

PNEI NEWS

I NUOVI SAPERI DELLA SALUTE

QUANDO IL MEDICO È DONNA

Fino a pochi decenni fa, era vista con sospetto e ironia, adesso gli studi dicono che l'essere donna è una risorsa in più nella cura.



A 50 anni dalla morte.

**JUNG. LA SCIENZA, LA SAGGEZZA
SPECIALE**

SOMMARIO

PNEINEWS - n° 5-6 Anno 2010

www.sipnei.it

EDITORIALE

3 **CONDIVIDERE CONOSCENZE, SVILUPPARE COMPETENZE** David Lazzari

DOSSIER

4 **QUANDO IL MEDICO È DONNA LA SALUTE NE GUADAGNA** Marina Risi

INTERVISTA con Victoria Maizes

8 **LA MEDICINA INTEGRATA. UNA REALTÀ ACCADEMICA IN USA** Paola Emilia Cicerone

IL NETWORK UMANO

11 **ALZHEIMER, ECCO LE PAROLE CHIAVE. EPIGENETICA, AMBIENTE E COMPORTAMENTI** Fabio Coppedè

TEORETICA

15 **LA RIVINCITA DEI PADRI FONDATORI. L'EFFICACIA DELLA PSICOTERAPIA AD ORIENTAMENTO PSICODINAMICO** Raffaella Cardone
Monica Mambelli

NEWS

19 **BREVI DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA** Andrea Delbarba

RECENSIONI

20 **LE NOSTRE SEGNALAZIONI EDITORIALI** a cura della Redazione

SPECIALE JUNG

22 **UNA RADICE FORTE E FECONDA PER IL PARADIGMA DELLA PSICONEUROENDOCRINOIMMUNOLOGIA** Francesco Bottaccioli

25 **LE TEORIE JUNGHIANE: UNA RICCA FONTE PER UN PENSIERO MODERNO E COMPLESSO** David Lazzari

27 **L'INTEGRAZIONE DEGLI AFFETTI IN PSICOANALISI. DALL'ALESSITIMIA ALL'ANIMA** Ferruccio Vigna

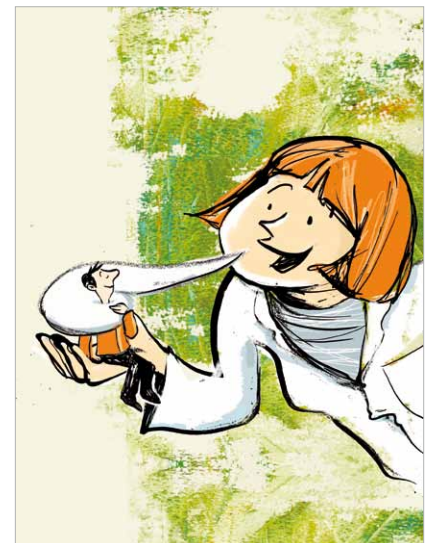
30 **DAL SINTOMO ALLA RICERCA DI SENSO: JUNG E LE IMMAGINI** Magda Di Renzo

33 **LO SPIRITO DELLA FIABA. COME PERDERSI NEL BOSCO E RITROVARSI NELLA STANZA DELL'ANALISTA** Cinzia Caputo

36 **AFTER THE BING BANG: TRACCE DI JUNG NEL MONDO CONTEMPORANEO** Luigi Turinese

38 **INVITO ALLA LETTURA. BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE JUNGHIANA** Luigi Turinese

39 **PERLE DI SAGGEZZA. LA VITA, LA MALATTIA E LA CURA DI SÉ** Carl Gustav Jung



PNEINEWS. Rivista bimestrale della Società Italiana di Psiconeuroendocrinoimmunologia.

Direttore Responsabile
Francesco Bottaccioli - bottac@iol.it

Hanno collaborato a questo numero
Francesco Bottaccioli, Cinzia Caputo, Raffaella Cardone, Paola Emilia Cicerone, Fabio Coppedè, Andrea Delbarba, Magda Di Renzo, David Lazzari, Monica Mambelli, Marina Risi, Luigi Turinese, Ferruccio Vigna.

Illustrazione di copertina
Margherita Allegri - www.margheallegri.com

Impaginazione e grafica
Argento & China - Bologna

Stampa
Fina estampa - www.finaestampa.it

Registrazione
Autorizzazione del Tribunale Bologna n° 8038 del 11/02/2010

Redazione
Via Lancisi, 31 - 00185 Roma

ABBONAMENTO E INFORMAZIONI
Il costo dell'abbonamento 2011 per ricevere 6 numeri di PNEINEWS è di 25 euro. Per i soci SIPNEI l'abbonamento è compreso nella quota annuale.
Il versamento va eseguito a favore di SIPNEI Intesa San Paolo Ag. 16 viale Parioli 16/E
IBAN IT 90 B 03069 05077 100000000203 specificando la causale.
Per informazioni: segreteria.sipnei@gmail.com

Abbonamento elettronico per rivista in pdf 18 euro.
Per le modalità di abbonamento visita www.sipnei.it

Condividere le conoscenze Sviluppare le competenze

David Lazzari – Presidente SIPNEI

La SIPNEI è una *società scientifica multidisciplinare e multi professionale*. Una frase che ci diciamo spesso, ma che merita qualche considerazione. È cosa recente che abbiamo avuto qualche problema ad accreditare nel sistema ECM il nostro corso base, destinato a fornire una cornice concettuale di riferimento comune ai nuovi iscritti. Il canovaccio del corso prevede che sia i docenti che i partecipanti provengano da diversi ambiti professionali, e questa cosa sembra aver scandalizzato qualcuno.

Questo rivela quanto siamo lontani dall'acquisire una cultura che favorisca in concreto l'integrazione rispetto al tema della salute. In questi ultimi anni, anche per merito di aree di "contaminazione" come la PNEI, sono cresciute le evidenze che mostrano le interdipendenze e le correlazioni che esistono tra processi e fenomeni che siamo abituati a studiare in ambiti disciplinari diversi, con logiche e linguaggi diversi e specifici. Ogni scienza comporta in qualche modo, inevitabilmente, un riduzionismo ma, se vogliamo cogliere le sfide e le opportunità della "complessità" insita nel reale, dobbiamo non solo ricordare che ogni area del sapere è un "punto di vista" (lo studio di un aspetto, importante quanto si vuole ma pur sempre un "aspetto", una dimensione, un livello...), ma anche saper collocare il nostro "punto di vista" nel più vasto orizzonte dove "tutto si tiene".

Questa era un tempo la "terra di nessuno", e chi vi si avventurava rischiava di venire attaccato da tutte le parti in causa. Oggi, grazie all'importanza crescente dei "collegamenti", questo luogo tradizionalmente rischioso ed inospitale si sta trasformando in una "terra di confine", luogo di scambi e di nuove opportunità. Ma la nostra non è una favola, è una storia vera. E come in tutte le storie vere ogni opportunità contiene dei rischi:

in questo caso che si faccia di "ogni erba un fascio", cioè che i diversi saperi e competenze vengano un po' troppo sbrigativamente considerati equivalenti, che tutti possono occuparsi di tutto, che integrazione faccia rima con confusione.

La vera integrazione nasce da un duplice movimento di reciprocità: condivisione e riconoscimento. Condivisione delle *conoscenze* (cioè di quei saperi specifici di una scienza che aiutano a comporre l'insieme) e riconoscimento delle *competenze* (cioè di quel saper fare che sostanzia le diverse scienze e professioni). Condividere le conoscenze non autorizza

nessuno a sentirsi onnipotente e quindi depositario di tutte le competenze. In altra sede ho sviluppato questo concetto in quello che ho chiamato il "criterio conoscenze/competenze" come premessa per sviluppare una integrazione sinergica tra ruoli e professioni nei sistemi sanitari¹, requisito indispensabile per passare dalla logica delle prestazioni a quella degli obiettivi di salute, che richiedono condivisione e capacità di lavoro in team.

Lo scopo della SIPNEI dunque è condividere le conoscenze e sviluppare le competenze, che è cosa diversa dal promuovere approcci confusivi che misconoscono le specificità ed i ruoli. Tra ordine (ognuno a casa sua) e caos (tutti fanno tutto) noi siamo per l'equilibrio, perché - come tutti sappiamo - lì sta il benessere, lì vive la vita e si alimenta la complessità.

In tal modo, io credo, può convivere proficuamente la multiprofessionalità e la multidisciplinarietà come sistema, come valore aggiunto, senza mere giustapposizioni o sovrapposizioni. Ma per consentirci tutto questo

abbiamo bisogno di un linguaggio comune, di una lingua "franca" che ci consenta di capirci: e questa non può che essere quella della scienza, delle prove di evidenza. A volte ci sembra che il vestito della scienza ci sia stretto, proviamo una certa insofferenza, ma senza questi panni i roghi si sarebbero moltiplicati e si moltiplicherebbero! L'anelito di conoscenza e magari di spiritualità ci spinge spesso verso sentieri dove il metodo scientifico ancora non si avventura o è appena agli inizi. Ognuno è padrone di percorrere queste strade in piena libertà, anche tra i nostri soci: su questo vi è totale e pieno rispetto, come la storia della SIPNEI testimonia.

Ma la società in quanto tale, ed i suoi soci quando parlano in suo nome (e quindi a nome di tutti), debbono distinguere tra dati di evidenza (veri sino a prova contraria e quindi validi per tutti) ed opinioni e convinzioni personali. E questo a maggior ragione se si parla di salute: il rigore scientifico ci consente di rivendicare il superamento di vecchie logiche, spesso poco efficaci e poco umane; in suo nome possiamo denunciare a testa alta chi "vende malattie" (come nell'ultimo numero della rivista); e questo non può esimersi, se vogliamo essere coerenti, dal prendere le distanze da chi, sotto qualsiasi forma, vende illusioni.

Come dicevano all'inizio? Ah sì! La SIPNEI è una *società scientifica multidisciplinare e multi professionale*: scientifica, appunto.♣



¹ Lazzari D., Marini C. (2007) Il Modello conoscenze-competenze, *AUPI Notizie* 3; Lazzari D. *Psicologia Sanitaria e Malattia Cronica. Disease management ed interventi evidence-based*. Pacini Editore, Pisa (in stampa)

Quando il medico è donna la salute ne guadagna

Marina Risi - medico specializzato in Ostetricia e Ginecologia, agopuntore, esperta in Medicina integrata, vicepresidente SIPNEI

Da studi recenti è emerso che le donne medico tendono ad adottare naturalmente uno stile più “democratico” e collaborativo; discutono le opzioni terapeutiche, prendono atto delle preferenze del paziente e lo coinvolgono nelle decisioni da prendere. Con risultati terapeutici migliori.

Nel nostro Paese, come del resto in tutto il mondo occidentale, sta avvenendo una rivoluzione silenziosa nella medicina: la percentuale di donne tra i medici è in costante aumento.

La femminilizzazione della medicina italiana, fenomeno già evidente agli inizi del millennio, è balzata agli onori della cronaca segnatamente nel settembre 2007, quando la Fnomceo (Federazione nazionale dei medici chirurghi ed odontoiatri) ha diramato un comunicato stampa allarmante ed allarmato sulla futura carenza di medici specialisti in aree tipicamente maschili - soprattutto ortopedia, cardiocirurgia, neurochirurgia ed urologia - come presentazione del congresso nazionale di quell'anno intitolato “Medicina e sanità declinati al femminile”.

Strano modo di focalizzare l'attenzione su un cambiamento di tale portata: evidenziare il “negativo” senza aver preso in considerazione i molteplici aspetti della novità, senza contestualizzare il fenomeno nel più ampio quadro della trasformazione sociale dei ruoli di genere, rischiando, così, di accendere reazioni e fazioni che poco giovano all'interesse di tutti, pazienti compresi.

Questi i dati attuali: tra i medici chirurghi nella fascia d'età fra 25 e 29 anni il 70% è donna; nella fascia tra 30 e 34 anni le donne sono il 51,9%. Mentre, nel range 60-69 anni le donne sono il 14%. Attualmente le donne rappresentano il 32% di tutti i medici italiani, ma tra 10-15 anni

la maggior parte dei professionisti della salute che andranno in pensione saranno sostituiti da medici di sesso femminile. Di conseguenza, anche tra gli specialisti possiamo rilevare una tendenza costante di incremento femminile. Dal 2000 al 2006 gli specialisti di sesso maschile sono aumentati di circa 200 unità (da 3.367 a 3.573) a fronte di circa 1.400

di donne in più (da 3.430 a 4.817), ma le donne scelgono principalmente specialità cliniche (Fig 1). Resta il fatto che la presenza di donne medico ai vertici della carriera rimane piuttosto bassa: il 16% dei consiglieri degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri e l'8% dei professori ordinari delle facoltà di Medicina e Chirurgia, percentuali da “tetto di cristallo”, metafora che descrive precisamente la difficoltà che una base

ampiamente rappresentata incontra nell'emergere a posizioni apicali. E quanto l'impegno nella carriera intersechi le scelte della vita privata lo possiamo rilevare dalle percentuali relative allo stato civile; il 30% delle donne medico al vertice della carriera è single (10% degli uomini) e non ha figli (13% degli uomini).

E infine la differenza dei livelli retributivi: le donne medico, secondo un'indagine svolta dall'Ordine dei Medici di Padova, arrivano a guadagnare fino al 50% in meno dei loro colleghi¹.

Il genere come cultura che integra la biologia

Il concetto di genere, introdotto dalle scienze sociali, si riferisce ad un'idea culturale di ciò che viene identificato e riconosciuto come maschile e femminile, ovvero è la definizione socialmente costruita di donne e uomini, che si manifesta con una assegnazione di diversi ruoli, compiti e funzioni; ne consegue che tale definizione è passibile di cambiamento nello spazio e nel tempo.

Pur se la medicina accademica e clinica stenta a prenderne atto, una crescente letteratura scientifica riferisce che determinanti come il genere, il reddito e le relazioni sociali sono fattori indipendenti di salute, inscindibili dai fattori biologici; prova ne è che i criteri di genere sono ormai stati assunti nella ricerca e nella promozione alla salute.

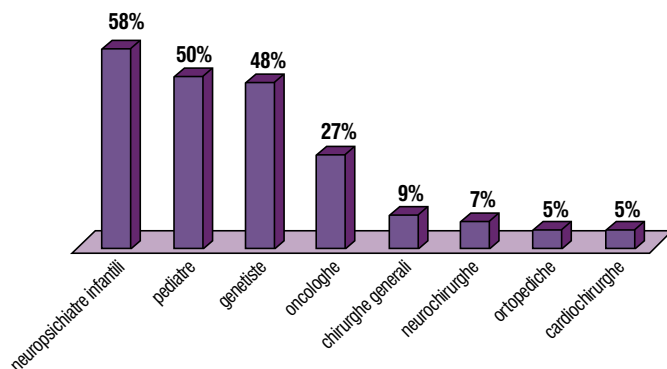


Fig. 1 - Tasso di femminilizzazione di alcune specializzazioni mediche. Su 100 neuropsichiatri infantili 58 sono donne, ma solo 5 donne su 100 sono cardiocirurgi.

1. www.univadis.it/medical_and_more

La medicina di genere rappresenta una frontiera che sta guadagnando sempre più velocemente territori accademici, evidenziando una grave lacuna dell'impostazione medica classica: le donne e gli uomini, pur essendo accomunati da una fisiopatologia condivisa legata alla specie, mostrano differenze fondamentali nell'incidenza, nella prevalenza e nella sintomatologia delle stesse malattie e rispondono in modo diverso alle terapie. Ma il risultato che probabilmente la medicina di genere non prevedeva di ottenere era che l'inserimento dell'ottica di genere portasse alla luce un altro elemento di complessità della cura: il genere dei medici.

L'ottica dicotomica di donne e uomini ha una lunga storia nella nostra cultura. L'uomo e la virilità sono il riferimento dell'umanità, mentre la donna e la femminilità sono elementi aberranti e queste idee tradizionali sono riflesse nella medicina. Da uno studio pubblicato nel 1970 (praticamente ieri, se parliamo di cultura) è emerso che 79 psichiatri e psicologi americani a cui era stato chiesto di descrivere alcune caratteristiche di

uomo sano, donna sana e adulto sano hanno usato aggettivi simili per uomo e adulto sano: logico, attivo, autonomo; aggettivi opposti sono stati attribuiti alla donna sana: irrazionale, passiva e dipendente².

È consequenziale l'uso di stereotipi di genere, le differenze di genere sono immaginate come innate e come qualcosa da apprezzare e non da modificare. E quindi donne e uomini sono visti come separati.

Ricerche hanno dimostrato che i differenziali del potere tra donne e uomini sono spesso ignorate nel contesto medico. Ma tutto ciò porta a non poter affrontare serenamente il problema del potere e della disuguaglianza, che è ancora una questione critica nella medicina accademica.

In altre parole, partendo dal presupposto che noi "facciamo genere" in ogni aspetto della nostra vita professionale e privata (come camminiamo, guardiamo, stringiamo mani, costruiamo la carriera o scegliamo un partner: tutto è genere!), il setting della cura ha per protagonisti quattro diadi: paziente donna- medico uomo, paziente uomo-medico donna, paziente donna- medico donna, paziente uomo - medico uomo.

Se inforchiamo la lente dell'ottica di genere non potremo non renderci conto che queste quattro diadi potranno diversificarsi per varie caratteristiche: stili di comunicazione, vissuto della malattia, paure immaginarie, bisogni, influenza sulla vita privata della eventuale disabilità

2. Broverman IK et al Sex-role stereotypes and clinical judgements of mental health *J Consult Clin Psychol* 1970;34:1-7

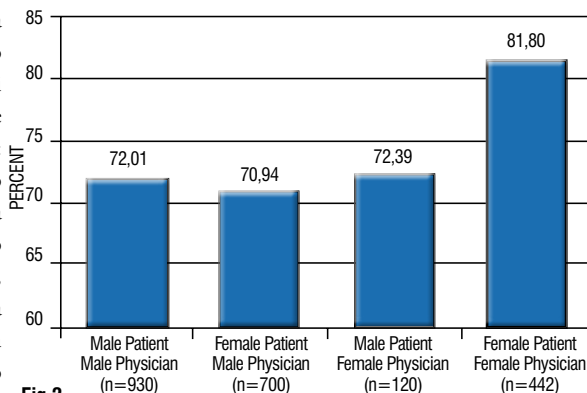


Fig 2 Gestione del diabete: percentuale di pazienti in terapia con ACE inibitori

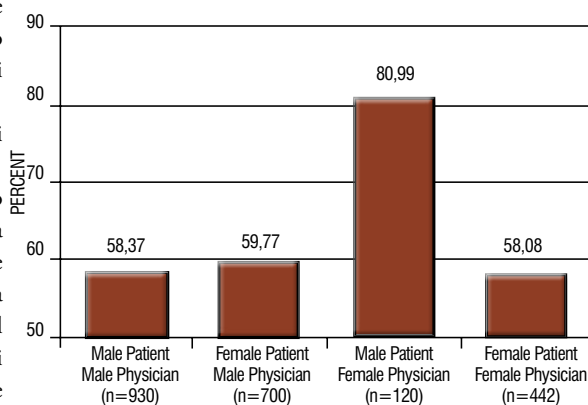


Fig 3 Controllo della pressione arteriosa nel paziente diabetico

o dolore nei pazienti e accoglienza, empatia, irritazione e comunicazione nei medici.

Il ruolo professionale del medico non è neutro dal punto di vista del genere.

Molti studi hanno dimostrato che donne e uomini differiscono nello stile della comunicazione e le differenze di genere osservate tra i medici lo confermano.

Il problema è quanto queste differenze giochino un ruolo nella consultazione medica. Le potenziali differenze tra donne e uomini medici che sono state investigate sono le differenze nella comunicazione medico-paziente, il procedimento diagnostico e la scelta terapeutica. La comunicazione delle donne è più orientata sul paziente. Le pratiche invasive, quali l'esplorazione prostatica o vaginale sono utilizzate in minor misura nei pazienti di sesso opposto. Gli uomini prescrivono maggiori quantità di farmaci; in particolare farmaci sedativi sono maggiormente prescritti da medici di sesso maschile a pazienti di sesso femminile.

La maggior parte degli studi relativi alle differenze di genere dei medici è stata effettuata su medici di famiglia.

Una recente ricerca pubblicata su *Annals of Family Medicine*³, che si proponeva di investigare le differenze nella gestione dei fattori di rischio delle patologie cardiovascolari (CVD) in ottica di genere dei pazienti, dei medici e della loro interazione, ha coinvolto 55 medici, 39 uomini e 16 donne, e circa 4000 pazienti. I risultati di questo studio dimostrano che i pazienti riconoscono una buona qualità di cura dei fattori di rischio per CVD, indipendentemente dal genere del loro medico; quindi i pazienti non percepiscono di essere trattati in modo diverso né che i medici abbiano diversi orientamenti terapeutici. Ma sono risultate alcune differenze nella gestione del diabete: ai diabetici di sesso maschile vengono prescritti più frequentemente ipoglicemizzanti, Ace inibitori e aspirina. In realtà, l'impiego ridotto di ACE inibitori nelle donne potrebbe essere dovuto alla maggiore incidenza di effetti collaterali (per esempio, la tosse è 2-3 volte più frequentemente associata).

Le donne medico informano maggiormente i loro pazienti sui fattori di rischio ed appropriati stili di vita, controllano di più il peso corporeo nelle donne (Fig 2) e la pressione arteriosa negli uomini diabetici (Fig 3). Infine, le dottoresse hanno più pazienti donne e la durata media della consultazione è maggiore, ma gli uomini dedicano più tempo al

3. Tabenkin H et al Differences in cardiovascular disease risk factor management in primary care by sex of physicians and patients *Ann Fam Med* 2010; 8(1):25-32

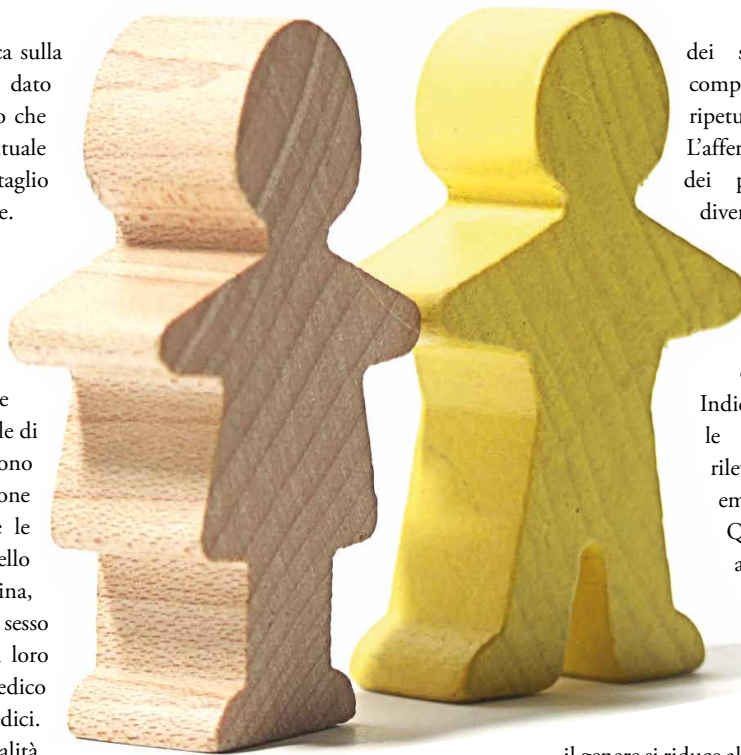
lavoro. Ancora esigua è la ricerca sulla medicina specialistica, ma un dato intrigante emerge da uno studio che ha rilevato una maggiore percentuale di ginecologi che praticano il taglio cesareo, rispetto alle loro colleghe.

La prospettiva di genere nella formazione dei medici

La prospettiva di genere in medicina implica che le condizioni di vita, la posizione nella società e la nozione culturale di mascolinità e femminilità devono essere presi in considerazione insieme alla biologia in tutte le interazioni professionali; nello specifico ambito della medicina, quindi, si dovrà tener conto del sesso e del genere dei pazienti, della loro interazione con il genere del medico e delle relazioni tra medici. È evidente che per evitare parzialità si dovrà introdurre questioni di genere ed applicare una prospettiva di genere nella formazione medica. E i docenti di medicina sono nella posizione ottimale per influenzare il successo di questo percorso di cambiamento finalizzato alla equità. Molto interessante, a questo proposito, uno studio svedese pubblicato su *BMC Medical Education* nel 2008, in cui le autrici si sono proposte di esplorare l'atteggiamento dei medici impegnati in dipartimenti clinici, insegnamenti e tutoring rispetto ai temi di genere. La ricerca era stata commissionata dal consiglio di facoltà per investigare potenziali prerequisiti e/o problemi nel caso si fosse deciso di implementare la prospettiva di genere nei curricula dello staff della Medical School Umeå⁴. Hanno risposto ai questionari 303 medici, di cui 211 uomini e 92 donne, a cui è stato chiesto di dare un voto a cinque dichiarazioni che si riferivano all'importanza del genere in varie relazioni professionali, con uno spazio supplementare per indicare le motivazioni del voto. Le cinque dichiarazioni erano:

1. Il genere del paziente è importante nella consultazione
2. Il mio genere è importante nella consultazione
3. Il genere dello studente è importante nel tutoring clinico
4. Il mio genere è importante nel tutoring clinico
5. Il mio genere è importante nelle relazioni professionali con i colleghi

Il 31% delle donne a fronte del 13% degli uomini identifica la differenza di genere con una iniquità della condizione femminile, mentre solo alcuni uomini riferiscono di lavorare con maggior agio con i colleghi dello stesso sesso: "È più facile parlare con i colleghi maschi perché condividiamo gli stessi punti di vista su come trattare i pazienti. Ci sono meno fattori irrazionali rispetto al rapporto con le colleghe"- dichiarano. Atteggiamenti, valori, modi di pensare, etica, linguaggio e presentazione



dei sintomi sono alcuni dei campi comportamentali che sono stati ripetutamente descritti come differenti. L'affermazione sulle differenze del genere dei pazienti consisteva nel rimarcare diversi problemi di salute, sintomi ed epidemiologia. I docenti hanno anche commentato il fatto che pazienti donne e uomini vengono trattati in modo diverso.

Indicativa la descrizione degli studenti; le caratteristiche più frequentemente rilevate nelle studentesse sono: capace, empatica, cauta, con bassa autostima.

Questi, invece, i più frequenti aggettivi attribuiti agli studenti: razionale, fiducioso, esigente, provocatorio, competitivo, eccesso di autostima, in grado di prendere spazio,

invadente. Per alcuni docenti uomini il genere si riduce al fatto che bisogna insegnare alle donne alcuni trucchi; per esempio come gli uomini pensano e parlano, prendere spazio, dire di no, ma rimanere femminili.

Nessun commento, invece, su cosa si deve insegnare agli uomini. Alcune note si riferiscono alle situazioni delicate e imbarazzanti nella pratica clinica, come un esame rettoscopio su un paziente uomo effettuata da un medico donna o un medico uomo con una paziente vittima di abuso sessuale. Rari i commenti sulla difficoltà del medico di immedesimarsi in ciò che accade nel corpo del paziente di sesso opposto, per esempio la gravidanza o la menopausa o le disfunzioni erettili.

Un altro elemento emerso dallo studio è l'eccesso di semplificazione: il genere è un problema talmente evidente che non c'è bisogno di focalizzare l'attenzione nella formazione medica e nelle relazioni professionali.

In alcuni casi viene negata l'esistenza della questione del genere, argomentando che:

"la parità tra donne e uomini è ormai raggiunta nella nostra società e gli individui non dovrebbero essere visti come donne e uomini, ma come esseri umani" oppure si presuppone che la propria specializzazione non abbia nulla a che fare con il genere o anche si riconosce il problema solo per le persone che hanno diversa cultura e religione: "Gli uomini musulmani non vogliono essere visitati da una donna e le loro donne spesso non accettano medici uomini".

Ma uno dei dati più rilevanti consiste nel fatto che i medici usano la neutralità per argomentare la professionalità: "Io non ho problemi con il genere sia nella relazione con i pazienti che con i colleghi. Sono solo un professionista, neutro e senza genere".

Il costrutto tradizionale si basa sull'idea che autorità, razionalità ed obiettività siano le massime caratteristiche positive del medico. L'obiettività include la percezione di sé come neutro; per questo il genere deve essere ignorato nella medicina.

Ma il genere è un problema solo per le donne?

I commenti maschili sono spesso semplicistici e irritati; il genere non è percepito come un problema dagli uomini, mentre, in realtà, il genere coinvolge donne e uomini. Le norme della virilità, per esempio, potrebbero indurre gli uomini a comportamenti a più alto rischio per la vita, come dimostrano i dati epidemiologica sulla mortalità. Mi sono spesso chiesta se una possibile motivazione alla resistenza nel porre attenzione alle differenze di genere sia la percezione che si tratti di un interesse poco virile.

Eppure, nelle Facoltà in cui i capi dipartimento adottano un chiaro e forte impegno rispetto al genere, si crea un clima di lavoro migliore e che incoraggia ulteriori e proficui approfondimenti sul genere.

E il cambiamento richiede la partecipazione di tutti.

L'attenzione all'empatia, ai bisogni, valori e preferenze individuali del paziente dovrebbe essere una delle componenti della buona pratica clinica. Ne consegue che i medici dovrebbero praticare l'alleanza terapeutica ed individuare il trattamento adatto alla persona. Le donne sembrano essere meglio equipaggiate per soddisfare i requisiti di una medicina centrata sul paziente.

Da una meta-analisi del 2002⁴ emerge la maggiore capacità delle donne medico di coinvolgere il paziente nel processo di cura. Le donne tendono ad adottare naturalmente uno stile più "democratico" e collaborativo; discutono le opzioni terapeutiche, prendono atto delle preferenze del paziente e lo coinvolgono nelle decisioni da prendere. Lo stile di comunicazione femminile realizza una migliore attenzione all'aspetto emozionale della malattia oltre che a quello biomedico e le donne tendono ad offrire maggior supporto emotivo, incoraggiamento e rassicurazione. La Accreditation Council for Graduate Medical Education richiede ai docenti, oltre alla competenza della propria materia, una effettiva capacità di comunicazione e le donne risultano essere mediamente migliori. La comunicazione medica centrata sul paziente ottiene migliori risultati terapeutici, sia per migliore aderenza del paziente alla terapia che nella soddisfazione dei pazienti. Alcuni studi indicano che le donne hanno una maggiore capacità di gestire i membri del loro staff, incentivando potenzialità, stabilendo un clima di confidenza e fiducia ed interessandosi ai problemi personali. Queste capacità di leadership possono aumentare l'efficacia dell'equipe di medici; è ormai evidente che i risultati terapeutici delle patologie croniche sono nettamente migliori se gestiti da un gruppo di medici in grado di collaborare.

La femminilizzazione della professione medica come cambierà la società?

La recente carta sulla professionalità medica asserisce che la responsabilità del medico è di migliorare l'accesso alle cure, lavorando per eliminare le barriere a tale accesso. Le donne tendono ad occuparsi di più delle classi sociali più svantaggiate, ma dedicano meno tempo complessivo al lavoro, essendo maggiormente impegnate dalla famiglia. E se una ridotta quota di donne occupa un posto dirigenziale, è doveroso menzionare il fatto che alcune, seppur qualificate per la leadership, scelgono di non farlo, non si sentono abbastanza competitive, temono di svolgere un ruolo

di comando in un ambiente in cui la maggior parte dei colleghi sono uomini. Una non espressa e ancestrale paura della competitività e della aggressività maschile potrebbe essere una causa della rinuncia femminile ai ruoli di potere. La sempre maggior presenza femminile nella professione medica sta modificando alcune caratteristiche socio-economiche della professione stessa. È un dato di fatto che la femminilizzazione della medicina vada di pari passo con una riduzione dell'assegnazione di prestigio sociale alla professione medica. In Russia, Paese in cui la medicina è da più tempo gestita da una prevalenza femminile, la professione non è considerata di alto stato sociale. Con le dovute differenze culturali, anche in Occidente l'entrata delle donne in medicina è sicuramente coincisa con una riduzione del prestigio socio-economico della professione o forse un minor numero di uomini hanno scelto di diventare medici perché si sono orientati su professioni più redditizie. Certo è che le donne potranno gestire meglio il lavoro solo se verranno attuate politiche che consentiranno loro una ripartizione equa del tempo tra carriera e famiglia. ❖



4. Roter DL et al Physician gender effects in medical communication
JAMA 2002;288:756-764