

25 novembre "Giornata internazionale contro la violenza sulle donne"

Violenza sulle donne. C'è ancora molto da fare

Antonella Gramigna

Esperta in orientamento e promozione della salute

Parlamo di violenza di genere: i dati della ricerca europea "Violence against women: an EU-wide survey" (2014), ci dicono che in Italia, il 19% delle donne ha subito nel corso della vita violenze fisiche o sessuali da un partner o da un ex-partner, e il 38% ha subito da lui abusi psicologici gravi; il 9% inoltre ha subito comportamenti di persecuzione (stalking), quasi sempre da un ex partner.

Queste violenze comportano delle conseguenze negative sulla salute: le donne vittime presentano più spesso qualsiasi problema di salute fisica o psicologica, tanto che l'Oms considera la violenza contro le donne come un "problema di salute enorme" e stima che sia "una causa di morte o di invalidità per le donne in età riproduttiva altrettanto grave del cancro".

La **Vice Presidente del Senato Valeria Fedeli**, da sempre impegnata sul tema della parità e della violenza di genere, in un'intervista su Donneuropa, pubblicata nel suo sito e di cui prendiamo "in prestito" una parte, parla proprio di Prevenzione e dei pilastri fondamentali attraverso i quali poter agire: la scuola e i mass media. E ci parla anche della Convenzione di Istanbul: "...sembra l'Italia si sia dimenticata di aver ratificato la Convenzione.

Se parliamo di dati e delle caratteristiche della violenza sulle donne, in Italia e in Europa, vediamo come ancora siamo lontani dalla Convenzione di Istanbul, il primo strumento internazionale giuridicamente vincolante per proteggere le donne dalla violenza. Quindi come poter agire mettendo in sinergia Università, servizi sanitari e associazioni?



Dal primo agosto di quest'anno, principi e norme contenuti in quel testo sono divenuti obbligo, eppure manca ancora un serio monitoraggio della loro applicazione, perché manca una pratica politica, nel nostro

Paese, che sappia costruire un metodo di lavoro realmente in linea con quanto la Convenzione stabilisce; è cosa grave, che non diventi ancora realtà una commissione bicamerale che relazioni in Parlamento, ogni

anno, lo stato di attuazione della stessa. Eppure, la realizzazione di una commissione di questo tipo richiederebbe una settimana di tempo, non di più. Dobbiamo introdurre, nella nostra politica, il metodo del mo-

#cosedauomini

In occasione della Giornata internazionale per l'eliminazione della violenza contro le donne, il Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri ha organizzato l'evento "Vincere la partita più importante: quella contro la violenza sulle donne", presso l'Aranciera di San Sisto, a Roma.

Durante l'evento è stata lanciata in anteprima #cosedauomini, la nuova campagna di sensibilizzazione del Governo italiano per la lotta contro la violenza sulle donne rivolta agli uomini e ai ragazzi, una web serie promossa dal Dipartimento per le Pari Opportunità con il contributo della Commissione europea.



monitoraggio delle leggi che si adottano. Anche perché questo significa fare leggi che poi si applicano davvero!

Per ottenere questi risultati, in particolare sulla piena attuazione della Convenzione di Istanbul, credo si debba costruire un solido rapporto tra chi sta nei movimenti e le istituzioni, perché senza sostegno, confronto, senza un raccordo, è impossibile governare il cambiamento sociale. Il monitoraggio delle politiche, a tutti i livelli, è fondamentale per contrastare veramente la violenza sulle donne. Senza conoscenza e monitoraggio, senza relazioni dello stato dell'arte al Parlamento, svolte con dati oggettivi e completi, è impossibile comprendere pienamente di cosa si parla quando si affrontano sia le violenze che le discriminazioni, che delle prime rappresentano le fondamenta.

Riflettiamo anche sui passaggi avvenuti in merito alla responsabilità delle pari opportunità in sede di Governo: abbiamo prima avuto la Ministra, poi una vice Ministra al Ministero del Lavoro; con il Governo Renzi la delega è rimasta al premier, un passaggio molto importante che però, almeno fino a poche settimane fa, con la nomina di Giovanna Martelli, è rimasta una delega priva di reale capacità di incisività sull'attuazione dei necessari cambiamenti.

Con il primo decreto di attuazione realizzato, l'Italia ha dato priorità alle problematiche della

► Segue a pagina 10

Femminicidio, 2013 anno nero: "Ogni due giorni uccisa una donna"

I dati del rapporto Eures evidenziano un incremento del 14% rispetto al 2012. Nel 70% dei casi il delitto avviene in famiglia e nel 92% sono vittime di un uomo

Con 179 donne uccise, il 2013 è stato l'"anno nero" per il femminicidio nel nostro Paese, il più cruento degli ultimi sette, con un incremento del 14% rispetto al 2012. È uno dei dati contenuti nel **secondo Rapporto Eures sul femminicidio in Italia**, secondo cui l'anno passato ha presentato la più elevata percentuale di donne tra le vittime di omicidio mai registrata in Italia, pari al 35,7% delle vittime totali (179 sui 502): nel '90, le donne uccise erano appena l'11,1% delle vittime totali. Sempre nel 2013, quasi il 70% dei femminicidi è

avvenuto in famiglia, il 92,4% per mano di un uomo.

Boom di casi in Campania e nel Lazio. Un bollettino 'di guerra' che nelle cronache dei siti internet, dei giornali e dei tg passa ormai quasi inosservato. Nel 2013 il sud diventa l'area a più alto rischio (75 vittime ed una crescita del 27,1% sull'anno precedente), anche a causa del decremento registrato nelle regioni del nord (-21% e 60 vittime), ma è il centro a presentare l'incremento più consistente (+100%), passando le donne uccise da 22 a 44: i casi

crescono nel Lazio (da 9 a 20), in Toscana (da 6 a 13), in Umbria (da 3 a 6) e nelle Marche (da 4 a 5). Proprio il Lazio, insieme alla Campania, presenta nel 2013 il più alto numero di femminicidi tra le regioni italiane (20): seguono Lombardia (19), Puglia (15), Toscana (13), Calabria e Sicilia (entrambe con 10 vittime). La graduatoria provinciale vede ai primi posti Roma (con 11 femminicidi nel 2013), Torino (9 vittime) e Bari (8), seguite, con 6 vittime, da Latina, Milano, Palermo e Perugia. (Fonte: Repubblica.it)

17 novembre: Giornata Mondiale del Neonato Pretermine

Ogni anno nel mondo 1 milione di prematuri non sopravvive. E in Italia un neonato su 10 è prematuro

Le cause possono spesso essere prevenute. Importanti politiche mirate e la riduzione di fattori di rischio legati allo stile di vita. Il 17 novembre in diverse città i monumenti si sono tinti di viola, colore che idealmente rappresenta la prematurità. La manifestazione è stata promossa da Efcni e in Italia da Vivere Onlus

Ogni anno, circa 15 milioni di bambini nascono prima del termine e ben un milione non sopravvive. Globalmente, un neonato su 10 nasce prematuro. Oggi, 17 novembre, ricorre la Giornata Mondiale della Prematurità 2014 (World Prematurity Day 2014), una manifestazione globale, celebrata in più di 60 paesi, che dal 2011 ha come obiettivo quello di sensibilizzare l'opinione pubblica sul tema della prematurità e della malattia nei neonati, per dare voce alle famiglie dei piccoli pazienti, che talvolta hanno problemi di salute o non sopravvivono. Nel 2008, alcune organizzazioni nazionali di genitori hanno unito le loro forze per creare un gruppo internazionale che raccogliesse le famiglie a livello europeo e globale: a partire da questa iniziativa, dal 2009 la Giornata viene celebrata in Europa e dal 2011 ogni anno il

17 novembre è il giorno dedicato alla prematurità, ovvero il World Prematurity day, sostenuta dall'European Foundation for the care of newborns infants' (Efcni - Fondazione Europea per l'assistenza dei neonati), insieme ad altre Organizzazioni nazionali in altri continenti.

La scelta della data è dovuta al fatto che uno dei fondatori di Efcni, dopo aver perso nel 2006 i suoi tre gemelli nati prematuri, è diventato padre di una bimba sana proprio nel giorno del 17 novembre 2008.

Nel nostro paese, la Giornata Mondiale è stata promossa dall'Associazione Vivere Onlus, Coordinamento Nazionale delle Associazioni per la Neonatologia che raggruppa 37 Associazioni Nazionali, insieme ad Efcni. In questa occasione, in tutto il mondo vengono illuminati monumenti o punti di interesse con il colore viola (colore che nel mondo rappresenta la prematurità).

In Europa, ogni anno circa mezzo milione di bambini nasce prima del termine, secondo i dati Efcni. La prematurità



La prematurità e il basso peso corporeo alla nascita rappresentano due delle principali cause di mortalità infantile e morbidità

e il basso peso corporeo alla nascita rappresentano due delle principali cause di mortalità infantile e morbidità: ben il 63% dei bambini che muoiono prima dei cinque anni, infatti, sono neonati. Queste cause, sottolinea la Fondazione europea, spesso possono essere prevenute, migliorando l'assistenza e le cure prima e dopo il parto sia per le madri che per i neonati.

I bambini nati prima del termine, in generale, presentano un più elevato rischio di complicazioni per la salute e condizioni croniche che possono avere un impatto sul loro sviluppo futuro e sulla vita quotidiana.

I fattori di rischio

In circa la metà dei casi di nascita pretermine, le esatte cause rimangono sconosciute; tuttavia, sono stati identificati alcuni fattori di rischio, collegati a tale problema.

Tra i fattori legati allo stile di vita, il fumo, il consumo di alcol, l'uso di droghe, alto livello di stress e prolungato

orario di lavoro, cure prenatali tardive o assenti, assenza di supporto sociale; mentre tra le condizioni mediche, alcune infezioni (tratto urinario, vaginale), alta pressione sanguigna, diabete, disordini della coagulazione, essere sottopeso, obesità, gravidanza multipla, avere già avuto un parto pretermine, anomalie uterine o della cervice. Infine, alcuni fattori socio-demografici possono contribuire ad aumentare il rischio di parto prematuro (età inferiore ai 17 anni o superiore ai 35, condizioni economiche precarie).

Criticità su cui agire

Pochi paesi europei hanno messo in atto politiche mirate per l'assistenza specifica per i neonati, riferisce EFCNI. Nei luoghi in cui queste strategie sono state attuate, il tasso di neonati prematuri è al di sotto della media europea. I programmi di prevenzione sono spesso a titolo volontario o non sono ancora strutturati in maniera omogenea e ci sono delle differenze tra le linee guida ospedaliere e le procedure

individuali. A livello generale, talvolta non c'è un supporto specifico e/o finanziario rivolto alle famiglie dei bambini nati prematuri, anche se ai piccoli è stata diagnosticata una specifica disabilità.

Un aspetto importante su cui agire, inoltre, riguarda la prevenzione e la consapevolezza dei genitori: talvolta l'informazione sui rischi, sui sintomi e sulle raccomandazioni relative allo stile di vita risulta carente o assente.

In Italia, la Società Italiana di Neonatologia (SIN) sottolinea che l'assistenza mostra livelli di qualità non inferiori a quelli di altri paesi europei e oltreoceano, ma che restano ancora troppe differenze tra le regioni. **Viola Rita**

Violenza sulle donne. C'è ancora molto da fare

► Segue da pagina 9

vittima di violenza. Questo doveva essere l'inizio di un percorso senza precedenti per costruire gli strumenti di attuazione della Convenzione, invece credo ci sia stata una sorta di assuefazione all'idea secondo la quale la politica debba occuparsi, quasi esclusivamente, di questo aspetto, trascurando totalmente quel profondo cambiamento di prospettive che ci offre la Convenzione stessa, laddove spinge

ad operare innanzitutto sulla prevenzione.

Se non si riparte da questo aspetto, vuol dire che non si è capito nulla delle radici delle discriminazioni, e dunque anche del femminicidio. Una gravissima lacuna politica e culturale. È ovvio che se il dibattito riparte da questo terreno, saremo anche in grado di cogliere un altro aspetto su cui deve essere orientata la ricerca: monitorare e cambiare tutte quelle leggi che sono in contrasto con quanto previsto

dalla Convenzione.

Attuare la Convenzione di Istanbul vuol dire anche affrontare i due pilastri della prevenzione:

la scuola e i mass media. Quando dico scuola, però, non mi riferisco semplicemente all'inserimento di un'ora formativa sul tema dell'educazione alla differenza di genere nei programmi scolastici, ma a un cambiamento reale e generale di programmi in grado di modificare la cultura dei generi e della relazione tra uomo e donna. Questione necessaria e utile per condurre le nuove generazioni più lontane dalle ragioni che portano alla violenza contro le donne.

Occorre un cambio radicale dei programmi scolastici a trecentosessanta gradi, e questo cambio ha bisogno di investimenti sulle competenze del corpo scolastico. C'è un legame stretto e diretto tra la buona scuola e gli elementi di progettazione del cambiamento. Come per la ricerca e l'analisi dei dati, anche per la formazione quello che occorre è un approccio scientifico, competente, professionale: non è sufficiente essere donna per formare alle relazioni e ai sentimenti, per trasmettere consapevolezza dell'identità di genere. Sappiamo bene che l'approccio al femminile non è garante

di una soggettività consapevole, e questo è un problema culturale che investe sia insegnanti nelle scuole che genitori nelle famiglie.

Se la prevenzione primaria della violenza comporta un cambiamento culturale che riguarda ognuno di noi e tutte le istituzioni sociali e formative, la prevenzione secondaria e terziaria riguarda soprattutto i servizi socio-sanitari, le forze dell'ordine e i tribunali".

Il ruolo deputato alla formazione, quali le Scuole primarie e secondarie ed Università possono, anzi, devono giocare qui un ruolo centrale, quello della preven-

Responsabilità professionale. Uno tra i temi più caldi della sanità italiana. Da anni si discute la necessità di un testo che sia capace di fare chiarezza, mettere in condizioni i professionisti di operare con tranquillità e serenità, dare ai pazienti la certezza che il medico agisce per il suo bene e al Ssn di risparmiare, perché c'è anche questo elemento, i miliardi, almeno 10 ma c'è chi dice anche di più, che ogni anno si spendono in medicina difensiva.

All'attenzione della Commissione Affari Sociali della Camera attualmente ci sono già otto proposte di legge su questa materia, a queste va ad aggiungersene un'altra che ci presenta in quest'intervista il senatore Lucio Romano, presidente del gruppo Per l'Italia e membro della Commissione Igiene e Sanità.

In sintesi il Ddl Romano si compone di 17 articoli, compresa l'entrata in vigore. È diviso in due parti, una riguardante la "Disciplina del rischio clinico" l'altra la "Responsabilità".

All'interno della prima parte sono definiti, tra gli altri, i "Modelli organizzativi di prevenzione, gestione del rischio clinico e procedure di vigilanza", i doveri in capo al Dg e "Istituzione della Commissione permanente per l'accreditamento dei modelli organizzativi e per il monitoraggio nazionale dell'andamento del contenzioso sanitario giudiziario ed extragiudiziario relativo alle strutture sanitarie pubbliche e private".

Nella seconda parte invece, quella delle responsabilità, viene definita la "Responsabilità per inadempimento della prestazione sanitaria", l'"Azione diretta verso la struttura pubblica, azione di rivalsa, azione erariale", la "Responsabilità penale" e le "Disposizioni processuali", ma anche "l'Organo di composizione della lite".

Romano, docente universitario di medicina e chirurgia, medico ginecologo ostetrico e bioeticista nell'illustrare le linee del suo Ddl spiega che "senza rego-

Responsabilità professionale: arriva nuovo Ddl Romano

"Obbligo assicurativo per Asl e cliniche. La responsabilità civile spetta a loro"

All'attenzione della Commissione Affari Sociali della Camera attualmente ci sono già otto proposte di legge su questa materia, a queste va ad aggiungersene un'altra che ci presenta in quest'intervista il senatore Lucio Romano, presidente del gruppo Per l'Italia



lamentazione, i medici vivono nella solitudine di un eventuale errore mentre le strutture sanitarie, che non possono non assicurarsi, possono dover pagare

oneri risarcitori veramente pesanti". Viceversa, secondo il senatore con la sua proposta "ogni struttura, pubblica o privata accreditata, deve dotarsi di

un organismo interno e autorevole per prevenire e gestire il rischio clinico. Pena la decadenza dall'accreditamento. Tale organismo deve, fra l'altro, met-

tere a punto una serie di procedure, fra le quali la comunicazione all'assistito se la struttura ha stipulato o meno un contratto di copertura della responsabilità civile, nonché il massimale assicurato e la compagnia assicurativa prescelta. Nel caso di contenzioso, la struttura sanitaria risponde direttamente, lasciando così che gli operatori sanitari abbiano la possibilità di agire in un clima di maggiore serenità, concentrandosi sulla salute del paziente".

Senatore Romano, il suo ddl in cosa si differenzia dagli altri che sono all'esame della Commissione Affari sociali?

Essenzialmente la finalità che è quella di favorire un percorso che dia una maggiore certezza per quanto riguarda l'attività assistenziale a tutela della salute e della sicurezza del paziente e degli operatori sanitari attraverso due step intercorrelati tra loro. La disciplina del rischio clinico e una più puntuale definizione del principio di responsabilità in capo alla struttura sanitaria e in capo degli operatori sanitari della struttura.

Io credo che si sia creato un grande conflitto che ha portato ad un sovraccarico di medicina difensiva, quello inerente alla

► **Segue a pagina 30**

zione e informazione le prime due e, per quanto riguarda la ricerca scientifica, l'ultima. Se per intervenire efficacemente è necessario conoscere a fondo il fenomeno della violenza, le sue conseguenze, le strategie degli aggressori e quelle, volte alla resistenza, delle vittime si rende altrettanto importante ed essenziale, diciamo, capire come poter agire nella società una volta determinato e circoscritto il fenomeno.

L'Università ha, quindi, un ruolo fondamentale diretto alla formazione dei futuri operatori che sono rivolti a servizi con queste tematiche. Questo soprattutto

ha valenza per gli operatori sanitari che, sempre secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità sono spesso tra i primi a vedere le vittime di violenza, e la cui autorevolezza è riconosciuta dalla società. A seguire, poi, i professionisti, quali psicologi e psicoterapeuti, che vedrebbero nella ulteriore e specifica formazione un supporto maggiore. La Psiconeuroimmunologia nasce proprio per unire scibili ben distinti ma uniti dal filo conduttore che lega Mente, Corpo e Cervello. Di recente, ad esempio, La Sapienza, Università di Roma, ha predisposto un Corso di Alta Formazione atto allo scopo sud-

detto, un percorso formativo finalizzato alla realizzazione di competenze specifiche riguardanti la Promozione della salute ed Educazione sanitaria ad indirizzo psicologico-sociale. Ciò proprio per promuovere Benessere e Salute attraverso percorsi "personalizzati" incentrati sullo sviluppo delle risorse di ciascun individuo. Il Corso, infatti, si prefigge di fornire metodologie necessarie atte a diagnosticare, prevenire e curare le patologie correlate al fenomeno dello Stress in tutti i suoi molteplici aspetti eziologici e di scatenamento, con particolare riferimento al Distress psicosociale, che si inse-

risce direttamente al fenomeno "violenza di genere".

Il 25 novembre sarà la "Giornata internazionale contro la violenza sulle donne", se parliamo di dati e delle caratteristiche della violenza sulle donne, in Italia e in Europa, vediamo come ancora siamo lontani dalla Convenzione di Istanbul, come afferma Fedeli, essere il primo strumento internazionale giuridicamente vincolante per proteggere le donne dalla violenza. Quindi come poter agire mettendo in sinergia Università, servizi sanitari e associazioni? Indispensabile predisporre Servizi Integranti con compiti precisi e risorse, metten-

do in azione le attività di ricerca, agire con il lavoro dei servizi sanitari, degli specialisti assieme a quello dei Centri anti-violenza. La Sanità non viene, quindi così, solo relegata a "numero di posti letto e costi" ma viene vista come ambito ampio e vasto che comprende essenzialmente la cura e l'educazione ai "corretti stili di vita". Diventa così Salute e non solo centro di costo. Solo "integrando" possiamo avere una visione intera dell'individuo che potrà trovare aiuto e sostegno oltre alla cura e alla riabilitazione anche senza sentirsi "un costo" a posto letto ed un "peso" sociale. **Y**