

# Molestie sessuali a danno di osteopati uomini sul posto di lavoro: evidenze ed effetti

Tesi di laurea M.H.Sc (Osteo) 2005 presso la School of Health Science, Victoria University

Autore: *Melissa Stone* - B.Sc. (Health Science)

Con la supervisione di: *Dr. Annie Carter* (MBBS, Grad.Dip.Occ.Health, BA (Hons), Grad. Dip. Tert. Ed. - Lecturer, Osteopathic Medicine, Faculty of Human Development); *Dr. Edwina Ryan* (B.Sc.,B.App.Sc. - Clinical Science-, B.Osteo.Sc., Grad.Dip.Ex.Rehab., & M.A.O.A. - Lecturer, Osteopathic Medicine, Faculty of Human Development)

---

## Estratto

---

Finalità di questa ricerca è indagare su modalità, frequenza e conseguenze derivate da molestie sessuali a danno di osteopati di sesso maschile; valutare se nel percorso accademico siano contemplati insegnamenti o modalità di comportamento da utilizzare in caso di necessità e confrontare frequenza e impatto di qualsiasi forma di molestia sessuale esercitata sugli osteopati.

E' stato distribuito a 288 osteopati australiani di sesso maschile un questionario improntato sulla base di quello che era stato utilizzato per gli osteopati di sesso femminile (*WILLY 2003*): dei 288 solo in 107 hanno risposto (37%).

L'80% degli intervistati ha riferito di essere stato molestato sul posto di lavoro, anche se con modalità differenti. La forma più comune di molestia sessuale ricevuta è quella in cui la paziente fa continui riferimenti alla propria vita privata e sessuale (73%). Tra gli intervistati vittime di molestie, l'80% riferisce di averle subite sul luogo di lavoro e il 51% denuncia di averle ricevute nell'ambito della propria vita privata. Il 79% ritiene importante inserire nella formazione osteopatica un corso integrato sulle modalità da utilizzare al fine di prevenire le molestie sessuali sul posto di lavoro.

Sia le donne che gli uomini che svolgono la professione di osteopata subiscono molestie sessuali, così come le donne e gli uomini che per professione si occupano della salute. E' quindi auspicabile che si incominci al più presto ad inserire nei planning didattici un Corso integrato di Educazione e prevenzione nei confronti delle molestie sessuali.

## Introduzione

---

L'interesse dei ricercatori per le molestie sessuali subite dagli uomini sta vivendo una graduale e costante ascesa e, a quanto pare, non solo come ricerca scientifica, visto che anche in ambito mediatico si è riusciti in poco tempo a dirottare su questo tema l'attenzione di un pubblico che per anni era stata rivolta esclusivamente verso le molestie ai danni dell'universo femminile (WALDO ET ALIA 1998). Infatti, a fronte di una vasta documentazione di molestie sessuali subite dalle donne, soprattutto nel settore dell'assistenza sanitaria, vi sono poche ricerche documentate relative alle molestie sessuali a danno degli uomini.

La definizione giuridica di molestia sessuale coniata dalla Commissione Australiana per i Diritti Umani e le Pari Opportunità è la seguente: "*comportamento sessuale non gradito, che spinge una persona a sentirsi offesa, umiliata e/o intimidita, motivo per cui, in rapporto alle circostanze, si ritiene idoneo qualsiasi tipo di reazione*" (AUSTRALIAN HUMAN RIGHTS AND EQUAL OPPORTUNITIES COMMISSION 2002).

Esistono poi distinzioni squisitamente personali che differenziano "*le avances sessuali richieste e gradite da quelle non richieste ma gradite, le avances sessuali offensive ma tollerate, da quelle respinte fermamente*" (LANGSLOW 1996). Per definizione la molestia sessuale non include l'interazione sessuale, il flirt, l'attrazione o la relazione, che sono consensuali o reciproci e possono variare a seconda di persone e circostanze. La molestia sessuale è ritenuta dal punto di vista legislativo una forma di discriminazione sessuale considerata illegale ai sensi dell'Atto di Discriminazione fra i Sessi.

O'Hare e O'Donohue (1998) hanno identificato 3 categorie di molestie sessuali:

- la **molestia di genere** (discriminazioni in base all'appartenenza sessuale e/o alle preferenze sessuali); è la forma meno grave che generalmente implica comportamenti che portano ad atteggiamenti ostili e degradanti come ad esempio scherzi offensivi, osservazioni a sfondo sessuale e sguardi o gesti allusivi
- le **attenzioni sessuali non gradite**; livello successivo di molestia sessuale che implica atteggiamenti verbali e non che creano un ambiente intimidatorio, ostile e offensivo come, ad esempio, le conversazioni riguardo la vita privata o sessuale, le pressioni per ottenere appuntamenti, l'esposizione allusiva di parti del corpo oppure strofinamenti, palpative o contatti inappropriati.
- la **coercizione sessuale**; forma grave di molestia che implica l'imposizione di una condiscendenza sessuale attraverso modalità quali aggressione, corruzione, minacce e perfino maltrattamenti in caso di rifiuto seguito alla richiesta di prestazioni sessuali.

La molestia sessuale viene percepita in modo differente dai due sessi (LENGNICH-HALL 1995, MADISON & MINCHIELLO 2001). Dall'esame delle risposte ricevute dagli uomini è emersa una componente che inizialmente non era stata presa in considerazione per la **molestia di genere**, ovvero lo stereotipo che nella tradizione è associato alla figura del maschio eterosessuale. Gli intervistati hanno inserito tra gli esempi utili per definire cosa si intendesse per **molestia di genere** tutte le modalità che, mettendo in ridicolo l'uomo che ha comportamenti troppo "femminili", contestualmente lo costringono ad assumere atteggiamenti consoni allo stereotipo "mascolino" (WALDO ET ALIA 1998).

Numerose ricerche hanno evidenziato come, tra tutte le professioni, quelle svolte nell'ambito della salute siano sottoposte alla più alta incidenza di molestie di tipo sessuale (MADISON & MINCHIELLO 2001, MCCOMAS ET ALIA 1993, DEMAYO 1997). Tra i fattori identificati come cause rientrano, comunque e sempre, la stretta vicinanza di tipo fisico, il contatto frequente, e quella sorta di relazione chiusa che si instaura tra paziente e operatore e che predispone sicuramente ad un'incidenza maggiore di molestie sessuali (MCCOMAS ET ALIA 1993).

Quando la ricerca si focalizza sugli operatori nell'ambito della salute, dunque, l'aumento delle molestie sessuali da loro segnalato dev'essere messo in relazione con i molteplici elementi della terapia la quale richiede uno stretto contatto fisico (DEMAYO 1997). Chiedere ad un paziente di spogliarsi, per esempio, potrebbe potenzialmente stimolare in lui sensazioni di carattere sessuale e relativi comportamenti (DEMAYO 1997). Questi esempi, così come l'esecuzione tecnica della manipolazione, che già di per sé richiede che tra paziente ed operatore ci sia un modo di posizionarsi "intimo" simile ad un abbraccio, molto comune in osteopatia, possono potenzialmente contribuire ad incrementare il rischio di molestie sessuali.

Il professionista della salute potrà quindi essere soggetto ad una serie di disturbi derivati dalle conseguenze delle molestie sessuali ricevute, che potranno essere numerosi e specifici in rapporto alle circostanze in cui la molestia ha avuto luogo. Le molestie sessuali possono determinare ripercussioni fisiche e psicologiche che si traducono in irritabilità, ansia, tensione, depressione, peggioramento nei rapporti interpersonali, ostilità, insonnia, stanchezza, mal di testa, disturbi gastro-intestinali, aumento/perdita di peso e disfunzioni sessuali (FORSTER 1992).

Una ricerca eseguita fra donne australiane che svolgono la professione di osteopata ha rilevato che su 102 intervistate, 88 di loro (86%) hanno subito, benché in forma e modalità differenti, molestie sessuali nel corso della loro carriera (WILLY 2003). Per il 75% delle intervistate le molestie ricevute dal sesso opposto sono state quelle più comuni; allusioni sessuali e occhiate maliziose gli esempi riportati.

Benché sia ancora limitata e poco documentata la letteratura riguardo le molestie subite dagli operatori della salute di sesso maschile, in una ricerca condotta tra gli studenti e gli infermieri di entrambi i sessi, è risultato che il 90% degli intervistati avesse subito almeno un tipo di molestia sessuale (BRONNER ET ALIA 2003). Mentre le donne hanno segnalato in maniera significativa di aver avuto esperienze di molestie sessuali esercitate in forma lieve e moderata rispetto agli uomini, il 35% degli intervistati di sesso maschile (comparati con il 26% di sesso femminile) ha denunciato di essere stato vittima di gravi forme di molestie sessuali (BRONNER ET ALIA 2003).

Uno studio di settore, utilizzando un linguaggio specifico e per questo più comprensibile nel porre le domande, ha racchiuso nell'acronimo IPSB tutti quei comportamenti dei pazienti che vengono considerati inappropriati, al fine di recensire e catalogare le esperienze sia degli studenti che degli operatori nell'ambito della salute. Con l'acronimo IPSB si è pertanto classificato il comportamento del paziente (lieve, moderato, grave) in relazione al tipo di molestia esercitata ai danni del terapeuta (*molestia di genere, attenzione sessuale non desiderata, coercizione sessuale*). McComas (ET ALIA 1993) ha riscontrato che l'IPSB è un fenomeno che riguarda entrambi i sessi, con una percentualizzazione dell' 83.1% relativa alle donne e del 56% degli uomini professionisti nell'ambito della salute che riferiscono di aver avuto questo tipo di esperienza nello svolgimento della professione.

Un'altra ricerca condotta sugli osteopati negli Stati Uniti d'America ha evidenziato come l'86% degli intervistati abbia riferito di aver subito almeno una modalità di comportamento inappropriato collegato al sesso da parte del paziente, e ben il 63.4% abbia denunciato di essere stato vittima di molestia da parte del paziente (DEMAYO 1997). Il relatore conclude la ricerca ipotizzando che la differenza nelle percentuali risiede nel fatto che non tutti i terapisti considerano come molestia ogni comportamento della paziente che potrebbe essere messo in relazione al sesso, ma solo determinate ingerenze e contesti in cui tali comportamenti si verificano, e questo in modo psicologicamente flessibile (DEMAYO 1997).

Altro aspetto importante di questo studio condotto tra gli uomini osteopati è stato quello di differenziare gli episodi di molestia sessuale dagli incidenti di natura sessuale che però non vengono considerati come molestie. Questa differenziazione è stata fondamentale perché non solo ha consentito di comprendere quali siano gli atteggiamenti che vengono recepiti come molestia sessuale, ma anche quali siano le reazioni degli uomini osteopati di fronte a tali episodi. Queste informazioni potrebbero quindi essere utilizzate in un percorso educativo scolastico per trasmettere conoscenza e consapevolezza agli uomini osteopati che professano e professeranno.

Dall'analisi dei risultati di una precedente ricerca, che comprendeva tre studi concentrici rivolti all'indagine sulle molestie sessuali subite da uomini che svolgono tutte le professioni eccetto quelle in ambito sanitario, è emerso che il 2% di essi era stato soggetto a *coercizione sessuale*, tra l'11.5% e il 29% aveva ricevuto *attenzioni sessuali non richieste*, tra il 37% e il 44.1% aveva subito *molestie di genere*. Da questo studio è emerso che, indipendentemente dalla tipologia e dai tre gruppi di indagine, le molestie subite provenivano, nella maggior parte dei casi, proprio da altri uomini (WALDO ET ALIA 1998).

Da uno studio condotto da UNITED STATES MERIT SYSTEMS PROTECTION BOARD (1995) relativo alle molestie sessuali subite dagli uomini sui luoghi di lavoro federali, è emerso che le donne molestatrici fossero il 65%, gli uomini molestatrici il 21%, mentre il 14% di molestatrici erano sia uomini che donne.

La specificità del sesso delle persone responsabili delle molestie sessuali è importante sia per poter definire le implicazioni derivate in seguito alla tipologia della molestia che per poter offrire risposte ottimali in campo educativo.

Le molestie sessuali risultano dannose nella relazione professionista/paziente; se il professionista è inesperto, o non ha ricevuto una preparazione o un'assistenza adeguata per affrontare la situazione, la molestia subita potrebbe influire sui risultati del trattamento (WHITE 2000). Le informazioni ottenute grazie a questo studio potrebbero essere utilizzate per fornire indicazioni utili sulle modalità comportamentali, gravità e impatto di questo fenomeno sugli osteopati uomini, offrendo spunti per risposte educative efficaci.

## Obiettivi

---

- Individuare modalità e frequenza delle molestie sessuali subite dagli osteopati di sesso maschile
- Analizzare l'effetto delle molestie sessuali sulla vita privata e professionale degli osteopati di sesso maschile
- Analizzare le opinioni degli osteopati di sesso maschile a proposito della preparazione che hanno ricevuto in ambito accademico per poter affrontare episodi di molestie sessuali

## Metodi

---

### Scelta dei soggetti campioni

Nel Febbraio 2005 una lettera introduttiva e un questionario di tre pagine intitolato "*Questionario per gli osteopati di sesso maschile*" è stato spedito a 288 osteopati australiani i cui indirizzi erano stati procurati dalle Pagine Gialle. Ai potenziali partecipanti è stato chiesto di compilare e restituire il questionario.

La lettera informava inoltre i potenziali partecipanti di quali fossero gli obiettivi dello studio, dei potenziali rischi e i benefici legati alla partecipazione, con la garanzia dell'anonimato.

Questionario e progetto di ricerca sono stati approvati dalla Victorian University Ethics Committee.

### Strumenti

Il documento redatto per gli uomini si basa su un questionario ideato da Willy per le donne che svolgono la professione di osteopata (2003). Nel testo originale erano incluse domande relative a prove e frequenza delle molestie sessuali, all'impatto derivato nella vita professionale e privata e alle tattiche utilizzate per cercare di ridurre l'incidenza.

Rispetto al questionario originale sono state apportate lievi modifiche per aumentarne la rilevanza, inserendo domande su dati demografici, grado di scolarizzazione, il sesso dei pazienti che creano disagio e gli episodi di comportamenti sessuali inappropriati.

Il questionario, testato su tre osteopati uomini in seguito esclusi dalla ricerca (e proprio perché redatto in forma anonima, non è mai stato chiesto loro di identificarsi), è stato distribuito ai partecipanti differenziando le molestie sessuali dai comportamenti sessuali inopportuni dei pazienti e dalle molestie di genere.

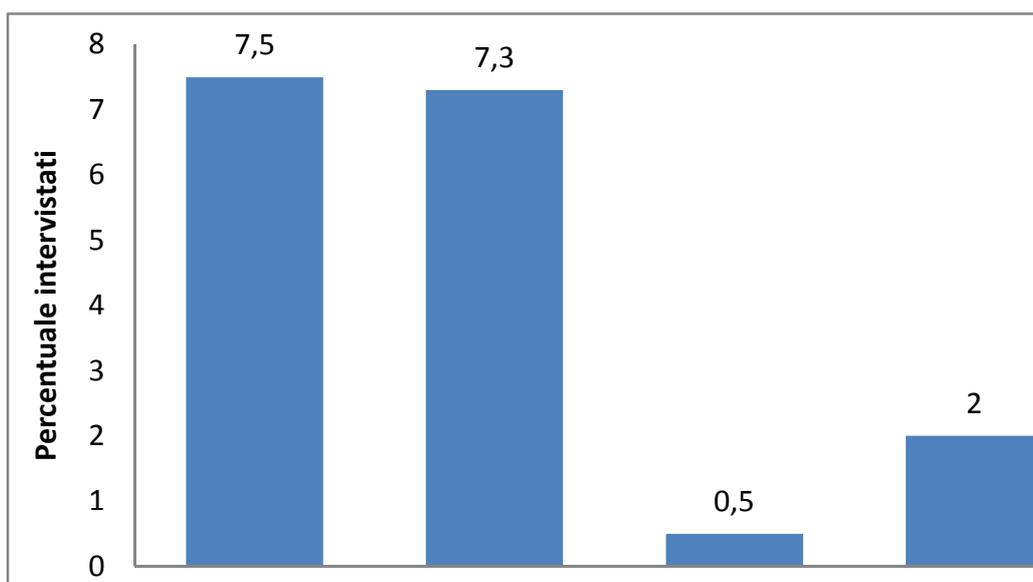
Sono state chieste informazioni riguardo età, anni di esperienza, città di frequenza del corso di osteopatia, punto di vista personale rispetto ad una formazione che preveda come prevenire e affrontare le molestie sessuali sul luogo di lavoro, tipologia e frequenza con cui si sono verificate le molestie, conseguenze sulla vita privata e professionale, sesso del paziente responsabile delle molestie.

## Risultati

Il questionario è stato inviato a 288 osteopati uomini dei quali 107 hanno risposto (37%).

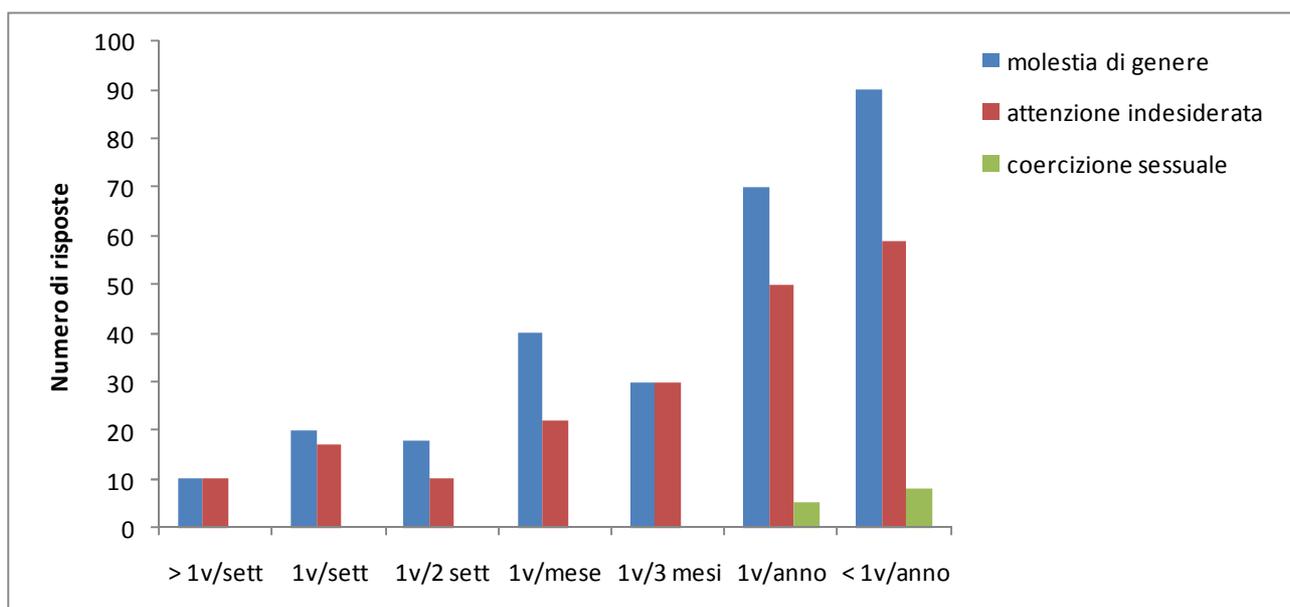
### Tipologia delle molestie

Dei 107 osteopati che hanno risposto, 86 (80%) hanno segnalato di essere stati molestati sessualmente in alcune fasi della loro carriera di osteopati. Utilizzando le categorie di molestie sessuali indicate in precedenza, dal Grafico 1 si rileva che le *molestie di genere* sono al primo posto (75%), le *attenzioni sessuali non gradite* occupano la seconda posizione (73%), mentre la forma più grave di molestia sessuale, la *coercizione*, è stata subita dal 5% degli intervistati. Il 20% dichiara di non aver mai subito alcuna forma di molestia sessuale.



**Grafico 1.** Frequenza e tipologia delle molestie sessuali ricevute

Nel Grafico 2 viene evidenziato come le molestie sessuali gravi, per esempio la *coercizione*, si verificano in maniera proporzionalmente inferiore rispetto alle *molestie di genere*



**Grafico 2.** Frequenza della molestia sessuale per ciascuna categoria

Come mostrato nel Tabulato 1, la forma più comune di molestia sessuale sperimentata dagli intervistati è relativa all'interferenza sulla propria vita privata/sexuale (73%), inserita nella categoria delle attenzioni sessuali non richieste. Altre forme comuni di molestia sessuale sperimentata come gli scherzi offensivi (68%) e le battute a sfondo sessuale (65%) sono raccolte nella categoria denominata molestie di genere. Forme più gravi di molestia sessuale, manifestatesi con frequenza minore, consistono nel maltrattamento causato dal rifiuto di fare sesso (2%) e la minaccia dopo un approccio non desiderato (4%).

Categorie	Comportamenti associati	Percentuale
<b>Molestie di genere</b>	Scherzi offensivi	68
	Battute a sfondo sessuale	65
	Comportamenti provocanti	55
	Sguardi seducenti	51
	Approcci sessuali	33
<b>Attenzioni sessuali non richieste</b>	Discorsi sulla propria vita privata/sexuale	73
	Esposizione maliziosa di parti del corpo	52
	Strofinamenti, palpatine o contatti inappropriati	36
	Pressioni per ottenere un appuntamento	34
<b>Coercizione sessuale</b>	Attenzioni sessuali non volute che risultano insopportabili	4
	Minacce per il rifiuto di avere rapporti sessuali	4
	Maltrattamenti per il rifiuto di avere rapporti sessuali	2

**Tabulato 1.** Probabilità di rischio dei comportamenti associati a ciascuna categoria di molestia

## Conseguenze su vita professionale e privata

Le risposte relative alle conseguenze subite dopo un'esperienza di molestia sessuale sulla propria vita professionale e privata sono state analizzate e classificate. E' stata poi calcolata la percentuale di risposte per tipologia di molestia subita per consentire un confronto sulle probabilità di rischio.

Su 84 risposte riguardanti le conseguenze delle molestie sessuali sulla vita professionale, la percentuale più alta delle risposte è associata alla necessità di riflessione dopo l'accaduto (24%); il 20% degli intervistati ha dichiarato che questo tipo di esperienza non aveva minimamente influito sulla vita professionale; il 18% ha riferito che l'esperienza aveva avuto conseguenze sia nella relazione coi pazienti che nella modalità in cui erano stati successivamente svolti i trattamenti. Si sono poi avuti riscontri in merito agli aspetti emotivi sorti in seguito alla molestia (14%), e alle successive modifiche comportamentali (12%).

Impatto sulla vita professionale: risposte più comuni	Percentualizzazione
Necessità di riflessione dopo l'accaduto	24
Nessun effetto	20
Conseguenze sui pazienti e sui successivi trattamenti	18
Sensibilizzazione dell'emotività	14
Modificazioni del comportamento	12
Fa parte del lavoro/OK se i riferimenti sessuali rientrano nel caso clinico	8
Richiesta di confronto con altre persone vittime	4

**Tabulato 2.** Impatto delle molestie sessuali sulla vita professionale

Delle 48 risposte correlate alla vita privata, il 49% degli intervistati ha riferito che le molestie sessuali non hanno avuto alcuna conseguenza sulla vita privata, il 12% ha avuto una reazione di tipo emozionale, un altro 12% ha dichiarato di saper scindere la vita professionale da quella privata, e il rimanente 12% ha manifestato il desiderio di potersi confrontare con altri colleghi dopo l'accaduto.

Impatto sulla vita privata: risposte più comuni	Percentualizzazione
Nessun effetto	49
Reazione di tipo emozionale	12
Mantiene separata vita professionale da vita privata	12
Richiede il confronto con altri (moglie, partner, colleghi)	12
Ha avuto conseguenze sulle relazioni interpersonali	9
Sporadico argomento di conversazione	6

**Tabulato 3. Impatto delle molestie sessuali sulla vita privata**

### Analisi sulla sessualità dei molestatore

Quando è stato chiesto di quale sesso fossero i pazienti responsabili dei comportamenti sessuali non graditi, il 52% ha risposto donne, per il 9% prevalentemente donne, il 34% ha dichiarato che entrambi i sessi hanno avuto comportamenti inopportuni, il 4% ha rilevato fossero uomini e il restante 1% ha confermato che fossero principalmente uomini.

### Istruzione e Formazione

L'85% degli intervistati ha studiato osteopatia negli Istituti australiani, il 14% in Istituti non australiani, l'1% non ha specificato.

Il 32% ha riferito di aver ricevuto una formazione tale da poter essere in grado di affrontare le conseguenze dovute a molestie sessuali; il 21% ha ricevuto nel corso di studi qualche cenno sulle modalità da utilizzare in caso di molestie sessuali sul luogo di lavoro; il 79% ritiene importante integrare il corso di studi in osteopatia con la formazione e l'informazione in relazione alle molestie sessuali in ambito professionale.

Un osteopata chiede che nel percorso formativo insieme al corso di educazione alla prevenzione delle molestie sessuali venga istituito un corso di igiene.

Un altro intervistato, oltre all'istituzione di un corso sulla prevenzione e il comportamento da utilizzare in caso di molestie sessuali sul luogo di lavoro, ritiene importante attivarne altri che prendano in considerazione le appartenenze religiose e politiche in quanto, scrive testualmente, *“le molestie sessuali possono essere valutate da punti di vista differenti, a seconda se la religione professata sia musulmana o cristiana”*.

## Discussione

---

Basandosi su una percentuale del 37% di osteopati uomini che hanno risposto al questionario, l'80% ha subito almeno un'esperienza di molestia sessuale nel corso della carriera. Il trattamento osteopatico, che già di per sé tende potenzialmente a ridurre in modo significativo le inibizioni interpersonali, può in un certo qual modo contribuire alla nascita di un sentimento nel paziente (sia uomo che donna) che potrebbe nel tempo sfociare in molestia sessuale.

Da uno studio condotto da DEMAYO (1997) e MCCOMAS ET ALIA (1993) è emerso che, rispetto ad altre, è proprio la professione di fisioterapista che crea percentualmente maggiori situazioni che degenerano in molestie sessuali, e questo a causa della stretta vicinanza e del frequente contatto fisico che si instaura col paziente. Vicinanza e contatto fisico sono condizioni imprescindibili per il trattamento osteopatico benché è ormai noto che siano anche le principali cause di insorgenza di molestia sessuale a danno degli osteopati.

Il 75% degli intervistati ha dichiarato che hanno subito *molestie di genere* (si tratta della forma più frequente). L'attenzione sessuale non richiesta e "i discorsi incentrati sulla vita privata/sessuale" sono gli esempi più comuni di molestia subiti da una percentuale analoga di osteopati. Non è raro che i pazienti, durante un trattamento osteopatico, si lamentino per dolori che possono essere in relazione o aggravarsi a causa della loro vita privata/sessuale. È compito dell'osteopata valutare se queste esternazioni rientrano nel quadro anamnestico e nel progetto terapeutico, oppure no. Un buon numero di osteopati ha annotato a margine del questionario che *"i riferimenti alla vita privata/sessuale sono innocui se inseriti nel quadro clinico del paziente"*.

In questa ricerca è stato introdotto un dato aggiuntivo, in relazione alle molestie sessuali subite, un comportamento specificatamente sessista che consiste in una sorta di rafforzativo del tradizionale stereotipo del maschio eterosessuale. Questo dato, identificato e registrato da WALDO ET ALIA (1998) come forma generica di molestia sessuale, è stato esplicitato, dagli osteopati che hanno preso parte alla ricerca, con la locuzione "dichiarazioni sessiste o comportamenti basati su stereotipi sessuali". Attraverso il comportamento sessista, risultato essere la principale causa di molestia di genere, si è riusciti ad identificare un'ulteriore sfaccettatura delle molestie sessuali che non era mai stata presa in considerazione in quanto tutti gli studi in tal senso erano stati rivolti ad un pubblico femminile.

Sebbene il 33% degli intervistati ha riferito esperienze di comportamenti sessisti, nessuno di loro ha poi fatto specifico riferimento a questa modalità di molestia descrivendone le conseguenze. Da ciò si deduce che il comportamento sessista non è motivo di grande preoccupazione per gli osteopati uomini anche se è bene tener conto che esista anche in futuro.

In questa ricerca è stato chiesto agli intervistati di descrivere in modo dettagliato quali fossero state le conseguenze della molestia subita in rapporto alla loro vita professionale e privata benché sia ovvio che non è così facile determinare i confini della fine dell'una e dell'inizio dell'altra. Tra gli osteopati che avevano subito molestie, l'80% ha dichiarato di averne pagato le conseguenze nella vita lavorativa e il 51% in quella privata. Quasi tutti hanno avvertito l'esigenza di riflettere su ciò che era accaduto.

Queste risposte indicano che solo alcuni tra gli uomini osteopati vittime di molestia hanno reputato necessario riflettere sui motivi (modalità nell'effettuazione delle tecniche e/o nella comunicazione verbale) per cui si era verificato l'episodio di molestia sessuale. Saper riconoscere e identificare le cause che scatenano la molestia sessuale sono fattori indispensabili che potrebbero consentire agli osteopati di modificare il loro *modus operandi* con lo scopo di diminuire in futuro l'incidenza sulle probabilità che tali episodi si verificano.

Altra considerazione è la richiesta di un miglioramento nella capacità comunicativa raggiunto anche attraverso una formazione sul modo di fornire le risposte ai pazienti, sottolineando in tal modo l'importanza della chiarezza nel linguaggio utilizzato. Gli intervistati hanno concordato che è fondamentale "una maggior consapevolezza delle responsabilità e dei doveri uniti all'etica professionale affinché diminuisca l'incidenza di interpretazioni inesatte" oltre che "la necessità di delimitare e contenere i confini".

Un intervistato ha espresso la consapevolezza di essere stato "inavvertitamente la causa o di aver incoraggiato i pazienti".

Un buon numero di osteopati ha suggerito comportamenti che potrebbero limitare in futuro le possibilità di molestie sessuali: maggior utilizzo di teli per coprire il paziente, la richiesta di togliersi solo gli indumenti strettamente necessari, esposizione ben visibile delle foto di famiglia, presenza di un accompagnatore o di un assistente durante il trattamento, vigilanza costante affinché il paziente non rimanga mai da solo all'interno dello studio. L'esperienza personale è d'aiuto per identificare e implementare ulteriori modifiche comportamentali, anche se la formazione scolastica potrebbe inizialmente aiutare i giovani osteopati a

districarsi nella professione imparando a riconoscere le molestie sessuali e ad adottare misure efficaci che limitino e/o impediscano che tali manifestazioni avvengano.

Le conseguenze riscontrate in ambito psicologico ed economico diventano evidenti solo se riferite a quegli osteopati che hanno subito molestie protratte nel tempo, in quanto per alcuni l'esperienza ha influito soprattutto sulle modalità relazionali nei confronti dei pazienti; per altri la molestia ha avuto conseguenze economiche dovute o all' interruzione dei trattamenti da parte del paziente o al rifiuto dell'osteopata di proseguire la programmazione di lavoro.

Soffermandoci sui dati emersi (in cui il 49% dichiara di non aver avuto conseguenze sulla propria vita privata, il 12% sa gestire il confine tra vita professionale e vita privata e il 12% discute dell'accaduto in famiglia o coi colleghi), la capacità che gli osteopati uomini dimostrano, nel riuscire a cancellare oppure a discutere apertamente sugli episodi di molestia sessuale di cui sono stati vittime, è un meccanismo importante che permette loro di dissociare la vita professionale da quella privata e quindi diminuire il carico di stress mantenendo una visione obiettiva dei fatti.

Se da un lato abbiamo il 20% degli intervistati che non ha mai subito molestie sessuali e dall'altro il 49% che dichiara che, pur avendole subite, questo evento non ha avuto incidenza sulla vita professionale e privata, c'è però un altro fronte in cui le vittime hanno denunciato ben più gravi conseguenze come l'impossibilità di trattare i pazienti al massimo delle proprie potenzialità, il ricorso allo psicologo e in qualche caso anche all'assistenza di un legale, ripercussioni sulla vita matrimoniale, sensazioni di solitudine e inizio di depressione.

Nonostante sia esiguo il numero di osteopati che hanno subito gravi ripercussioni, è proprio a causa di questa gravità che il fenomeno delle molestie sessuali a danno degli osteopati uomini non va sottovalutato.

La percentuale delle risposte pervenute dagli uomini osteopati (37%) è paragonabile a quella che era emersa nella ricerca (WILLY 2003) sulle molestie sessuali a danno delle donne osteopate (42%).

Nello studio condotto da Willy, l'86% delle donne osteopate erano state vittime di molestia rispetto all'80% degli uomini osteopati di questa ricerca. Le tipologie di molestia sperimentata da entrambi i sessi sono simili e vedono come più comune forma di molestia sessuale di genere, seguita dalle attenzioni indesiderate e infine dalla coercizione sessuale.

In relazione alle modalità di insorgenza delle molestie, le donne osteopate riferiscono commenti a sfondo sessuale e occhiate allusive, mentre gli uomini osteopati citano discorsi sulla vita privata/sessuale e scherzi offensivi. La similitudine dei dati riguardanti frequenza e tipologia delle molestie sessuali indica l'importanza nel ricevere un'adeguata formazione in quest'ambito per entrambi i sessi, senza modificare il metodo ma integrando le conoscenze con nuove specificità.

Sono state eseguite altre ricerche relative alle molestie sessuali ai danni degli operatori sanitari che possono risultare utili solo ai fini di un confronto generico in quanto prive di dati riguardanti specificamente gli osteopati di sesso maschile. McComas (1993) ad esempio ha registrato che l'83.1% di donne fisioterapiste e il 56% di uomini fisioterapisti sono vittime del comportamento sessuale inappropriato dei pazienti (IPSB). Da un altro studio è emerso che l'86% degli studenti e dei fisioterapisti di entrambi i sessi avevano ricevuto almeno una tra le manifestazioni di molestia sessualmente correlate al paziente (DEMAYO 1997). In quest'ultima ricerca è stato esaminato il rapporto esistente tra le caratteristiche personali (età, sesso, etc) e le esperienze di molestie sessuali subite, ed è emerso che le molestie non erano rivolte ad una particolare tipologia di terapeuta, come ad esempio le donne giovani e carine, né che fosse stata la sessualità del terapeuta ad innescare la molestia sessuale. Questo dato avvalorava l'importanza di proseguire nella ricerca sulle molestie sessuali a danno degli uomini, e soprattutto degli uomini che svolgono le professioni sanitarie.

Il 52% degli intervistati indica le donne come pazienti responsabili di molestie sessuali ai danni degli uomini osteopati, mentre il 34% dichiara che uomini e donne sono parimenti responsabili. Ricerche svolte in altri ambiti lavorativi hanno dato risultati simili.

Da uno studio eseguito da United States Merit System Protection Board (1995) sulle molestie sessuali in ambito lavorativo federale è emerso che gli autori delle molestie a danno degli uomini erano per il 65% donne e per il 21% uomini. Il 14% degli intervistati aveva comunque vissuto episodi di molestia provocati sia da donne che da uomini. In particolari posti di lavoro, Waldo (ET ALIA 1998) ha rilevato fossero gli uomini i maggiori molestatori di altri uomini.

E' importante che i futuri osteopati sappiano che il molestatore sessuale può essere tanto il paziente che la paziente.

Benché un certo numero di intervistati abbia ricevuto istruzioni in caso di molestie sessuali durante la formazione universitaria o il praticantato, per il 79% degli osteopati è importante che il piano didattico venga integrato con un corso di prevenzione sulle molestie sessuali in ambito lavorativo. E' comunque importante sapere che parecchi Istituti per la formazione osteopatica stanno affrontando con grande

impegno il fenomeno delle molestie sessuali con corsi rivolti anche a quegli osteopati che non avevano a loro tempo ricevuto alcuna indicazione sul modus operandi più appropriato per individuare e prevenire le molestie.

In una ricerca condotta sui fisioterapisti, McComas (*ET ALIA 1993*) ha rilevato che *“spesso gli operatori sanitari non sono preparati per affrontare le molestie da parte dei pazienti e, di conseguenza, reagiscono in modo da aumentare la probabilità che tali comportamenti si verifichino”*.

Il presente studio dimostra che gli uomini osteopati sono in grado di distinguere quali comportamenti dei pazienti possano essere considerati sessualmente offensivi oppure no, ed è per questa ragione che si registrano minime conseguenze. Tuttavia esistono osteopati che hanno avuto plurime esperienze di molestie sessuali e quindi è importante che essi siano assistiti ed aiutati affinché possano affrontarle in modo adeguato e fare in modo che diminuiscano in futuro.

Nel suo studio sulle donne osteopate, Willy (*2003*) concludeva affermando che benché l'istruzione possa costituire un'arma in più per il futuro osteopata, nello stesso tempo può anche privarlo dell'esperienza personale e contribuire quindi ad una depersonalizzazione di tutte le esperienze dei futuri osteopati.

Per quanto riguarda questa ricerca è necessario considerare la possibilità che la percentuale di risposta del 37% possa portare ad un'interpretazione errata del fenomeno. Il limite è stato relativo al 63% degli osteopati che non dato risposte al questionario, il quale potrebbe non aver mai subito molestie sessuali, oppure pur avendole subite non aveva intenzione di parlarne, o ancora entrambe le motivazioni. Un ulteriore limite è scaturito in seguito alla domanda relativa all'importanza dell'istituzione di un corso ad hoc per le molestie sessuali nell'ambito della formazione osteopatica; questa domanda potrebbe essere apparsa come tendenziosa e aver indotto i partecipanti a dare la risposta “giusta”.

Il suggerimento, nel caso si intendesse continuare con questa ricerca in futuro, potrebbe essere quello di eseguire uno studio comparativo combinato in cui vengano utilizzati i dati qui emersi, improntati sulle molestie sessuali a danno degli uomini osteopati, contrapposti ai dati scaturiti dalla ricerca di Willy sulle molestie perpetrate ai danni delle donne osteopate

## Conclusione

---

Questo studio dimostra che le molestie sessuali ai danni degli uomini osteopati durante lo svolgimento della loro professione sono assai diffuse.

Frequenza, tipologia e gravi conseguenze delle molestie sessuali subite dagli uomini osteopati, riscontrati in questa ricerca, possono contribuire ad aumentare la consapevolezza nei confronti di questo fenomeno sia negli osteopati che già svolgono la professione sia in quelli che la svolgeranno.

Questo studio, infine, può essere utilizzato per recuperare informazioni utili per l'integrazione del programma educativo nelle scuole di osteopatia.

(Traduzione a cura di Marco Guarnera)

## Riferimenti

Australian Human Rights and Equal Opportunities Commission, 13 september 2002, viewed 24 May 2005, [http://www.hreoc.gov.au/sex\\_discrimination/index.html](http://www.hreoc.gov.au/sex_discrimination/index.html)

BRONNER G, PERETZ C, EHRENFELD M. - *Experience before and throughout the nursing career*

Journal of Advanced Nursing 2003; 42(6): 637-647 - *Sexual harassment of nurses and nursing students*

DEMAYO RA. - *Patient sexual behaviours and sexual harassment: a National survey of physical therapist*. Physical Therapy 1997; 77(7): 739-69

FORSTER P. - *Sexual Harassment at Work*. British Medical Journal 1992; 305: 944-46

LANGSLOW A. - *Dealing with Sexual Harassment*. Australian Nursing Journal 1996; 3(7). 32-34

LENGNICH-HALL ML. - *Sexual harassment research: a methodological critique*. Personnel psychology 1995; 305 (4). 48

MADISON J, MINICHELLO V. - *Sexual Harassment in Healthcare: Classification of Harassers and Rationalisations of Sex-based Harassment Behaviour*. J Nurs Adm 2001; 31 (11): 534-543

MCCOMAS J, HEBERT C, GLACOMIN C, KAPLAN D, DULBERG C - *Experiences of Student and Practicing Physical Therapists with Inappropriate Patient Sexual Behaviour*. Physical therapy 1993; 73 (11): 762-769

O'HARE EA, O'DONOHUE W. - *Sexual Harassment: Identifying Risk Factors*. Archives of Sexual Behaviour 1998; 27 (6): 561-79

United States Merit Systems Protection Board - *Sexual harassment in the federal workplace*. Washington DC, U.S. Government Printing Office 1995

WALDO CR, BERDAHL JL, FITZGERALD LF - *Are Men Sexually Harassed? If So, By Whom? Law and Human Behaviour* 1998; 22 (1)

WHITE GE - *Sexual harassment during medical training: the perceptions of medical students at a università medical school in Australia*. Medical Education 2000; 34 (12); 980-988

WILLY K - *Sexual Harassment of Female Osteopaths in the Workplace: evidence, impact and preventive tactics*. 2003. Unpublished manuscript, Victoria University, Melbourne, Victoria