



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)





SOMMARIO

Anno XXXII • n. 2 • luglio – dicembre

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata e Diretta da:
Alberto Giannelli

Comitato di Direzione:
Massimo Rabboni (*Bergamo*)
Massimo Clerici (*Monza*)

Comitato Scientifico:
Claudio Mencacci (*Milano, MI*)
Gianluigi Tomaselli (*Treviglio, BG*)
Giorgio Cerati (*Legnano*)
Emilio Sacchetti (*Brescia*)
Silvio Scarone (*Milano*)
Gian Carlo Cerveri (*Milano*)
Arcadio Erlicher (*Milano*)
Simone Vender (*Varese*)
Antonio Vita (*Brescia*)
Giuseppe Biffi (*Milano*)
Mario Ballantini (*Sondrio*)
Franco Spinogatti (*Cremona*)
Costanzo Gala (*Milano*)
Gabriella Ba (*Milano*)
Cinzia Bressi (*Milano*)
Claudio Cetti (*Como*)
Giuseppe De Paoli (*Pavia*)
Nicola Poloni (*Varese*)
Antonio Magnani (*Castiglione delle Stiviere, MN*)
Gianluigi Nobili (*Desenzano, BS*)
Andrea Materzanani (*Iseo, BS*)
Alessandro Grecchi (*Varese*)
Francesco Bartoli (*Monza*)
Lucia Volonteri (*Milano*)
Antonino Calogero (*Castiglione delle Stiviere, MN*)

Segreteria di Direzione:
Giancarlo Cerveri

Art Director:
Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

EDITORE:

Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1 - 24127 Bergamo
Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

IN PRIMO PIANO

3 La vita inospitale
di Giannelli A.

17 Neuroscienze e psichiatria: quali relazioni?
di Borgna E.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

22 "Houston, we've had a problem": la rappresentazione femminile nei contesti formativi psichiatrici
di Gesi C., Cerveri G., Carmassi C., Zanalda E., Merzagora F., Migliarese G., Carpita B., Mencacci C., Dell'Osso L.

32 Servizi psichiatrici e servizi per le dipendenze
Riflessioni sull'integrazione necessaria
di Ballantini M.

36 L'epistemologia freudiana: dal Progetto a L'interpretazione dei sogni
Sull'essenza della psicoanalisi
di Barbarossa M.

44 Un Protocollo Diagnostico Terapeutico e Assistenziale (PDTA) interaziendale, tra pubblico e privato, per i disturbi del comportamento alimentare
di Cozzaglio P., Greppo S., Cesena A., Mascheroni A., Tamburelli B.

52 La suicidalità nei servizi territoriali di un grande ospedale metropolitano
Studio descrittivo retrospettivo
di Porcellana M., Morganti C., Giacometti M., Lopes C., Maggioni S., Malagoli M., Martucci M., Papasidero J., Turturiello C., Percudani M.

56 La tossicità comportamentale dell'uso in cronico di farmaci antiepilettici
di Toscano M.

62 Programma Innovativo
Prevenzione e cura dei disturbi psichici per il periodo perinatale
di Brenna V., Cauli G., Corbani I., Corno F., Fisogni A., Gozzini C., Grecchi A., Iapichino E., Pari E., Piccinini G., Puzzini A., Quartieri B. M., Scovazzi P., Valentini G., Mazza U., Percudani E.M., Toscano M., Vergani L.

PSICHIATRIA FORENSE

70 Secondo la corte costituzionali in alcuni casi non è punibile l'aiuto al suicidio
Come può essere coinvolto lo psichiatra?
di Mantovani R.

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it



“Houston, we’ve had a problem”: la rappresentazione femminile nei contesti formativi psichiatrici

Camilla Gesi^{1,2}, Giancarlo Cerveri³,
Claudia Carmassi^{*1}, Enrico Zanalda^{**4},
Francesca Merzagora[□], Giovanni Migliarese²,
Barbara Carpita¹, Claudio Mencacci^{◇2},
Liliana Dell’Osso^{°1}

I termini sesso e genere sono spesso considerati interscambiabili, pur avendo significati diversi. Nel corso del presente lavoro il termine sesso è utilizzato per indicare una stratificazione in femmine e maschi sulla base del sistema riproduttivo e di caratteristiche sessuali secondarie. Il termine genere, invece, è utilizzato con riferimento a ruoli socialmente determinati sulla base del sesso di appartenenza o sulla base della personale identificazione di genere.

INTRODUZIONE

La prospettiva di genere in medicina è un tema di grande interesse espresso tanto in numerose recenti pubblicazioni nella letteratura scientifica quanto in comunicazioni rivolte ai mass media. Questo interesse nasce da diverse riflessioni che riguardano, da una parte, la necessità di fornire trattamenti sempre più orientati ad una valutazione di genere in modo da poter contribuire ad una stratificazione delle risposte cliniche e quindi fornire migliori percorsi di cura. Dall’altra parte, il bisogno di una medicina declinata nel genere giace anche sul versante di chi l’attività sanitaria la pratica, con la necessità di

garantire una qualità del lavoro e possibilità di carriera indipendenti da condizionamenti di genere a tutto il personale sanitario. Se la possibilità di fornire una risposta clinica orientata per genere, più attenta e precisa, ha da tempo iniziato ad essere discussa in numerosi contesti clinici, la seconda questione resta un argomento poco trattato e fonte ancora di numerosi fenomeni di reticenza e resistenza. Mentre gran parte dei medici ha ad oggi contezza del fatto che le donne hanno un’epidemiologia, un’espressività fenotipica e una risposta ai trattamenti potenzialmente molto diverse rispetto agli uomini (in ragione di aspetti sia biologici che culturali), allo stesso tempo anche i più attenti e aggiornati mostrano poca consapevolezza di quanto alcuni ruoli nei contesti sanitari siano ancora sostanzialmente preclusi alle donne e di come queste ultime siano fortemente marginalizzate in termini di prospettive di carriera, di salario, di riconoscimento. Tuttavia, i due aspetti della “medicina di genere” — quello clinico e quello occupazionale — sono intrinsecamente collegati: un ambiente maschilista e misogino rischia di produrre solo risposte superficiali al tema complesso di una medicina orientata per genere. D’altra parte, la questione del sessismo è ormai divenuta “senso comune” ed è perlomeno strano che la classe medica, dalla cui formazione — se non addirittura dall’innata attitudine — ci si aspetterebbe sensibilità alle molteplici declinazioni dell’essere umano e alle insidie insite in qualsiasi tipo di disparità, sia ancora poco attenta ad ambienti, ruoli o sistemi che possano rivelarsi equivoci o evidentemente sessisti, siano essi in ambiente pubblico o privato, ospedaliero o accademico.

DISPARITÀ DI GENERE IN AMBITO PROFESSIONALE E MEDICO

La discriminazione sulla base del sesso in contesti lavorativi è stata molto documentata in termini di iniquità di valutazione per l'assunzione, stipendio, riconoscimento di merito e possibilità di carriera, oltre che in tema di esposizione al rischio di subire molestie nell'ambiente professionale (Jena et al., 2015; Mascarenhas et al., 2017; Cooke et al., 2017; Carnes et al., 2017). Lavori sulla disparità di genere in ambito sanitario sono stati pubblicati recentemente nel contesto anglosassone, mutuati da un dibattito ampio e diffuso trasversalmente in ambienti diversi da quello medico. Negli Stati Uniti si è assistito nel corso degli ultimi 20 anni ad un significativo cambiamento di tendenza nel mondo del lavoro in termini di rapporto tra i sessi. Il sesso femminile nell'industria americana ha raggiunto una rappresentazione ai livelli intermedi molto significativa, arrivando nel corso degli ultimi anni a superare in termini di Prodotto Interno Lordo (PIL) la produzione del sesso maschile. Nonostante questo, la predominanza maschile nelle posizioni apicali è risultata scarsamente modificata, evocando un'immagine molto suggestiva e divenuta di grande popolarità che è quella del "glass ceiling" o "soffitto di cristallo", per cui le donne sembrano poter effettuare carriere di successo fino ad un livello medio-alto oltre il quale tutte si arrestano, stante che alle posizioni di comando (i board della grandi compagnie, i ruoli di CEO) l'accesso sembra riservato ai soli maschi che al contrario riescono ad attraversare la barriera di cristallo preclusa all'altra metà del cielo. Questo dibattito è rapidamente avanzato dall'area dell'industria permeando numerosi altri ambiti lavorativi fino anche al mondo della sanità (dove negli Stati Uniti le donne rappresentano il 30% della forza lavoro), con tutti i suoi aspetti specifici legati alla tipologia di lavoro, i turni, i percorsi professionalizzanti, la possibilità di conciliare le esigenze lavorative con quelle familiari.

LA SITUAZIONE ITALIANA E NEL SSN

La situazione italiana appare simile, seppur con alcuni sensibili elementi di "ritardo", se confrontata sia con il contesto statunitense che con quello generale europeo (Pezzini e Lorenzetti, 2018). A fronte di un tasso di occupazione delle donne a livello europeo pari al 65,3% (dati relativi al 2016), in Italia poco più del 50% delle donne hanno un'occupazione, con quasi 20 punti percentuali di differenza con gli uomini e per un contributo al PIL nazionale pari al 41,7%. Uno dei *trend* che ha caratterizzato la composizione del personale sanitario nelle ultime decadi è stato la progressiva femminilizzazione della classe medica, che emerge in maniera molto chiara analizzando i rapporti di sesso per fasce d'età. Sopra i 55 anni le donne sono il 31% del totale dei camici bianchi, quelle tra 50 e 54 anni rappresentano il 50% del corpo medico, che diventano il 60% nella fascia d'età sotto i 50. Complessivamente, secondo dati puntuali relativi all'anno 2017 (fonte CED-FNOMCeO), le donne rappresentano poco meno del 44% della classe medica, percentuale valida sia per i quasi 400.000 medici italiani sia per gli oltre 100.000 camici bianchi impiegati nel SSN.

Il sorpasso delle donne, che diverrà nei prossimi anni sempre più di misura, è però ad oggi ancora solo nei numeri. Un indicatore certamente grossolano ma indubbiamente suggestivo del gender gap professionale riguarda i più bassi salari percepiti dalle donne. Relativamente al mondo sanitario italiano, un'indagine EUROSTAT riferita alle retribuzioni dei medici nel 2014 (analizzate senza distinguo fra dipendenti pubblici e medici operanti nel privato) ha evidenziato un differenziale salariale ai danni delle donne di 12.000 euro annui. All'indomani della pubblicazione di questa indagine, il dibattito si è acceso particolarmente in merito a quale fosse l'interpretazione più corretta dei dati e, soprattutto, intorno ad eventuali fattori di confondimento che possono causare una sovrastima del differenziale di salario e indurre erroneamente a sospettare l'esistenza di "gabbie salariali" attorno alle donne medico. L'esistenza di un ghetto retributivo ai

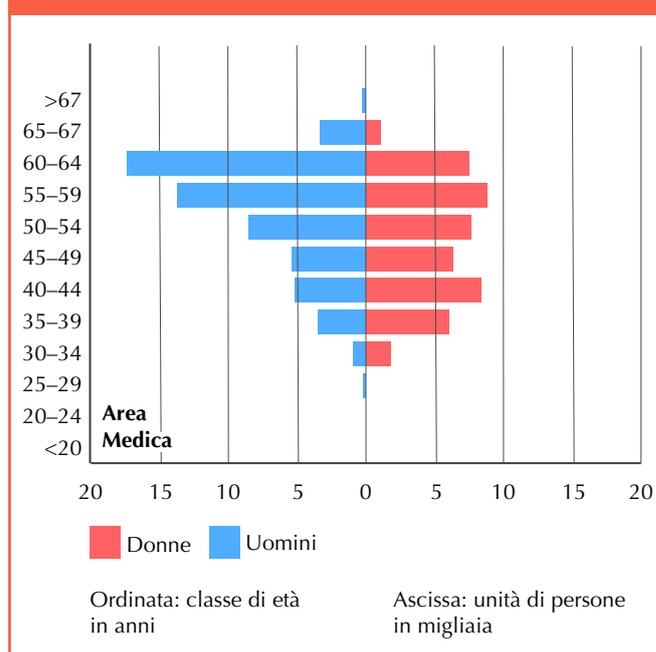
danni delle donne è, per esempio, difficilmente teorizzabile nel settore pubblico, dove al livello contrattuale le regole sono univoche per gli uomini e per le donne. Non di meno, la maggiore anzianità lavorativa e retributiva dei medici uomini, facilmente comprensibile in ragione della già discussa maggiore anzianità anagrafica, può servire a spiegare una parte del differenziale retributivo. D'altra parte, però, è ancora doveroso imputare un'altra parte del differenziale osservato alle maggiori opportunità di progressione nella carriera degli uomini, così come è facile ipotizzare che un'altra parte ancora sia condizionata in modo indiretto dalla necessità delle lavoratrici donne di compendiare contemporaneamente esigenze di lavoro con esigenze familiari, soprattutto connesse alla presenza di figli piccoli. Questa esigenza le spinge verso la ricerca di attività con orari meno disagiati, meglio se diurni e/o a *part-time*, con la conseguenza di una minore retribuzione, cui inoltre contribuiscono, ovviamente, i più frequenti periodi di aspettativa parentale e non.

I dati relativi ai medici impiegati nel SSN non si discostano da quelli disponibili per la classe medica nel suo complesso. La composizione del personale sanitario pubblico in Italia riflette la storia del nostro paese, pur mostrando un tratto comune a numerose altre realtà europee. Il reclutamento massiccio di personale medico tra fine anni '70 e primi anni '80 del secolo scorso, avvenuto in coincidenza con la strutturazione del SSN e supportato da un sistema accademico che laureava grandi quantità di medici e specialisti, seguito dalla brusca riduzione dei percorsi formativi e di assunzione nel corso degli anni '90 ed il primo decennio dell'attuale secolo, ha portato ad una piramide di età con caratteristiche peculiari. Il rapporto Sanità 2019 (https://programmazione sanitaria.it/_progsan/2019/SSNRU-Rapporto.pdf) mostra nel corso degli ultimi anni un'età media dei medici impiegati nel SSN elevata ed in costante crescita, salita dai 50,8 anni del 2010 ai 52 del 2017. Al di là del confermare la tendenza ormai nota della perdita progressiva di capacità attrattiva del SSN sulle leve più giovani, la

curva d'età fornisce ancora importanti informazioni se suddividiamo la popolazione dei medici per sesso. Come si osserva nella *figura 1*, gli uomini sono il sesso più rappresentato tra i medici nella fascia d'età oltre i 50 anni. Il divario numerico, molto pronunciato oltre i 60 anni, si riduce man mano che l'età scende finché, al di sotto dei 50 anni, il numero delle donne supera quello degli uomini. In sintesi, il personale assunto nel SSN, così come tutta la classe medica, è composto soprattutto da maschi più anziani e donne più giovani, essendo andato incontro ad una progressiva ascesa del numero di donne, che continuerà verosimilmente anche nei prossimi anni.

Il sistema sanitario pubblico, d'altra parte, con la sua struttura organizzativa, fornisce un punto di osservazione della disparità uomo/donna ulteriore rispetto alla nuda dimensione salariale, già analizzata poco sopra. A dispetto della crescente percentuale di donne nella forza lavoro del SSN, la possibilità che la militanza nel servizio pubblico si trasformi in un'opportunità di carriera sono per una donna tutt'ora molto basse: solo 1 donna su 50 diventa Direttore di Struttura Complessa e 1 su 13 responsabile

Figura 1 – Personale medico dipendente 2017 per genere e classe di età



di Struttura Semplice. Sempre relativamente al 2017, su 6556 dipartimenti sanitari, solo il 15,8% risultava guidato da una donna, mentre il restante 84,2% era stabilmente sotto l'egida maschile (FNOMCeO). Diversamente dal modo anglosassone, dove il monitoraggio del gender gap in ambito sanitario si è fatto via via sistematico non solo e non tanto nell'ambiente sociologico ma anche e soprattutto in quello clinico-scientifico, nel dibattito italiano non sono ancora emersi, a nostra conoscenza, contributi sistematici su questo argomento, benché alcune indagini condotte a livello sia italiano che europeo abbiano reso pubblici dati piuttosto rappresentativi dell'attuale condizione delle donne occupate nella professione sanitaria in Italia. Si tratta, tuttavia, di contributi sparsi, non ancora in grado di dare forma ad una letteratura completa e organica. Cionondimeno, numerose realtà sono nate e si sono consolidate anche in Italia (Biancheri e Cervia, 2016; Ermio, 2018), con lo scopo specifico di valorizzare la voce delle donne medico nella comunità scientifica e di promuoverne l'emancipazione e l'*empowerment* professionale, sia mediante il sostegno alla conciliazione lavoro-famiglia sia mediante l'abbattimento dei pregiudizi, ancora ingiustificatamente diffusi nella compagine sanitaria quanto nell'utenza.

LA SITUAZIONE DELLA PSICHIATRIA

Psichiatria, insieme a Pediatria e a Ginecologia ostetrica, rappresenta una delle discipline in cui la quota di donne tra i medici è più alta. Proprio a partire da queste specialità, cui si aggiungono anestesia e igiene, sembra essere avanzato il fronte di femminilizzazione della professione medica dagli anni 50 e 60 in avanti (Spina e Vicarelli, 2015). Secondo i dati elaborati e resi disponibili da CED-FNOMCeO, gli iscritti agli ordini dei medici con specializzazione in psichiatria sono ad oggi 11.148. Di questi, 5314, cioè ben il 48%, sono donne.

Con riferimento al SSN, la dotazione complessiva di psichiatri dipendenti all'interno delle unità operative psichiatriche pubbliche nel 2017 è pari a 3.444 unità,

il che significa, sulla base di un'integrazione con i dati FNOMCeO, che circa il 30% degli psichiatri registrati agli albi professionali italiani lavorano nel servizio pubblico, che consta ad oggi di 183 Dipartimenti di Salute Mentale distribuiti su tutto il territorio. Benché non siano disponibili dati relativi alla suddivisione per sesso degli psichiatri impiegati nel SSN, una stima conservativa farebbe pensare che, in accordo con i dati relativi all'intera classe medica, almeno il 40% delle psichiatre siano donne, con percentuali ancora più alte e probabilmente maggioritarie se si considerano le fasce d'età al di sotto dei 50 anni. Ciononostante, la presenza femminile nelle posizioni apicali resta anche in questa branca molto bassa. Secondo i dati pubblicati dal Ministero della Salute (<http://www.dati.salute.gov.it/dati/dettaglioDataset.jsp?menu=dati&cidPag=62>) e aggiornati a novembre 2019, su 237 Strutture complesse di psichiatria distribuite sul territorio italiano solo 50 (21%) sono dirette da donne, con un'età media di 62 anni, in linea con l'età media dei loro omologhi maschi. Solo poco più del 5% dei direttori di struttura complessa ha un'età inferiore ai 50 anni e, fra questi, la rappresentazione femminile è affidata ad un 23% di direttrici, malgrado in questa fascia d'età le donne rappresentino fino al 60% della classe medica assunta nel SSN.

LA RAPPRESENTAZIONE FEMMINILE NEI CONTESTI FORMATIVI

L'esistenza di un soffitto invisibile, sotto il quale la progressione femminile è destinata ad arrestarsi, lasciando che l'accesso a posizioni di rilievo sia un'occorrenza rara se non eccezionale, rappresenta solo una delle ragioni per le quali donne che lavorano, che si aggiornano e che prestano quasi metà dell'opera fornita da tutti i servizi sanitari non risultano visibili alla comunità professionale e a quella scientifica, né alla comunità in senso più ampio. Il secondo fondamentale parametro è dato dall'assenza di una reale possibilità che le donne vengano incluse ed equamente rappresentate nei contesti formativi, siano

essi didattici o educativi, divulgativi o di pertinenza specialistica.

Ben lontana dall'essere un fattore inerte, marginale o formale, la visibilità della rappresentazione dei medici di sesso femminile nei contesti formativi è in rapporto bidirezionale con l'equità di genere: ne è da una parte espressione, nella misura in cui un ambiente veramente attento a non creare disparità fra i due sessi è anche in grado di rendere visibile la componente femminile insieme a quella maschile; ma ne è anche fautrice, dal momento che una maggiore rappresentazione di componenti di sesso femminile in qualunque evenienza pubblica conduce ad una riduzione del *gender bias* nella comunità dove l'evento è rappresentato (Beaman et al., 2009; Hoy et al., 2017). Al contrario, la modesta rappresentazione delle donne costituisce un importante *bias* implicito, che contribuisce a mantenere nel tempo un'attitudine impari verso i due sessi (Cochran et al., 2013; Jagsi, 2018). Più in generale, una cultura che non mostra le donne in posizioni di responsabilità, si pone implicitamente ad esempio per tutta la comunità, sottraendo all'immaginario comune la rappresentazione di un femminile *che ha qualcosa da dire*, e precludendo alle nuove generazioni la possibilità di percepire come *normale* e dunque *realizzabile* questo tipo di immagine.

Esiste una letteratura ormai solida sulla carente rappresentazione femminile negli eventi formativi medici, particolarmente in ambito universitario nel mondo anglosassone. Per i medici inclusi in un percorso professionale accademico i congressi, le conferenze, i corsi di aggiornamento professionale sono un'occasione importante di esposizione e di divulgazione del lavoro di ricerca e dei risultati conseguiti, oltre che uno strumento imprescindibile per l'avanzamento di carriera. Secondo uno studio che ha preso in esame i relatori coinvolti nelle *Grand Round* delle specialità più numerose negli Stati Uniti nel 2014, la percentuale di speaker donne varia dal 20 al 60%, con una mediana del 28% circa. In quello stesso studio, per ogni *Grand Round* esaminata,

la percentuale di donne risultava inferiore alla percentuale di donne sia tra gli studenti di medicina, sia fra gli specializzandi e, sovente, anche alla percentuale di donne nei ruoli accademici. Questo significa che l'audience viene tendenzialmente esposta ad una compagine di relatori che non la rappresenta, almeno nei suoi rapporti di sesso, e che raffigura una *leadership* femminile debole, insufficiente ed inefficace: l'opposto dell'*empowerment*. Non stupisce, vista la tipologia di esposizione cui sono sottoposti i futuri medici in formazione, che le carriere accademiche femminili siano in molti paesi occidentali descritte come *leaky pipeline*, una tubatura che perde: le donne entrano in maggior numero rispetto agli uomini nel percorso accademico e ne sono ritenute attraverso il dottorato di ricerca, i percorsi post-doc, fino alle porte dei ruoli da ricercatore, dove immancabilmente abbandonano, lasciando che il numero degli uomini che proseguono nella carriera accademica le uguagli e poi superi (*figura 2*). Se la scarsa visibilità femminile nel ruolo di speaker, da sola, non può forse disincentivare una carriera, che è indubbiamente minata da altri fattori in maniera più diretta (le difficoltà di conciliazione fra ruolo lavorativo e vita familiare, per citarne uno su tutti), è altrettanto vero che nel percorso professionale di una donna questa esercita una pressione negativa e costante, che nutre la disparità di genere e se ne nutre, funzionando infine come una profezia che si autoadempie.

Solo pochi mesi fa, all'indomani della pubblicazione di un documento redatto dalla *National Academy of Sciences, Engineering and Medicine* ("*Sexual harassment of women: climate, culture, and consequence in academic science, engineering, and medicine*"), Francis S. Collins, direttore del National Institute of Health (N.I.H), ha preso una posizione forte sull'argomento della discriminazione di genere, manifestando il proposito di negare la propria partecipazione a qualsiasi panel che non tenga conto di una pari rappresentazione dei due sessi (panel sarcasticamente noti come *manel*), con la motivazione che l'opposizione agli stereotipi che impediscono alle donne e

ad altri gruppi sottorappresentati di raggiungere la dovuta *leadership* in ambito scientifico deve cominciare dall'alto.

La situazione italiana, ancora, mostra un certo ritardo rispetto a quella americana, benché la disparità di genere sia una delle prime voci nell'agenda della comunità europea sin dai primi anni 2000 e benché alcune iniziative sparse, anche fuori dall'ambito medico, abbiano puntato la loro attenzione proprio sulla scarsa rappresentazione delle donne nei panel scientifici (https://www.cug.unipi.it/item/download/230_cc526doar1af8a18fef493f6756d6b75a.html). Ad aggravare la situazione italiana concorre la forte femminilizzazione della professione medica cui si è assistito negli ultimi decenni, sensibilmente superiore rispetto a quella statunitense, senza che la quota di donne chiamate a parlare negli eventi formativi sia cresciuta in maniera almeno proporzionale. E se è vero che il messaggio implicito contenuto nella scelta dei relatori è "questo è un medico che ha qualcosa da insegnare agli altri" (Boiko et al., 2017), che cosa ci stanno dicendo i panel in cui figurano solo uomini o dove la rappresentanza femminile è affidata a poche, selezionatissime donne?

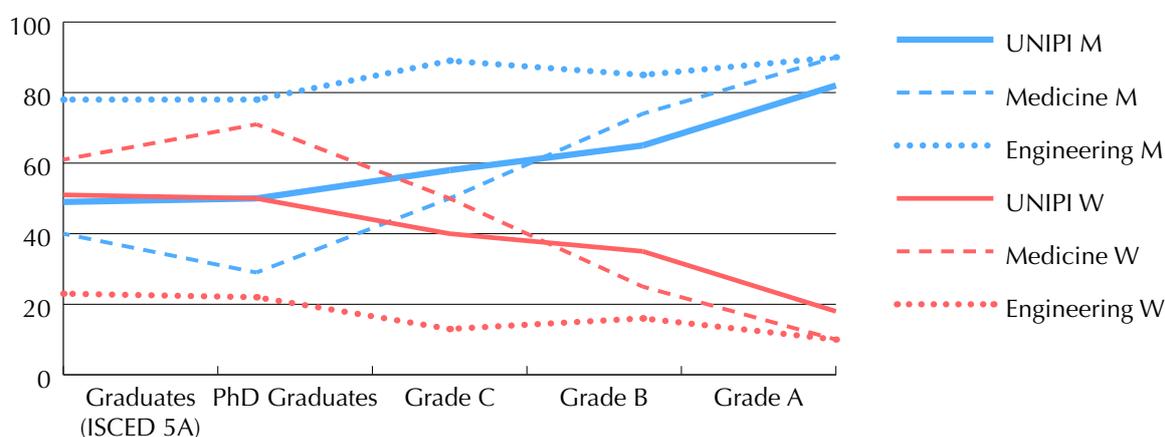
OBIETTIVI E METODI

L'obiettivo del presente lavoro è valutare la rappresentazione del sesso femminile nei panel dei congressi

psichiatrici italiani relativamente all'anno 2019. Al fine di delimitare l'indagine agli eventi di maggiore rilevanza, sono stati selezionati solo i congressi annuali delle Società Scientifiche che hanno ottenuto l'accredito in attuazione dell'articolo 5 della Legge 8 marzo 2017, n. 24 (Legge Gelli) e del Decreto ministeriale 2 agosto 2017 (http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp), che sono di seguito elencate: Società Italiana di Psichiatria (SIP); Società di Psicopatologia (SOPSI); Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (SIEP); Società Italiana di Psichiatria Biologica (SIPB); Società Italiana di Psichiatria Sociale (SIPS); Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale (SIRP); Società Italiana di Psicopatologia dell'alimentazione (SIPA).

I dati sono stati raccolti scaricando i programmi dei congressi dai rispettivi siti web e verificando manualmente (sulla base dei nomi) l'appartenenza al sesso femminile o maschile. Gli speaker sono stati suddivisi sulla base di quattro attività: moderazione di sessione plenaria, relazione di sessione plenaria, moderazione di simposio parallelo, relazione di simposio parallelo. In aggiunta, dove presenti, sono stati registrati i ruoli di segreteria scientifica e presidenza del congresso. Infine, per ogni congresso è stata valutato l'utilizzo di desinenze femminili per indicare il ruolo professionale e/o il ruolo ricoperto nel corso dell'evento formativo.

Figura 1 – Percentuali di uomini e donne in una carriera accademica tipica (Università di Pisa). Confronto tra medicina, ingegneria e media universitaria. Fonte: DB UNIPI (dati al 31 dicembre 2013). (Biancheri, 2016).



RISULTATI

Sono stati individuati sei eventi nazionali in totale: quattro congressi annuali di altrettante società (rispettivamente SIP, SOPSI, SIPB, SIPA); un congresso annuale congiunto di SIRP e SIPS e una 'riunione scientifica nazionale' SIEP (Tabella 1). Tutti gli eventi avevano un presidente o un segretario scientifico di sesso maschile. Nessuna donna

figurava nel ruolo di presidente in alcun evento, mentre in un solo caso, uno dei due segretari incaricati era di sesso femminile. In un'occasione, la segreteria scientifica era formata da donne per il 20%. Tutti i congressi presentavano almeno una *speaker* di sesso femminile per ciascun ruolo analizzato (moderazione/relazione, plenaria/simposi paralleli). Riguardo le sessioni plenarie, tra il 6,7 e il 30% (mediana 11,2) avevano una moderatrice,

Tabella 1 – Rappresentazione femminile e maschile nei congressi annuali delle Società Scientifiche psichiatriche accreditate secondo la Legge Gelli

	Segreteria Scientifica	Presidenza	Moderazione simposi paralleli	Relazione simposi paralleli	Moderazione plenaria	Relazione plenaria	Desinenze femminili
Congresso nazionale SIP (FIRENZE)							
maschi, n(%)	1(100.0)	2(100.0)	50(89.3)	123(87.2)	14(93.3)	24(88.9)	no
femmine, n(%)	0(0.0)	0(0.0)	6(10.7)	18(12.8)	1(6.7)	3(11.1)	
Congresso nazionale SIPB (NAPOLI)							
maschi, n(%)	1(100.0)	—	23(86.2)	80(76.2)	—	11(91.7)	sì
femmine, n(%)	0(0.0)	—	4(14.8)	25(23.8)	—	1(8.3)	
Congresso nazionale SOPSI (ROMA)							
maschi, n(%)	—	1(100.0)	130(73.0)	237(71.6)	22(91.7)	28(93.3)	no
femmine, n(%)	—	0(0.0)	48(27.0)	94(28.4)	2(8.3)	2(6.7)	
Congresso nazionale SIPS/SIRP (CATANZARO)							
maschi, n(%)	12(80)	1(100.0)	—	—	8(88.9)	15(78.9)	sì
femmine, n(%)	3(20)	0(0.0)	—	—	1(11.1)	4(21.1)	
Congresso nazionale SIPA (TORINO)							
maschi, n(%)	10(70.0)	1(100.0)	—	—	14(70.0)	16(43.3)	no
femmine, n(%)	3(30.0)	0(0.0)	—	—	6(30.0)	14(46.7)	
Riunione scientifica nazionale SIEP (POZZUOLI)							
maschi, n(%)	1(50.0)	1(100.0)	5(83.3)	15(75.0)	5(100.0)	15(88.2)	no
femmine, n(%)	1(50.0)	0(0.0)	1(16.7)	5(25.0)	0(0.0)	2(11.8)	

mentre la percentuale delle relatrici andava dal 6.7 al 46.7% (mediana 17.8). Quattro congressi includevano in aggiunta dei simposi paralleli. Per quanti riguarda questi ultimi, la moderazione era affidata a una donna in una percentuale di casi variabile dal 10.7 al 27% (mediana 17.3), mentre il ruolo di relatrice era ricoperto da una donna in una percentuale compresa fra il 12.8 e il 28.4% (mediana 22.5). Solo due dei sette programmi utilizzavano desinenze femminili per indicare il ruolo ricoperto, mentre gli altri cinque utilizzavano il neutro maschile per designare sia il ruolo maschile che quello femminile.

DISCUSSIONE

Il nostro obiettivo era quello di stimare la rappresentazione del sesso femminile nei *panel* dei congressi psichiatrici italiani nel 2019. Ciò che emerge in maniera chiara è che a fronte di una forza lavoro psichiatrica pressoché equamente distribuita fra maschi e femmine (52% vs 48%), il contesto formativo appare di prevalente appannaggio maschile. Negli eventi formativi analizzati, mediamente, meno di un quarto delle relazioni scientifiche erano fatte da donne e una percentuale ancora inferiore riguardava la possibilità che il ruolo di moderazione della discussione fosse affidato al sesso femminile. È possibile che uno dei motivi sottostanti a questo disavanzo femminile debba essere ricercato nella maggiore anzianità anagrafica dei medici maschi, che potrebbe a sua volta correlare con maggiori anzianità professionale ed esperienza, così da rendere il loro profilo più “appetibile” per i ruoli formativi. Ciononostante, la presenza femminile nei congressi psichiatrici appare inferiore a quanto atteso in base alle proporzioni di sesso della classe medica anche considerando le fasce di età più alte (31% di donne fra i medici sopra i 55 anni, fonte CED-FNOMCeO), a suggerire che anche altri fattori si stagliano a barriera della partecipazione attiva delle donne agli eventi formativi. È possibile, per esempio, che le donne per prime si sottraggano ai ruoli di *speaker* perché eccessivamente impegnativi e *time-consuming*, soprattutto quando implicano trasferte

lontano da casa ed un dispendio di tempo ed energie straordinario, che sottrae risorse agli impegni familiari ed esubera la concreta capacità di conciliazione casa-lavoro. Questa possibile motivazione assolve, per certi versi, la comunità medico-scientifica, spostando la responsabilità dell'esclusione femminile sulle spalle delle istituzioni, non in grado di capitalizzare e valorizzare i talenti delle donne aumentandone la presenza in maniera comprensiva e sostenibile. D'altra parte, però, è lecito ipotizzare anche che l'autoesclusione delle donne dagli eventi congressuali sia effetto e insieme causa della scarsa rappresentazione femminile nei ruoli formativi e che l'assenza di modelli femminili a cui viene data la responsabilità e l'onore di essere *public speaker* (così come di ricoprire altri ruoli visibili) cancelli di fatto alcune possibilità dall'orizzonte delle aspirazioni di molte donne. In questa ottica, la correzione della rappresentazione pubblica delle donne, ancora fortemente asimmetrica rispetto a quella maschile, diventa ben più che una quota rosa finita e fine a se stessa, ma rappresenta un motore di cambiamento della valorizzazione femminile proiettato nel futuro.

Un ulteriore elemento di rilievo nel contesto di questa discussione è la sotto-rappresentazione delle donne nelle posizioni apicali della medicina, per cui può accadere che questi eventi a presenza fortemente maschile tradiscano il modo in cui sono pensati e organizzati, cioè essenzialmente *dagli uomini per gli uomini*, secondo un fenomeno di “endogamia sociale” per cui si prescelgono le affinità, inducendo un circuito cumulativo, che premia esponenzialmente coloro che già si trovano in una posizione di privilegio (Biancheri e Spatari, 2018). Ma la scelta per affinità ha in sé due pericolose insidie. Da una parte, trascurando la reale e consistente presenza delle donne nel mondo delle competenze, non fornisce una rappresentazione fedele alla realtà. Dall'altra, svuota ogni occasione formativa della sua stessa essenza: un confronto di opinioni e un incontro fra individui *diversi*.

La nostra indagine presenta numerosi punti di debolezza, fra cui il fatto di aver preso in considerazione solo

pochi degli eventi formativi a tema psichiatrico che si svolgono annualmente in Italia. Sotto l'egida di ciascuna delle Società scientifiche che abbiamo preso in esame (e di molte altre istituzioni che abbiamo escluso) si realizzano innumerevoli eventi congressuali ogni anno ed è assai probabile che alcune "nicchie virtuose" siano sfuggite a questa indagine, per cui i nostri dati necessitano di essere ampliati e confermati, prima di poter essere generalizzati e discussi in modo più completo.

Cionondimeno, il presente lavoro fornisce un primo, provvisorio affresco del *gender gap* nei contesti formativi psichiatrici, che auspichiamo possa essere strumento di consapevolezza, di riflessione e di cambiamento per tutta la comunità clinico-scientifica. Non si tratta, a nostro avviso, di *regalare qualcosa alle donne*, ma di provare a superare quei *bias* inconsapevoli che ci impediscono di essere coerenti con la reale fotografia dei servizi in cui lavoriamo e della professione di psichiatra, oltre che di provare a cogliere in tempo un cambiamento a cui, per mandato, non dovremmo accettare di essere insensibili.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

- ¹ *Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale-Sezione Psichiatria, Università di Pisa*
- ² *Dipartimento di Salute Mentale ASST Fatebenefratelli-Sacco, Milano*
- ³ *Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze ASST di Lodi*
- ⁴ *Dipartimento di Salute Mentale ASL Torino 3 & AOU San Luigi Gonzaga*
- * *Presidentessa Sezione Toscana della Società Italiana di Psichiatria*
- ** *Presidente della Società Italiana di Psichiatria*
- *Presidentessa Fondazione Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna e di Ge-nere (Onda)*
- ◇ *Past president della Società Italiana di Psichiatria*
- *Presidentessa del Collegio dei professori ordinari di Psichiatria italiani*

CORRISPONDENZA A:

Camilla Gesi, camillagesi@hotmail.com

BIBLIOGRAFIA

1. Beaman L., Chattopadhyay R., Dufflo E., Pande R., Topalova P., *Powerful women: does exposure reduce bias?* QJ Econ. 124(4):1497-1540. doi:10.1162/qjec.2009.124.4.1497, 2009.
2. Biancheri R., Spataro G., *La situazione italiana a un quarto di secolo dalla Conferenza Mondiale sulle Donne di Pechino. Il gap di genere tra ostacoli nel mondo del lavoro e stereotipi culturali.* Ets, 2018.
3. Biancheri R., Cervia S., *Gendering content in Medicine: the experience of TRIG-GER project in the University of Pisa.* Ital J Gender-Specific Med 2(3):124-126, 2016.
4. Biggs J., Hawley PH., Biernat M., *The academic conference as a chilly climate for women: effects of gender representation on experiences of sexism, coping responses, and career intentions.* Sex Roles. 78:394-408, 2018.
5. Buell D., Hemmelgarn B.R., Straus S.E., *Proportion of women presenters at medical grand rounds at major academic centres in Canada: a retrospective observational study.* BMJ Open. 8(1):e019796, 2018.
6. Carnes M., Bairey Merz C.N., *Women are less likely than men to be full professors in cardiology: why does this happen and how can we fix it?* Circulation. 135(6):518-520, 2017.
7. Cochran A., Hauschild T., Elder W.B., Neumayer L.A., Brasel K.J., Crandall M.L., *Perceived gender-based barriers to careers in academic surgery.* Am J Surg. 206(2):263-268, 2013.
8. Cooke M. *Implicit bias in academic medicine: "What A Doctor Looks Like".* JAMA Intern Med. 177 (5) :657-658, 2017.
9. Ermio C, *L'associazione Italiana Donne Medico.* Ital Gender-Specific Med 2018;4(4):e166
10. Filardo G., daGraca B., Sass D.M., Pollock B.D., Smith E.B., Martinez M.A., *Trends and comparison of female first authorship in high impact medical journals: observational study (1994-2014).* BMJ. 352:i847, 2016.
11. Hoy K., *Gender imbalance at brain stimulation conferences: we have a problem and it is everyone's problem.* Brain Stimul. 10(1):155-156, 155-156, 2017.
12. Jaggi R., *Sexual harassment in medicine—#MeToo.* N Engl J Med. 378(3): 209-211, 2018.
13. Jena A.B., Khullar D., Ho O., Olenski A.R., Blumenthal D.M., *Sex differences in academic rank in US medical schools in 2014.* JAMA 314(11):1149-1158, 2015.
14. Martin J.L., *Ten simple rules to achieve conference speaker gender balance.* PLoS Comput Biol. 10(11): e1003903, 2014.
15. Mascarenhas A., Moore J.E., Tricco A.C., *Perceptions and experiences of a gender gap at a Canadian research institute and potential strategies to mitigate this gap: a sequential mixed-methods study.* CMAJ Open. 5(1): E144-E151, 2017.
16. Mehta S., Rose L., Cook D., Herridge M., Owais S., Metaxa V., *The speaker gender gap at critical care conferences.* Crit Care Med. 46(6):991-996, 2018.
17. Pezzini, B., Lorenzetti, A. *70 anni dopo tra uguaglianza e differenza. Una riflessione sull'impatto del genere nella Costituzione e nel costituzionalismo.* G. Giappichelli Editore, Torino, 2018.
18. *Rapporto Salute Mentale Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) Anno 2017* www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&cid=2731

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:
 1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombardia
della Società Italiana di Psichiatria

Presidenti:

Mauro Percudani e Massimo Clerici

Segretario:

Carlo Fraticelli

Vice-Segretario:

Giovanni Migliarese

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini
Franco Spinogatti
Gianmarco Giobbio
Luisa Aroasio
Carla Morganti
Federico Durbano
Alessandro Grecchi
Camilla Callegari
Antonio Magnani
Laura Novel
Pasquale Campajola
Giancarlo Belloni
Marco Toscano
Antonio Amatulli
Caterina Viganò

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Francesco Bartoli
Giacomo D'Este
Filippo Dragona
Claudia Palumbo
Lorenzo Mosca
Matteo Rocchetti

Membri di diritto:

Claudio Mencacci
Giancarlo Cerveri
Emi Bondi
Pierluigi Politi
Emilio Sacchetti

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi
Massimo Rabboni