

Mozione

La Camera,

premesso che:

la violenza femminile è un fenomeno sempre più esteso e, ancor più grave, una donna su quattro è tuttora vittima di violenza in gravidanza; la violenza domestica è la seconda causa di morte in questa fase della vita femminile; tutta la letteratura medica internazionale attesta lo stretto legame tra gravidanza e violenza domestica; la “gravidanza violenta” è da considerare a tutti gli effetti “gravidanza a rischio”; tutte le Istituzioni concordano sull’urgenza di fermare una violenza che tende a replicarsi, una malattia sociale che provoca ripercussioni intergenerazionali con conseguenze negative per la salute, le crescita e il benessere dei figli, ma che ha ripercussioni sociali ed economiche sull’intero sistema sociale;

il rapporto dell’Organizzazione Mondiale della Sanità sulla violenza femminile, presentato dall’Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna (O.N.Da) presso Palazzo Chigi (Roma, 3 luglio 2013) per la prima volta traccia un quadro chiaro della diffusione di questa emergenza pubblicando i dati di incidenza della violenza sulle donne e i conseguenti effetti sulla loro salute, su quella dei nascituri e sul benessere dell’intera società; i suddetti dati dell’OMS indicano che oltre 1 donna su 3 è vittima di violenza fisica e/o sessuale da parte del partner o di sconosciuti; il 38% dei femminicidi avviene per mano del proprio compagno; gli abusi fisici sono accompagnati da patologie del sistema riproduttivo; le donne che subiscono violenza sono una volta e mezzo più a rischio di contrarre malattie sessualmente trasmesse (infezioni del tratto urinario, HIV, sifilide, clamidia e gonorrea); tra le donne vittime di violenza domestica aumentano i comportamenti a rischio (fumo, alcool e utilizzo di droghe) e raddoppia il rischio di depressione;

la maggior parte dei dati disponibili sulla violenza in gravidanza provengono dagli USA dove già da tempo esiste un’attenta sorveglianza sui danni a breve, medio e lungo termine sulla salute fisica, mentale, sessuale delle donne e sui figli (Women Women’s Health Development Development, Family and Reproductive Health, 1996, Violence Against Against., WHO Consultation); il 30% dei maltrattamenti alle donne ha inizio durante la gravidanza; il 69% delle donne maltrattate in precedenza continua a subire maltrattamenti; il 13% assiste a un intensificarsi degli episodi durante la gravidanza (The American College of Obstetrician and Gynecologist); la probabilità di subire un abuso fisico da parte del partner è più elevata rispetto alla probabilità di soffrire di disturbi della gravidanza;

in Italia il fenomeno è ancora scarsamente monitorato; secondo i dati Istat pubblicati nel documento “*La violenza e i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia*” più dell’11% delle donne subisce violenza dal partner in gravidanza; la medesima indagine mostra che il 13,6% di questi abusi inizia in gravidanza; nel 52,5% dei casi la violenza perpetrata in precedenza permane immutata durante la gravidanza, mentre per il 17,2% aumenta (e solo per il 15,9% diminuisce);

secondo l’Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani (AOGOI) per le donne di età compresa tra i 15 e i 44 anni, la violenza domestica è una delle principali cause di morte in gravidanza, seconda solo all’emorragia; il 30% dei maltrattamenti ha inizio proprio in gravidanza, specie nel secondo e terzo trimestre; un partner “potenzialmente abusante”, inizia ad esercitare violenza durante la gravidanza; il partner già abusante aumenta le violenze sulla donna: il 69% delle donne maltrattate prima della gravidanza continua a subire

maltrattamenti e nel 13% dei casi si assiste a un intensificarsi e aggravarsi degli episodi (Claudio Mencacci, Direttore Dipartimento di Neuroscienze A.O.Fatebenefratelli - Oftalmico, Milano e Presidente, della Società Italiana di Psichiatria); la violenza in gravidanza può spingersi fino all'omicidio; diverse ricerche mostrano che per molti padri la nascita di un figlio (soprattutto in caso di gravidanza indesiderata) suscita emozioni negative, gelosia o rabbia che si traducono in comportamenti violenti verso la madre e ostilità verso il nascituro;

nelle *madri* aumentano i rischi di aborto, scarso aumento di peso in gravidanza, parti pretermine (6,5%), rottura d'utero, distacco di placenta, infezioni genito-urinarie, traumatismi (gli esiti da trauma sono la seconda causa di morte), oltre a disturbi psichici, depressione, abuso di fumo (32% vs 12%), sostanze e alcool, tentativi di suicidio, dissociazione durante le procedure mediche;

ogni volta che una madre viene abusata anche i *nascituri* ne soffrono; aumentano le nascite di feti morti, le nascite di bambini con basso peso neonatale; si modificano alcune aree cerebrali (Insula, Amigdala); i bambini esposti a violenza domestica mostrano una erosione del Telomero che è indice di invecchiamento cellulare (come se fossero bambini più vecchi di 5 anni) (McCrary Current Biology, Volume 21, Issue 23, R947-R948, 2011);

le gravi conseguenze nei figli sono riscontrabili dalla fase fetale all'età adulta con un 50% di probabilità in più di abusare di alcol e droga, manifesta depressione, difficoltà scolastiche, un rischio 6 volte maggiore di suicidio, più alte probabilità di comportamenti delinquenti e di essere a loro volta oggetto o soggetto di violenza (V. Dubini, 2008); inoltre la metà dei mariti violenti lo è anche con i figli; il 60% delle mamme di bambini ricoverati per maltrattamento aveva subito violenza dal partner; i figli di uomini violenti hanno una probabilità 6 volte maggiore rispetto agli altri di diventare a loro volta violenti;

CONSIDERATO CHE

la violenza in gravidanza è un problema globale che solleva questioni riguardanti i Servizi Sanitari Nazionali, la parità dei sessi e i diritti umani in tutti i Paesi e gli strati sociali; i danni si ripercuotono sull'intero tessuto sociale; la risposta è innanzitutto educativa e formativa; è un tema ambiguo e complesso di cui è difficile parlare, poiché mette in luce l'esistenza di una realtà quasi indicibile e scabrosa per una condizione dell'esistenza considerata intima e "sacrale"; lo stesso partner maltrattante non è sempre violento, spesso alterna fasi di prevaricazione a fasi di fragilità e dipendenza dal rapporto affettivo instaurato; questi comportamenti contraddittori contribuiscono a confondere sempre di più la donna, dibattuta tra la speranza che la violenza non si ripeta e la sensazione di essere stata colpevole; per la vittima il desiderio di essere una buona mamma e il desiderio di prevenire l'abuso infantile sui figli possono essere forti motivazioni per cambiare la propria vita

i danni sulla salute fisica e psichica che la violenza determina sono prevenibili se si attivano risorse e soluzioni innovative in grado di fermare questo fenomeno; è necessario prevedere l'intervento di professionalità differenti, che garantiscano un intervento anche psicologico e sociale, spesso di lungo periodo (Alessandra Kustermann, Direttore di Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano); occorre fornire aiuto secondo un approccio interdisciplinare e scientifico che includa e integri la medicina, l'epidemiologia, la sociologia, la psicologia, la criminologia, l'educazione" ("World Report on Violence and Health Health", 2002);

gli operatori sanitari più "vicini" alla violenza devono essere primariamente coinvolti, e precisamente: i medici di base (per i contatti con tutti i membri della famiglia), i ginecologi e le ostetriche (per le occasioni che hanno di incontrare la donna, attraverso gli screening preventivi o percorsi gravidanza e di suscitare la fiducia e le confidenze), il personale dei Pronto Soccorso e degli ambulatori ostetrico-ginecologici (ospedalieri e territoriali); è possibile individuare una donna vittima di violenza attraverso alcuni indicatori di rischio:

gravidanza indesiderata (rischio > di 4 volte), età materna molto giovane (16-19 anni, rischio > di 3 volte); donna nubile, multiparità; ritardo nell'accesso alle cure prenatali; abuso di sostanze; dimenticanza degli appuntamenti fissati; vi sono sintomi specifici *nella donna* (ansia, depressione, eccessiva preoccupazione per la gravidanza; diffidenza, lesioni in vario stato di guarigione) e *nel partner* (eccessiva sollecitudine, controllo, non lasciare mai la donna sola con il medico, rispondere al posto della donna) (V. Dubini, 2008);

considerato che

l'approvazione rapida e unanime da parte del Parlamento della Convenzione di Istanbul, è stato il primo atto della XVIIa legislatura e, al fine di renderla applicabile, occorre aiutare le madri a trovare la forza di reagire, potenziando la prevenzione e la formazione, riconoscendo la violenza maschile sul corpo e sulla mente delle donne;

il Ministero dell'Interno ha istituito l'Osservatorio per la Sicurezza Contro gli Atti Discriminatori (OSCAD), impegnandosi nel contrasto e nella prevenzione della violenza di genere; è stata recentemente istituita una task force interministeriale per fornire una risposta di sistema per rendere gli interventi esistenti più efficaci e per diffondere una cultura educativa e formativa di prevenzione;

il Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, ha affermato: “ i Pronto soccorso sono la frontiera in cui la violenza si evidenzia e si manifesta come epifenomeno. Abbiamo intenzione di rendere nazionale il codice rosa, un approccio integrato tra medici, psicologi, operatori sociali e forze di polizia per sollecitare la denuncia degli abusi e dei maltrattamenti e accompagnare le vittime in percorsi anche fuori dall'ospedale”;

l'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna (O.N.Da) ha realizzato una guida per operatori sanitari, *Donne e violenza domestica: diamo voce al silenzio* già diffusa negli ospedali lombardi con i “Bollini Rosa” in 62 strutture premiate per i servizi dedicati alla violenza e che hanno un Protocollo di Pronto Soccorso Violenza per la formazione degli operatori sanitari; diversi ospedali che hanno strutturato servizi di assistenza sanitaria, psicologica e sociale come la Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, il Centro Riferimento Regionale Violenza dell'A.O.U. Careggi di Firenze, lo Stabilimento SS. Annunziata di Tranto, l'Ospedale Buccheri La Ferla Fatebenefratelli di Palermo, il Presidio Ospedaliero Azienda Ospedaliera Universitaria di Modena, l'Azienda Ospedaliera Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia, l'Ospedale Sandro Pertini di Roma ed altri;

per fornire un'assistenza adeguata alle vittime, l'OMS ha recentemente pubblicato le nuove *Linee Guida cliniche e politiche*, che evidenziano la necessità di formare in maniera più specifica gli operatori sanitari su come intervenire, in caso di violenza contro le donne; l'OMS auspica che tutti i Paesi si impegnino a combattere questo problema di dimensioni epidemiche, grazie al sostegno dei singoli Sistemi Sanitari Nazionali; (<http://www.policlinico.mi.it/lineeguidasvs.pdf>);

per combattere la violenza domestica subito prima, durante e dopo la gravidanza è necessario un processo formativo degli operatori professionali, delle strutture sanitarie coinvolte, un processo politico delle Istituzioni che devono pianificare, organizzare e facilitare gli interventi di ciascun operatore; un ruolo importante spetta al medico di assistenza primaria, al ginecologo, al pediatra di libera scelta, ma essi devono interagire con altre figure professionali, Enti e Associazioni del Terzo settore;

Impegna il Governo

ad adottare urgentemente le linee guida indicate dall'OMS, investendo sulla prevenzione affinché il Servizio Sanitario Nazionale possa offrire una migliore assistenza alle donne vittime di violenza in gravidanza; ad effettuare interventi in ogni ambito perché la violenza in gravidanza non rimanga un argomento "rimosso" dalla pratica professionale per scarsa conoscenza o incapacità; ad aggiornare le conoscenze degli operatori sanitari, sociali ed educativi sulle ricadute di questa violenza, a breve e a lunga distanza, sulla salute dei cittadini; a dare corso, secondo le raccomandazioni dell'OMS, ad alcune pratiche indispensabili quali:

1) *formazione obbligatoria del personale sanitario* nell'aiutare le vittime di abusi, nel riconoscere le donne che sono a rischio e nel fornire interventi adeguati (prima assistenza, ascolto empatico, attitudine a non giudicare, riservatezza, collegamento agli altri servizi di assistenza); a coinvolgere gli ospedali che si occupano di assistenza prenatale o di test per HIV affinché offrano sostegno alle donne dotandosi dei requisiti minimi specifici, nell'assicurarsi che ci sia un sistema di sinergie tra diversi servizi;

2) *strategie di prevenzione e cura* verso la gravide che subiscono violenza: identificazione delle vittime nella fase prenatale, perinatale e postnatale; cure cliniche (prima assistenza, profilassi per STI e HIV); interventi negli ambulatori di ginecologia, esami strumentali e di laboratorio; corsi parto; ricovero per parto; visita ginecologica (40 giorni); predisposizione di percorsi ad hoc nei consultori e tramite associazioni femminili;

3) *integrazione di servizi e interventi* di assistenza sanitaria, sociale ed educativo-formativa già esistenti, senza creare un servizio a sé stante ma privilegiando un lavoro di rete tra i servizi per la realizzazione di best practices in risposta a questa emergenza che è innanzitutto sanitaria, ma non può essere risolta senza un forte investimento sociale e formativo.

Iori