

Altri problemi sollevati dal *Lancet* riguardano la sofferenza delle oncologhe sui luoghi di lavoro a causa della minore retribuzione e degli episodi di *sexual harassment*: possiamo ritenere che queste problematiche non riguardino il nostro Paese?

La discriminazione di genere nelle professioni sanitarie purtroppo non è un fenomeno nuovo in Italia. Con Women for Oncology abbiamo promosso un'indagine nazionale che ci ha permesso, per la prima volta, di dimostrarlo, quantificarlo e capire quanto e come venga percepito e vissuto.

Il 72% delle intervistate ha riportato di aver avuto esperienza diretta o indiretta di commenti di natura sessista o discriminatoria nel proprio ambito lavorativo. Nel 64% dei casi questi commenti erano riferiti solo o prevalentemente alle donne contro un marginale 7% rivolto ad entrambi i sessi.

Questo ci dimostra chiaramente che è un problema serio, scarsamente affrontato anche dalle istituzioni. Come Women for Oncology Italia continueremo a metterci a disposizione delle istituzioni per cercare nuove soluzioni per risolvere questo problema e dare alle donne di scienza il giusto valore che meritano, superando il gap di genere. ■ ML

Prevenzione e accesso alle cure in oncologia: le problematiche legate all'essere donna

A colloquio con **Nicla La Verde**

Direttrice Unità Operativa Complessa Oncologia, ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano

Consiglio direttivo, Women for Oncology

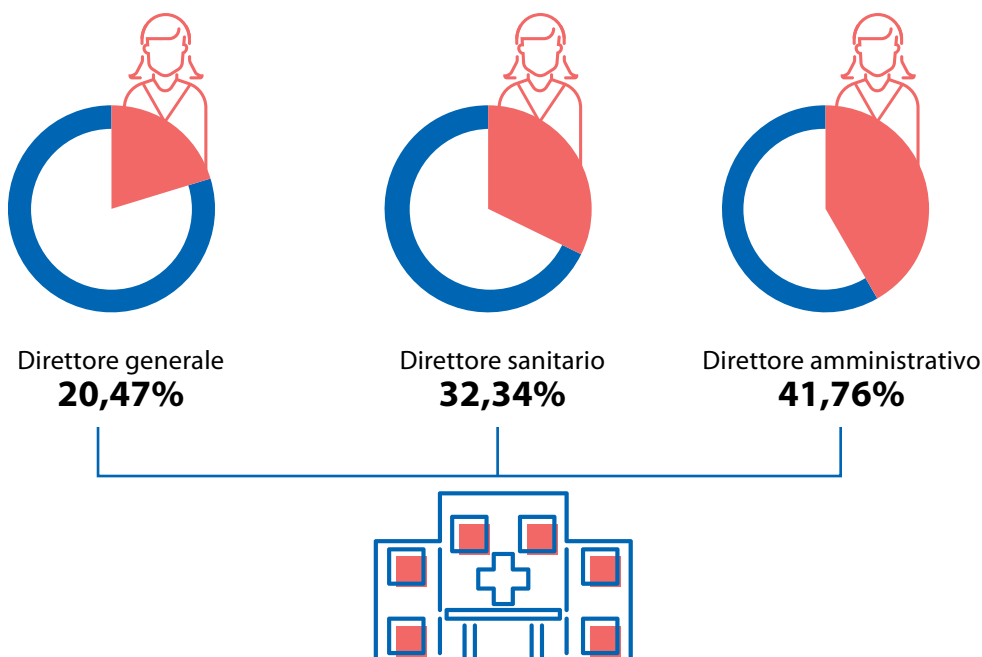
Secondo la *Lancet Commission*, dei 2,3 milioni di donne che muoiono prematuramente di cancro ogni anno, 1,5 potrebbero non ammalarsi (o arrestare tempestivamente la malattia) se i programmi di prevenzione fossero condotti in modo da ridurre le disuguaglianze di accesso: a suo giudizio, quale situazione viviamo in Italia?

Il contributo della Commissione è molto importante a livello globale, perché si tratta di un documento dettagliato e complesso che analizza la situazione femminile a livello mondiale, focalizzandosi sulla predisposizione ad ammalarsi di cancro, sulla cura della malattia e sulla sopravvivenza. La Commissione approfondisce anche tematiche legate alle donne professioniste in ambito sanitario.

Venendo al tema più specifico sollevato dalla sua domanda, è evidente in Italia una disparità di accesso alla prevenzione del cancro. Ricordiamo che siamo in epoca post pandemica: la ripartenza delle attività di screening, che si erano consolidate in epoca pre-covid, è stata sicuramente faticosa a causa di problemi strutturali, organizzativi e di personale. In questo momento in Italia esistono da una parte disparità territoriali nell'offerta dei servizi preventivi di base, come mammografie e pap test, ma anche un problema di scarsa adesione a questi stessi servizi. Anche nel caso della vaccinazione contro il papilloma virus, importantissima nella prevenzione del tumore della cervice uterina, esiste un problema di bassa adesione, dovuto in alcuni casi a ignoranza per mancanza di informazioni, ma anche a una scarsa lungimiranza, in quanto il beneficio dei programmi di prevenzione lo si vede solo nel lungo termine.

A questa domanda rispondo affermando che in Italia abbiamo sicuramente una certa disparità nell'accesso ai programmi di prevenzione, sia per disomogeneità nell'offerta sia per problematiche organizzative tipicamente femminili, descritte anche dalla *Lancet commission* nel suo documento. Il carico di cui la donna si sobbarca nell'organizzare la propria vita e quella della sua famiglia (figli, genitori, marito e così via) è uno dei determinanti per cui la prevenzione, che viene percepita come un atto distante, rivolto al futuro, è affrontata con una difficoltà maggiore rispetto alla malattia, che si presenta invece come un problema a cui rispondere tempestivamente. La

PERCENTUALE DEI RUOLI DIRIGENZIALI RICOPERTI DALLE DONNE NELLE AZIENDE SANITARIE E OSPEDALIERE ITALIANE



problematica di fondo è: trattare una malattia oppure intercettare il rischio di una malattia? Questo nel mondo femminile è un tema da mettere a fuoco.

La Commissione promossa dal *Lancet* ha anche sottolineato la difficoltà di molte donne nella costruzione di conoscenza legata alla prevenzione e alla cura: secondo lei è un problema sofferto anche in Italia? Cosa può dirci della sua esperienza presso l'Ospedale Sacco di Milano, situato in una zona periferica della città?

Noi viviamo in un'Italia molto ben strutturata dal punto di vista comunicativo, con una grande offerta di canali televisivi e accesso libero a tutti i social media. In linea teorica sembrerebbe un luogo ideale per avere accesso alle informazioni; in pratica sappiamo bene che non è così, perché se da un lato è presente una grande offerta di informazione, dall'altro serve un terreno in grado di comprendere bene il suo significato e il suo valore. Sulla base della mia esperienza, maturata in un quartiere periferico di Milano caratterizzato da un basso indotto economico e da una presenza consistente di popolazione immigrata, il tema dell'emarginazione delle minoranze rispetto alla cultura dominante è reale e il problema dell'accesso alla prevenzione o alla cura di queste persone è tangibile sia nel centro delle grandi città sia nelle periferie. Questo perché non c'è alcuna garanzia che riescano a recepire adeguatamente il messaggio sul ruolo della prevenzione, anche se la divulgazione è uniforme su tutto il territorio: perché le informazioni circolino veramente serve un comunicatore ma anche un recettore di comunicazione in grado di comprenderne il significato.

I dati della ricerca indicano che la donna soffre ancor più dei pazienti di sesso maschile della tossicità finanziaria conseguente alla malattia e alle terapie: perché?

Il problema è eclatante in un Paese come gli Stati Uniti, dove il sistema sanitario richiede un'assicurazione e quindi un lavoro professionale con un reddito adeguato, così da poter usufruire di cure che rispondano realmente alle esigenze delle persone. In Italia questo problema lo viviamo meno grazie al nostro magnifico Servizio Sanitario Nazionale, che dovremmo curare con molta attenzione. L'ingiustizia nell'accesso alle cure, almeno in teoria, non dovrebbe essere un problema per noi, perché possiamo usufruire delle prestazioni offerte dal nostro servizio sanitario attraverso le indicazioni dei medici, utilizzando le prescrizioni con cui veniamo inseriti nelle liste di attesa. E non dovrebbero sussistere anche problemi di accesso legati al ceto sociale ed economico di appartenenza. Tuttavia, in questo mo-

mento storico post pandemico, questa problematica sta emergendo anche in Italia. Il termine "tossicità finanziaria" è appropriato, perché sappiamo che chi si ammala di una malattia cronica come il cancro deve affrontare anche un problema economico, soprattutto se non è un lavoratore dipendente. Ciò, in generale, impatta di più sulle donne, sia all'estero sia in Italia. In Italia la donna spesso ha un lavoro economicamente meno retribuito o non ufficialmente riconosciuto oppure è la caregiver della famiglia, e quindi risente direttamente o indirettamente di una tossicità finanziaria reale. In molte realtà, la diffusione del lavoro in nero, che coinvolge in particolare le donne, incide su questo problema perché nel momento del bisogno queste lavoratrici non possono far valere il loro diritto a curarsi. Anche in questo caso le donne hanno un problema in più rispetto agli uomini. In generale questa tematica riguarda comunque le minoranze di genere, per cui si riportano discriminazioni anche in ambito sanitario.

Condivide le conclusioni della Commissione sulle maggiori difficoltà delle donne di avanzare nella propria carriera professionale rispetto agli uomini?

La *Lancet Commission* mette in luce una serie di difficoltà legate all'essere donna sia in termini di prospettive di guadagno, carichi di lavoro, conciliazione lavoro-famiglia, sia di carriera nell'ambito ospedaliero e universitario, presenti anche in Italia, dove osserviamo una certa discriminazione. Mi permetto di riportare i dati, che sono sotto gli occhi di tutti, dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica: sebbene il 70% dei membri siano oncologhe, di fatto i ruoli apicali nei reparti di oncologia italiani (primari, direttori di struttura complessa) sono ricoperti prevalentemente da uomini: solo il 24% siamo donne. Considerando che fino al 2018 le oncologhe ai vertici erano il 15%, rileviamo dei progressi, ma troviamo ampi margini di miglioramento, che auspichiamo anche per alcune specialità in cui in Italia non ci sono primari donne. Comunque, a fronte di tante donne in ruoli operativi, pochissime riescono a sfondare il tetto di cristallo. Questo è quindi un problema molto attuale, ma va precisato che spesso sono le donne stesse che non si mettono in gioco. È quindi necessario attivare dei meccanismi correttivi, fin dall'infanzia, nell'educazione delle bambine, che saranno le ragazze e le donne di domani, perché acquistino da subito quell'autostima e quella fiducia necessarie per affrontare le sfide che si presenteranno prima nell'ambito dello studio e poi in quello professionale, come abitualmente si fa con i maschi. Secondo me la problematica non è quindi tanto discriminatoria in senso stretto, ma più di natura educativa, scolastica e sociale. ■ ML

"... il tema dell'emarginazione delle minoranze rispetto alla cultura dominante è reale e il problema dell'accesso alla prevenzione o alla cura di queste persone è tangibile sia nel centro delle grandi città sia nelle periferie"