0.1	0.83	0.1	0.82	0.1
Fat mass (kg)	36.4	16.4	37.2	16.9	35.0	15.5
Lean mass (kg)	49.4	8.7	49.3	8.7	49.6	8.6
Skeletal muscle mass (kg)	21.8	3.4	21.7	3.4	21.8	3.3
SMI (kg/m ²) [†]	8.1	1.2	8.1	1.2	8.2	1.1
Log FSH (mIU/ml) [‡]	2.9	0.7	2.9	0.8	2.8	0.6
FSH (mIU/ml) [§]	17.8	13.1	18.9	13.9	16.3	12.0

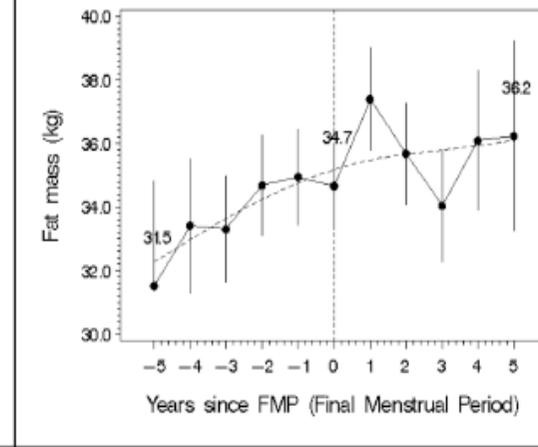
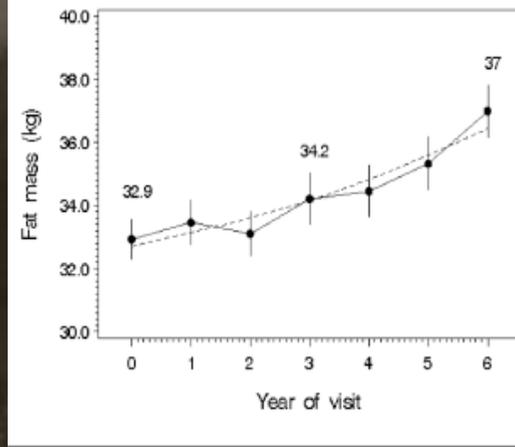
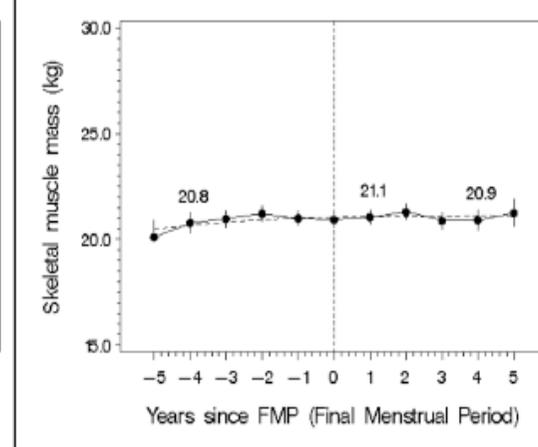
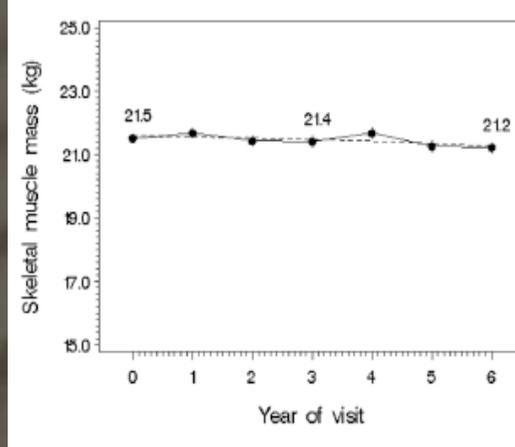
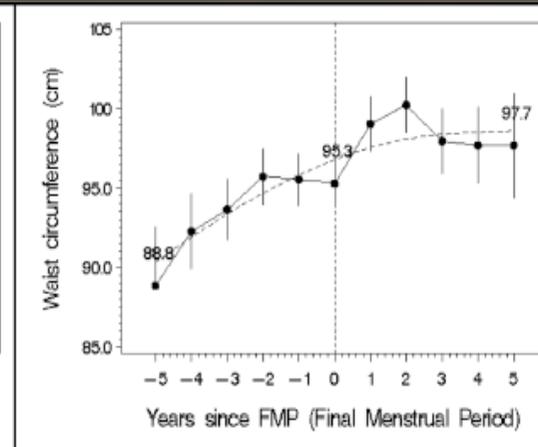
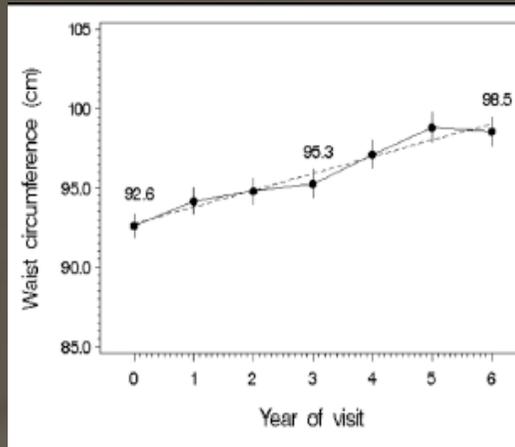
* SD is the standard deviation

† SMI is the Skeletal Muscle Index

‡ Log transformed values are presented due to the skewed distribution of FSH

§ FSH values presented have been transformed back to their original scale

Circonferenza vita, massa muscolare e massa grassa

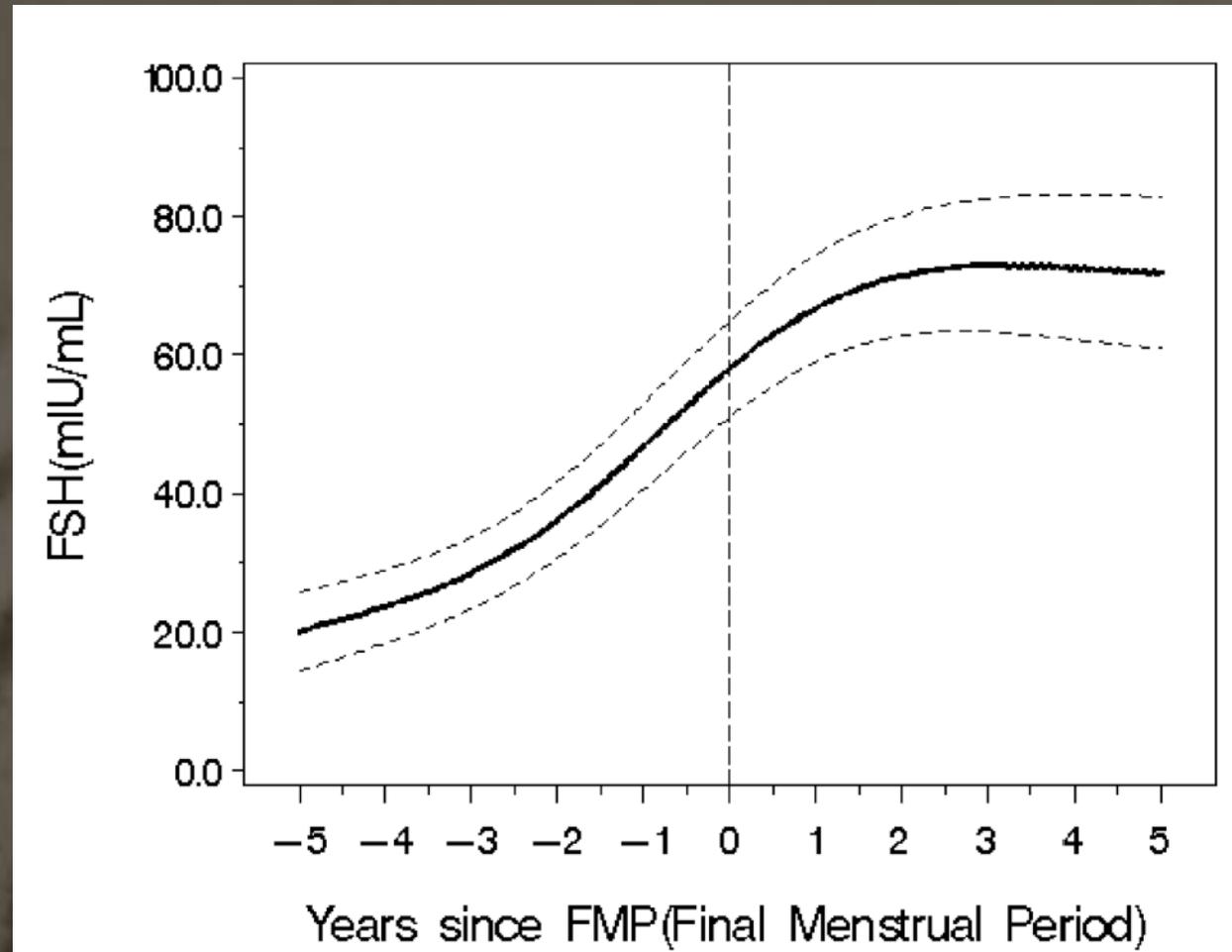


Stima della variazione della composizione corporea

Body Size/Composition Measures	Annual Change	Relative 6-Year Change	Absolute Cumulative 6-Year Change
Weight (kg)	0.6% (~0.5 kg)	3.4%	2.9 kg
Height (cm)	-0.064 cm*	0.24%	-0.38 cm
BMI (kg/m ²)	0.7% (~0.2 kg/m ²)	4%	1.2 kg/m ²
Waist (cm)	1% (~0.9 cm)	6.2%	5.7 cm
Fat mass (kg)	1.6% (~0.57 kg)	10.1%	3.4 kg
Skeletal muscle mass (kg)	-0.18% (~-0.04 kg)	-1.06%	-0.23 kg

* Percent of annual change depends on time of visit

Variazione dell'FSH



Sowers et al 2007

Fattori culturali e lavorativi in relazione al BMI e al WHR

	<i>BMI</i> ≥ 25.05 (n = 281) n (%)	<i>BMI</i> < 25.05 (n = 856) n (%)	<i>WHR</i> ≥ 0.858 (n = 270) n (%)	<i>WHR</i> < 0.858 (n = 867) n (%)
High–low educational level	84 (29.9)–189 (67.3)	410 (47.9)–440 (51.4)	81 (30.0)–183 (67.8)	418 (48.2)–441 (50.9)
Employed–out of work	197 (70.1)–78 (27.8)	669 (78.2)–171 (20.0)	187 (69.3)–79 (29.3)	679 (78.3)–170 (19.6)
Shift work–no shift work	49 (17.4)–210 (74.7)	128 (15.0)–675 (78.9)	47 (17.4)–203 (75.2)	130 (15.0)–682 (78.7)
Satisfied–less satisfied with work	175 (62.3)–14 (5.0)	598 (69.9)–27 (3.2)	174 (64.4)–12 (4.4)	599 (69.1)–29 (3.3)
Satisfied –less satisfied with colleagues	193 (68.7) –10 (3.6)	634 (74.1) –8 (0.9)	186 (68.9) –7 (2.6)	641 (73.9) –11 (1.3)
Satisfied–less satisfied with management	133 (47.3)–32 (11.4)	459 (53.6)–72 (8.4)	140 (51.9)–21 (7.8)	452 (52.1)–83 (9.6)
High–low degree of influence on work situation	58 (20.6)–85 (30.2)	232 (27.1)–181 (21.1)	56 (20.7)–75 (27.8)	234 (27.0)–191 (22.0)
High–low degree of work demands	157 (55.9)–19 (6.8)	517 (60.4)–42 (4.9)	140 (51.9)–19 (7.0)	534 (61.6)–42 (4.8)
Often–seldom attempts to alter work situation	116 (41.3)–26 (9.3)	451 (52.7)–44 (5.1)	107 (39.6)–18 (6.7)	460 (53.1)–52 (6.0)

Parametri comportamentali in relazione al BMI e al WHR

	<i>BMI</i> ≥ 25.05 (n=281) n (%)	<i>BMI</i> < 25.05 (n=856) n (%)	<i>WHR</i> ≥ 0.858 (n=270) n (%)	<i>WHR</i> < 0.858 (n=867) n (%)
Unmarried–married/cohabit	46 (16.4)–199 (70.8)	126 (14.7)–601 (70.2)	35 (13.0)–200 (74.1)	137 (15.8)–600 (69.2)
Divorced no–yes	245 (87.2)–33 (11.7)	727 (84.9)–123 (14.4)	235 (87.0)–32 (11.9)	737 (85.0)–124 (14.3)
Housing conditions				
Living in apartment	187 (66.5)	489 (57.1)	183 (67.8)	493 (56.9)
Living in terrace house	29 (10.3)	125 (14.6)	30 (11.1)	124 (14.3)
Living in private house	54 (19.2)	220 (25.7)	48 (17.8)	226 (26.1)
Frequent–less frequent ability to relax at home	193 (68.7)–20 (7.1)	551 (64.4)–67 (7.8)	176 (65.2)–20 (7.4)	568 (65.5)–67 (7.7)
High–Low degree of time pressure	119 (42.3)–37 (13.2)	418 (48.8)–98 (11.4)	114 (42.2)–37 (13.7)	423 (48.8)–98 (11.3)
Frequent–less frequent physical exercise	36 (12.8)–147 (52.3)	192 (22.4)–328 (38.3)	26 (9.8)–150 (55.6)	202 (23.3)–325 (37.5)
Frequent–less frequent walking	125 (44.5)–28 (10.0)	432 (50.5)–73 (8.5)	132 (48.9)–26 (9.6)	425 (49.0)–75 (8.7)
Frequent–less frequent gardening	46 (16.4)–161 (57.3)	160 (18.7)–441 (51.5)	50 (18.5)–165 (61.1)	156 (18.0)–437 (50.4)
Frequent–less frequent visiting friends	121 (43.1)–41 (14.6)	371 (43.3)–78 (9.1)	98 (36.3)–30 (11.1)	394 (45.4)–89 (10.3)
Frequent–less frequent reading	155 (55.2)–38 (13.5)	478 (55.8)–103 (12.0)	141 (52.2)–35 (13.0)	492 (56.7)–106 (12.2)
Frequent–less frequent listening to music	136 (48.4)–39 (13.9)	410 (47.9)–112 (13.1)	128 (47.4)–39 (14.4)	418 (48.2)–112 (12.9)
Frequent–less frequent dancing	7 (2.5)–212 (75.4)	20 (2.3)–689 (80.5)	9 (3.3)–212 (78.5)	18 (2.1)–689 (79.5)
Frequent–less frequent TV-watching	158 (56.2)–30 (10.7)	383 (44.7)–137 (16.0)	157 (58.1)–29 (10.7)	384 (44.3)–138 (15.9)
Life event yes–no				
Loss of close relative	113 (40.2)–161 (57.3)	321 (37.5)–518 (60.5)	111 (41.1)–147 (54.4)	323 (37.3)–532 (61.4)
Serious accident	35 (12.5)–232 (82.6)	119 (13.9)–713 (83.3)	37 (13.7)–220 (81.5)	117 (13.5)–725 (83.5)
Current smokers–Non-smokers	101 (35.9)–178 (63.3)	275 (32.1)–568 (66.4)	106 (39.3)–161 (59.6)	270 (31.1)–585 (67.5)
Teetotallers–Non-teetotallers	41 (14.6)–232 (82.6)	73 (8.5)–778 (90.9)	33 (12.2)–231 (85.6)	81 (9.3)–779 (89.9)
High–low consumption of strong liquor	3 (1.1)–224 (79.7)	2 (0.2)–758 (88.6)	2 (0.7)–227 (84.1)	3 (0.3)–755 (87.1)
High–low consumption of wine	18 (6.4)–222 (79.0)	43 (5.0)–739 (86.3)	12 (4.4)–226 (83.7)	50 (5.8)–735 (84.8)
High–low consumption of beer	5 (1.8)–236 (84.0)	6 (0.7)–764 (89.3)	5 (1.9)–232 (85.9)	6 (0.7)–768 (88.6)

Fattori psico-sociali e socio-economici in relazione al BMI

	<i>BMI ≥ 25.05 vs BMI < 25.05 P-values</i>		
	β	OR	
Educational level	- 0.12	0.88	0.019
Employed	- 0.46	0.63	0.005
Out of work	0.46	1.58	0.005
Shift work	0.16	1.17	> 0.200
Satisfaction with work	- 0.15	0.86	0.079
Satisfaction with management	- 0.16	0.85	0.032
Influence on work situation	- 0.27	0.76	< 0.001
Attempts to alter work situation	- 0.22	0.80	0.013
Housing conditions	- 0.16	0.85	0.054
Ability to relax at home	0.14	1.15	0.096
Time pressure	0.01	1.01	> 0.200
Physical exercise	- 0.23	0.79	0.002
Walking	- 0.18	0.84	0.036
Watching TV	0.31	1.37	0.003

^aThe natural logarithm e (2.718) raised to the value of the regression coefficient (β).

Aspetti psicologici

Trait	Low WHR (N = 27)	High WHR (N = 24)	<i>p</i> Values ^a for Main Effects of WHR <i>p</i> ^a	<i>p</i> Values ^a for Interactions Between WHR and BMI
	Mean (SE)	Mean (SE)		
Self-esteem	42.6 (1.2)	39.3 (1.3)	.030	.200
Pessimism	7.40 (0.51)	7.50 (0.53)	.910	.020
Chronic work/financial stress	1.37 (0.11)	1.65 (0.11)	.025	.700
Chronic social stress	0.68 (0.10)	0.66 (0.09)	.870	.420
Negative affect	1.81 (0.11)	2.03 (0.11)	.190	.025
Problem avoidant coping	1.37 (0.07)	1.44 (0.07)	.530	.025
Emotion avoidant coping	1.28 (0.08)	1.39 (0.08)	.250	.380

^a Significance was determined by using one-tailed tests.



Raffaello Sanzio 1483-1520



Rubens 1577-1640



Gustave Courbet 1819-1877



Newton 2007



Newton 2007

Disturbi del comportamento alimentare

DCA: disturbi persistenti del comportamento alimentare e/o comportamenti finalizzati al controllo del peso corporeo, non secondari a nessuna condizione medica o psichiatrica conosciuta, che danneggiano la salute fisica ed il funzionamento psicologico.

Anoressia nervosa

Bulimia nervosa

BED: Binge Eating Disorder

In particolare l' anoressia nervosa è caratterizzata da una **percezione alterata** del proprio corpo o di parti di esso (dismorfofobia), associata ad una intensa paura di ingrassare

Rapporto donna/uomo

9/10:1

Grasso è Donna ?

Forse si ma

Androide è patologico

Ginoide di salvaguardia della specie....

La cura efficace dello stile di vita

Interventi efficaci

- Stile di vita corretto
- Valutazione dello stato di salute
- Adeguata alimentazione
- Attività motoria

Valutazione dello stato di salute

- Esami ematochimici
- Esami strumentali
- Visite specialistiche

Adeguata alimentazione

Come si deve mangiare?

Un'alimentazione sana e variata che non porti a carenze alimentari

Linee guida e raccomandazioni nutrizionali: strumenti che assicurano l'adeguato apporto di energia e nutrienti, rispettando combinazioni e proporzioni tali da non arrecare rischi potenziali per la salute

LARN (livelli di assunzione giornaliera raccomandati di energia e nutrienti): in funzione della stima dei relativi bisogni a livelli di sicurezza, tengono conto di specifiche condizioni di età e sesso

Aspetti psico-emotivi

COUNSELING, strumento efficace e personalizzato



Miglioramento dell'**alimentazione**

Incremento dell'**attività fisica**

Riduzione del **peso corporeo**

To perform “a therapeutic task”

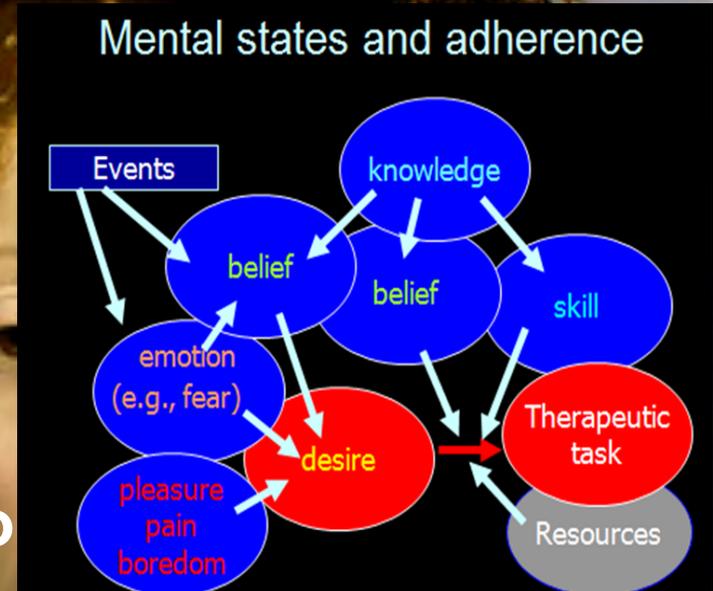
The patient must

1. know what she has to do
2. have the skill for doing it
3. believe that she can do it

it is useful to do it

the benefit/inconvenience ratio

4. have no fear to do it
5. have the desire to do it
6. she must experience pleasure, no pain or boredom
7. she must have the resources for doing it



Aderenza alla cura è un problema di consapevolezza

Il paziente deve

- sapere che la malattia può determinare complicanze anche gravi
- essere convinto degli effetti benefici del trattamento
- pensare che i benefici controbilanciano gli svantaggi della terapia
- assumersi e condividere la **responsabilità** della terapia e del proprio stato di salute

Il cambiamento dello stile di vita

- **Consapevolezza**
- **Motivazione**
- **Accettazione attiva**
- **Libera scelta**

L'EDUCAZIONE TERAPEUTICA

- migliora le conoscenze (*sapere*)
- migliora l'abilità pratica nella gestione della cura (*saper fare*)
- modifica i comportamenti fino ad ottenere un equilibrio tra i bisogni del paziente e quelli della malattia (*saper essere*)
- permette al paziente di acquisire e conservare le capacità e le competenze per vivere in maniera ottimale la quotidianità con la malattia (*saper divenire*)
- rende il paziente consapevole del suo percorso (*saper governare*)
essere attivo/artefice

Il curante deve

INSEGNARE

Motivare

Paziente

LEGITTIMARE



INSEGNARE

- ascoltare
- informare correttamente
- addestrare
- verificare
- riformulare

La motivazione è la risultante di forze intrinseche ed estrinseche che determinano i comportamenti

Motivazione intrinseca

- fasi di accettazione della malattia
- rappresentazione dei modelli di salute e di malattia
- locus of control

Motivazione estrinseca

- la relazione medico paziente
- integrazione delle richieste del medico nel progetto di vita del paziente

Motivazione estrinseca

- **relazione medico paziente (*atto terapeutico*)**
 - ☐ **empatia**
 - ✓ **accettazione dell'altro**
 - ✓ **assenza di giudizio**
 - ✓ **assenza della ricerca del colpevole**
 - ☐ **patteggiamento tra i bisogni della malattia e del paziente**
 - ☐ **gestione positiva dell'errore**
- **integrazione delle richieste del medico nel progetto di vita del paziente (contratto terapeutico, un patto di alleanza che implica l'identificazione di obiettivi realizzabili da negoziare con il paziente)**

Processi educativi empowerment

“...potenziamento; condivisione; delega e trasferimento del potere; apertura a nuovi mondi possibili; responsabilizzazione; aumento di capacità; sviluppo di potenzialità” C. Piccardo

Risultato di un processo di formazione che porta il paziente ad acquisire la padronanza delle sue competenze e comportamenti, rendendolo

*dotto, capace, consapevole ed autonomo
Nei confronti della propria salute*

Strumenti per Legittimare

- integrazione delle richieste del medico nel progetto di vita del paziente (contratto terapeutico, un patto di alleanza che implica l'identificazione di obiettivi realizzabili da negoziare con il paziente)
- favorire le sue capacità e legittimarle
- definire di volta in volta la cura e gli obiettivi perseguibili
- formare il paziente ad autogestirsi

EMPOWERMENT

“...potenziamento; condivisione; delega e trasferimento del potere; apertura a nuovi mondi possibili; responsabilizzazione; aumento di capacità; sviluppo di potenzialità” C. Piccardo

l'empowerment è la capacità di promuovere ed influenzare la propria salute (C. Rogers)

ma anche

La propria capacità di acquistare Libertà e di rendersi liberi

In sintesi ed in altri termini

L'educazione può essere intesa come un processo che diviene:

- sostegno psicologico,
- insegnamento di strategie su come affrontare, prevenire o limitare gli effetti collaterali del trattamento o della malattia,
- addestramento e suggerimenti terapeutici,
- supporto per ottenere nuove discipline di vita.

*I rischi nel mondo sanitario
I pericoli
Le cose da evitare*

*Perle di riflessione e confronto
Elena Galeotto psicoanalista e pedagoga*

“formazione ed educazione. Spunti di riflessione per formatori dell’area sanitaria”

AIF Learning news Set. 2009

L' Educazione non deve essere *Sostegno*

- Sostegno serve se manca qualcosa e non c'è spazio di lavoro, di crescita, di cambiamento
- È una differenza di posti “a sedere” (di fianco o di fronte) e non di piani (dominante e sottomesso)

Elena Galeotto 2009

L'Educazione non deve essere *Strategia* di cura di una malattia

- Se la vita ruota intorno alla malattia possiamo solo sottrarci
- Non coincidiamo con la malattia. Tutto ciò che si è stato non va perduto, ma ridefinito
- Se i desideri possono cambiare; la capacità di desiderare deve essere comunque presente

Ci si stanca di essere strateghi solo di battaglie perse

L'Educazione non deve essere *Disciplina*

- ET = disciplina/addestramento: per essere addestrati è sufficiente un'adesione passiva a comandi (*mascherati da suggerimenti terapeutici*)
- Nell'idea di disciplina "addestrativa" scompare l'individuo. I malati sono intercambiabili, sovrapponibili
- Ognuno viene definito dal posto che occupa in una serie e per lo scarto che lo separa dagli altri.

Foucault: "è docile un corpo che può essere sottomesso, utilizzato, trasformato perfezionato" da Sorvegliare e punire . Nascita di una prigione Einaudi 1976

In sintesi

Considerare l'educazione come sostegno psicologico,

insegnamento di strategie,

addestramento disciplinare

puntando il focus sull'evento morboso

la rende avulsa dall'esistenza e quindi poco
interessante

Educazione *è un nuovo punto di vista*

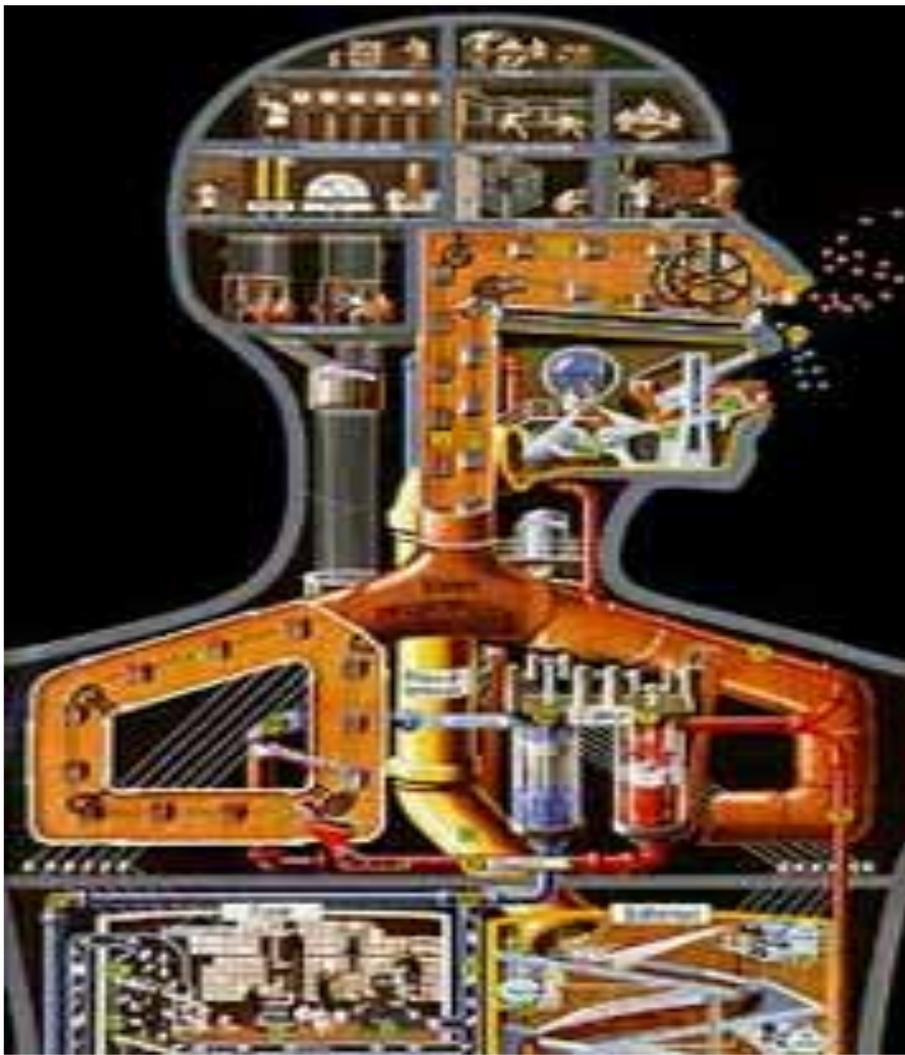
- La cura che affronta la malattia e la salute come modi diversi di essere al mondo
in contemporanea
- Il percorso di cura che vede il **tempo come risorsa** per avere cura del sè e dei propri pensieri *mentre* si cura la malattia

La medicina degli equilibri

L'Educazione ha cura della normalità anche quando ha a che fare con la patologia

È lo strumento che cura la parte sana mentre il farmaco si occupa della malattia

Permette un processo di armonica cura della persona integrando la parte sana con la parte malata



Medico



Malattia

La Medicina Organicistica

La complessità della cronicità



**Il patteggiamento tra i bisogni della malattia
ed i bisogni del malato**



**L'intervento efficace per
modificare lo stile di vita**

...PROMUOVERE SALUTE

**... il processo che rende le persone capaci di aumentare il controllo sulla loro salute e migliorarla
Ottawa,1986**

... la combinazione di interventi che, attraverso supporti educativi e ambientali, facilitino le azioni e modifichino le condizioni di vita conducendo l'individuo, o la comunità, alla salute

Green e coll.,1991

*Per assolvere
il nostro Giuramento di Ippocrate*

*ed il patto professionale con la
Società*

*In Scienza come medico ed in
Coscienza come persona*

