

Discriminazioni e approcci sessuali: la vita difficile delle donne medico

di Ester Maragò

Non è facile essere donna e medico, soprattutto se si è giovani. Anche se ormai da dieci anni le donne sono la maggioranza dei laureati in medicina, per loro le opportunità di avanzamento di carriera sono ancora scarse. Tre camici rosa su dieci ritengono che le proprie competenze vengano utilizzate solo in parte o per nulla. Quasi la metà ha rapporti minimi o inesistenti con i propri capi. Con i colleghi va un po' meglio: sette camici rosa su dieci sostengono di avere rapporti di tipo collaborativo. E ancora, più di cinque donne medico su dieci si sentono sovraccaricate di lavoro e trascurano la loro vita privata, specialmente se sono separate, divorziate o sole e con attività legate ad orari prestabiliti poco flessibili. Le più vessate? I medici di medicina generale e le specialiste ambulatoriali e i camici rosa che lavorano negli ospedali. Come se non bastasse quasi una dottoressa su quattro confessa di aver ricevuto offese o offerte sessuali inopportune. Il 4% di aver subito violenze fisiche. Nonostante ciò, sei dottoresse su dieci sono soddisfatte del proprio lavoro. Ad essere appagate sono soprattutto le over 54 e le vedove.

A scattare la fotografia dei camici rosa è il Rapporto Donne medico: indagine su lavoro e famiglia, stalking e violenze, realizzato dall'Ordine dei medici della provincia di Roma che con i suoi oltre 41mila iscritti rappresenta il 10% di tutta la cate-

goria. Lo studio realizzato su un campione rappresentativo di 1.597 donne medico in collaborazione con la sezione romana dell'Associazione italiana delle Donne Medico, è stato presentato il 31 maggio scorso a Ro-

ma alla presenza di Rosy Bindi, vicepresidente della Camera dei Deputati, Paola Binetti, membro della XII Commissione Affari Sociali, e Ignazio Marino, presidente della Commissione di inchiesta del Senato sull'effi-

cia e l'efficienza del Ssn. "Questa indagine - ha commentato il presidente dell'Ordine dei medici di Roma Mario Falconi - conferma che era oltremodo opportuno esplorare il microcosmo delle donne medi-

co. Avevamo intuito da tempo che una percentuale rilevante di colleghe avesse un profondo disagio di lavoro e di relazioni, fatto di discriminazioni, vessazioni ed anche violenze. Una parziale sorpresa l'abbiamo avuta, però,



Soddisfatte del proprio lavoro ma consapevoli delle difficoltà ad entrare nella stanza dei bottoni. Tra i camici "rosa", 2 su 3 si sentono discriminate mentre 1 su 4 ha subito avances e offese sessuali. Più pessimiste le under 45

L'indagine in sintesi

Camici "discriminati". Le donne medico che ritengono di essere discriminate rappresentano addirittura i due terzi del totale. Il 27,1% ritiene di esserlo nell'ambiente di lavoro in generale e il 37,5% soltanto nel raggiungimento dei livelli apicali. La discriminazione è avvertita in maggior percentuale dalle giovani, da quelle a inizio carriera e da coloro che lavorano nelle strutture ospedaliere private. Le donne medico, in particolare quelle più giovani, ritengono di avere scarse opportunità di avanzamento professionale e non hanno un'elevata soddisfazione per il proprio ruolo e lavoro. E ancora, oltre la metà delle donne reputa di avere un sovraccarico di lavoro, lo denunciano in particolare le donne separate, divorziate o

sole. In questi casi il lavoro diventa l'impegno prioritario mettendo in secondo piano impegni di altra natura personale e sociale. Così circa il 55% trascura le relazioni amicali e la cura di se stessa, il 18,6% i divertimenti, il 10% trascura il rapporto di coppia e il 5,5% quello con i figli.

I camici rosa e le stanze dei bottoni. Il disagio con i propri vertici direzionali è elevato. Circa la metà ha rapporti minimi o nulli con le gerarchie superiori. Sono percentualmente di più le donne medico di medicina generale o specialisti ambulatoriali a pensarla così, probabilmente perché operano nei propri studi senza avere, molto spesso, il conforto del confronto con altri medici. Solo poco più della metà avverte la stima dei superiori e/o delle figure di riferimento, ma

quattro donne su dieci parlano di formalismo. Denunciano addirittura ostilità le donne medico tra i 55 e i 64 anni, nubili e vedove che lavorano negli ospedali o nelle strutture convenzionate (il 6%). Avere meno incarichi, e indennità accessorie, è fonte anche dei divari retributivi tra uomini e donne: la pensa così il 34,1%. Il quadro viene confermato quando si va ad indagare in che misura le donne pensano di essere considerate sotto il profilo professionale. Il 39%, rappresentato da donne a metà carriera, nubili, medici di medicina generale, specialisti ambulatoriali, dipendenti di strutture convenzionate e chi opera in un ruolo clinico, afferma che i superiori non tengono conto dei loro suggerimenti. Se poi si indaga direttamente in che misura le donne sono coinvolte nella formazione e

nell'attuazione dei programmi di lavoro, più dell'80% dichiara di essere poco o per nulla partecipe. Invece con i colleghi pari grado le donne medico vivono un'esperienza lavorativa in via generale di collaborazione. Un dato che conferma il fatto che i contrasti appaiono quando si configurano aspetti competitivi che possono nascere in tema di incarichi, carriera, coinvolgimento decisionale, rapporti gerarchici.

Stalking e violenza. Quasi una dottoressa su quattro confessa di aver ricevuto offese od offerte sessuali inopportune (46,4%). Il 4% confessa di aver subito violenze fisiche. Un dato enorme considerato che, in assoluto, tra le donne italiane la percentuale è pari al 2,1%. Tra le over 65 solo il 25% dichiara di non aver

La denuncia dell'Aiop

“Troppi sprechi nella sanità pubblica”

■ **Trasparenza nei conti delle Asl. Separazione tra gestori e controllori. Introduzione dei Drg anche nelle strutture pubbliche. Ecco la ricetta in tre mosse dell'Ospedalità privata italiana**

Il Federalismo è un processo di grande importanza che potrà offrire opportunità a chi le saprà cogliere. Ma perché questo si realizzi occorrerà introdurre alcune regole fondamentali che consentiranno di attuare riforme strutturali idonee a ridurre gli sprechi. Primo, separare gestori e controllori e creare un sistema di controlli trasparente e uguale per tutti, sia per il pubblico che per il privato. Secondo, adottare modelli civilistici uguali a quelli delle aziende sanitarie di diritto privato per dare trasparenza ai bilanci. Terzo, ripristinare per tutti gli erogatori ospedalieri, pubblici e privati, il pagamento a prestazione per arrivare ad un risparmio del 20%. A suggerire le coordinate per raggiungere l'obiettivo è l'Aiop, nel corso del convegno Il federalismo è la cura per la sanità italiana? organizzato a Torino il 27 maggio scorso in occasione della 46ª Assemblée nazionale dell'Ospedalità privata. “È nostra tradizione – ha affermato Gabriele Pellissero, vicepresidente Aiop – approcciarci ai temi fondamentali della sanità con forte senso di responsabilità per lavorare come soggetti attivi e collaborare con le Istituzioni, dal Governo alle Re-

gioni. Nell'VIII Rapporto annuale Ospedali&Salute, abbiamo dimostrato che sprechi e inefficienze sono presenti in tutte le Regioni con valori percentuali differenti, ma con picchi di inefficienze sommerse preoccupanti che arrivano al 45% in Calabria. E se calcoliamo una percentuale media di inefficienze pari al 20% possiamo stimare che quelle relative alla sola spesa ospedaliera si attestano intorno ai 15-20 miliardi di sprechi. Il disavanzo pubblico impone quindi una severità di risparmio, ancora di più in un comparto strategico come quello della sanità, sia perché questo impatta sulla salute dei cittadini sia perché la sanità deve essere considerata un volano per la crescita economica”.

Occorre quindi riconvertire gli sprechi in prestazioni. Per questo Pellissero ha suggerito al nascente processo federalista tre linee di indirizzo “praticabili ed essenziali”: “Bisogna che le Regioni facciano meno gestione e tornino a governare. Innanzitutto è necessario separare gestori da controllori e creare un sistema di controlli trasparente e uguale per tutti, sia per il pubblico sia per il privato. Il federalismo deve prevedere l'obbligo per tutte le aziende sanitarie pub-

bliche di bilanci trasparenti con l'adozione di modelli civilistici uguali a quelli delle aziende sanitarie di diritto privato e l'obbligo della pubblicità dei bilanci”. E ancora. “È indispensabile – ha aggiunto il vice presidente Aiop – ripristinare per tutti gli erogatori ospedalieri, pubblici e privati, il pagamento a prestazione, che rappresenta fra l'altro l'unico modo per affermare in concreto la centralità del cittadino e del malato nel sistema sanitario, smascherandone inefficienze e sprechi. Il pagamento a prestazione può infatti portare ad un risparmio del 20%”.

Infine è necessario comprendere che il privato in sanità è una risorsa preziosissima: il privato può assicurare il servizio pubblico a costi più bassi e con un maggior livello di soddisfazione per il paziente. Dove ciò accade, come in Lombardia, è unanimemente riconosciuto che si tratta della migliore sanità in Italia.

Sulla stessa linea Enrico La Loggia (Pdl), presidente della Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale, il quale ha sottolineato come l'armonizzazione dei bilanci sia uno degli obiettivi della riforma federalista, assieme al calcolo dei costi standard. Per La Loggia il federa-

lismo si basa su due pilastri: responsabilità e solidarietà. “Responsabilità – ha affermato – significa rispondere di come si spendono i soldi. Le realtà locali per prime dovranno assolvere ai Lea e ai Lep. Non ci saranno più pagamenti a piè di lista. Occorre azzerare sprechi, inefficienze ed evasioni fiscali per avere un beneficio immediato sui propri bilanci. Solo dopo i Governatori potranno occuparsi di tutto il resto, se ne resta. Se non avranno raggiunto i propri obiettivi per incapacità saranno sanzionati, grazie al decreto “premi e sanzioni” al quale metteremo mano nei prossimi giorni firseremo le regole per mettere fine agli abusi e alle inefficienze. E premiare chi lavora bene”.

E sul Decreto premi e sanzioni è intervenuto Luca Antonini, presidente della Copaff, la Commissione tecnica paritetica per l'attuazione del federalismo fiscale: “Dal 2013 finirà il criterio della spesa storica: il finanziamento del sistema sanitario si baserà sui costi standard, determinati assumendo come riferimento 3 regioni benchmark, selezionate sulle migliori 5 che hanno garantito qualità ed equilibrio di bilancio. Non saranno più possibili ripianamenti. Ripiani statali di questo tipo sono av-

venuti anche di recente: nel 2007 vennero stanziati 12 mld di euro per 5 regioni in extra deficit sanitario. Quell'anno con tale somma si sarebbe potuta ridurre l'Irap di 1/3 o abbassare l'Irpef dal 23 al 20%. I bilanci dovranno essere certificati. Un esempio negativo è quello della Calabria: nel 2008 la contabilità della sanità di questa regione si è rivelata completamente inattendibile”.

Il decreto, ha poi aggiunto Antonini, permetterà finalmente di disporre di bilanci pubblici omogenei, elaborati con le stesse metodologie contabili: “I bilanci saranno pubblicati in modo comprensibile a tutti su internet, permettendo veri confronti. Infine saranno previsti premi per i virtuosi e sanzioni per gli inefficienti”. Luca Ricolfi, docente di analisi dei dati dell'Università di Torino, ha ricordato che gli sprechi in Italia ammontano in totale a 80-100 miliardi di euro all'anno e in sanità sono di circa 20 miliardi. “Se confrontiamo l'Italia con gli altri paesi avanzati non si può dire che la spesa sanitaria sia eccessiva, almeno in relazione al Pil (circa due punti sotto rispetto ad esempio a Germania e Francia). Tuttavia un confronto fra le regioni fornisce risultati inquietanti. Il livello di efficienza – e quindi il tasso di spreco – delle sanità regionali è estremamente diversificato, secondo il classico gradiente Nord-Sud. Ciò significa che se le regioni meno efficienti si riorganizzassero seguendo le best practices delle regioni più virtuose (tra cui Friuli VG, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana), si potrebbero risparmiare circa 20 miliardi di euro, che permetterebbero di aumentare drasticamente la quantità e la qualità dei servizi offerti”.

E.M.

quando abbiamo preso atto amaramente che le donne medico hanno, nelle aggressioni fisiche vere e proprie, percentuali sensibilmente superiori rispetto a quelle delle donne italiane in generale”. Per questo Falconi ha ri-

volto un appello alle istituzioni e ai colleghi uomini: “Lasciamo alla politica il compito di interpretare i dati e assumere le decisioni conseguenti. Senza dimenticare, però, che anche il mondo medico maschile ha

un'occasione per riflettere e che deve dare il proprio contributo affinché le donne riescano ad avere nella realtà quotidiana quelle pari opportunità che sulla carta sono loro dovute”.

“Emerge con molta chiarezza che

le donne medico sono discriminate come tutte le donne italiane – ha detto Rosy Bindi – ma lo sono un po' di più perché la medicina è una realtà di potere, dove gli uomini hanno più vantaggi. Il fatto che circa la metà delle pro-

fessioniste in camice rosa lamenta molestie, soprattutto sul posto di lavoro, dimostra l'uso del potere professionale degli uomini, che spesso ricattano le donne anche per motivi di carriera. Per questo noi donne dovremmo credere più in noi stesse, avere più coraggio ed essere più solidali”. “In Italia – ha sottolineato Ignazio Marino – siamo molto lontani dalla parità in tutte le professioni: del resto la prima donna in magistratura è entrata nel 1963. Se la velocità nel raggiungimento delle pari opportunità rimane con l'attuale trend, nel nostro Paese la parità di primari maschi e femmine si raggiungerà solo nel 2064, in sanità nel 2094”. Per arrivare anche in medicina ad un'eguaglianza di fatto tra i due sessi, la strada da seguire è quella della cultura meritocratica: “Se si applica davvero il merito – ha aggiunto Marino – non c'è bisogno di introdurre quote che decidano per legge quante posizioni devono essere occupate dalle donne”. ■

subito un qualche tipo di violenza. Per il 6,8% delle donne l'episodio di molestia è avvenuto negli ultimi 12 mesi, per il 24,7% negli ultimi tre anni e per il 68,5% oltre tre anni fa. Nel 57,5% dei casi si tratta di episodi sporadici, nel 30,6% di casi ripetuti, ma l'11,9% parla di episodi molto frequenti. Ad essere più spesso vittime sono soprattutto le donne dai 35 ai 54 anni, le nubili e le separate o divorziate. La gran parte delle molestie si verificano sul posto di lavoro. Non a caso nella maggior parte dei casi (41%) il molestatore è il datore di lavoro o un superiore. Seguono un estraneo (23,7%), un collega (25,4%), un amico (4,1%), compagni o fidanzati (3,2%).

I motivi? Per il 27,9% delle donne il molestatore voleva attrarre la sua attenzione, mentre per il 20,6% voleva metterla in cattiva luce. Naturalmente le molestie hanno ricadute

sul comportamento delle vittime: il 34,9% delle professioniste ha cambiato il suo modo di fare sul luogo del lavoro, il 17,7% ha assunto atteggiamenti difensivi e il 14,3% ha dovuto cambiare le proprie abitudini di vita e di lavoro. Tutti comportamenti che hanno ricadute pesanti sulla psiche delle dottoresse. Quasi il 40% denuncia uno stato generale di stress, circa il 27% teme di vivere altre esperienze analoghe e sviluppa maggiore aggressività, il 17% circa vive in uno stato d'ansia e panico ed è preoccupata per la propria sicurezza personale. Un 17,4% vive a seguito delle molestie subite una vita più solitaria essendosi isolata dalla vita di relazione e il 10,2% dichiara di perdere giorni di lavoro. Circa un quarto delle donne medico che hanno subito violenze ne parla, chiedendo aiuto, soprattutto ai familiari, ai parenti e agli amici fidati. Ma la

maggioranza non ne parla con nessuno (43,8%). Solo il 10,2% si rivolge ad un legale, alle forze dell'ordine (7,5%) o a uno psicologo (7,4%). Le donne vittime, in sostanza, tendono a non esternare la molestia.

I desiderata dei camici rosa. Cosa auspicano le donne medico per conciliare al meglio il lavoro con la famiglia e la propria persona? Il 34,5% vorrebbe l'introduzione di tempi di lavoro più flessibili; il 29,2% chiede servizi per l'infanzia e gli anziani; il 27,2% una maggiore condivisione del lavoro familiare con gli uomini; il 6,6% indennità economiche ai nuclei familiari. Le giovani nubili, a inizio carriera, e quelle che lavorano nell'ospedalità privata, sono tra quelle che più chiedono tempi di lavoro flessibili, mentre i servizi sociali sono invocati dalle over 65.