



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 32

**COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA  
sul femminicidio, nonché su ogni forma di  
violenza di genere**

AUDIZIONE DI ESPERTE SULL'APPLICAZIONE DELLE  
LINEE GUIDA CONCERNENTI IL PERCORSO  
DI TUTELA DELLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA  
NELLE STRUTTURE OSPEDALIERE

38<sup>a</sup> seduta: martedì 28 gennaio 2020

Presidenza della Presidente VALENTE

**I N D I C E****Audizione di esperte sull'applicazione delle linee guida concernenti il percorso di tutela delle donne vittime di violenza nelle strutture ospedaliere**

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 4, 8, 10 e <i>passim</i>	
		<i>BOZZAOTRA</i> . . . . . Pag. 25, 31
		<i>CENTOLANI</i> . . . . . 20, 22
		<i>DORETTI</i> . . . . . 4, 8, 29
		<i>IERVESE</i> . . . . . 20
		<i>KUSTERMANN</i> . . . . . 10, 11, 12 e <i>passim</i>
		<i>MARANO</i> . . . . . 17
		<i>NANNI</i> . . . . . 23
		<i>RICCIARDELLI</i> . . . . . 27

*Intervengono la dottoressa Vittoria Doretti, direttrice UOC promozione ed etica della salute, direttrice UOSD codice rosa, salute e medicina di genere Azienda USL Toscana Sud-Est, responsabile rete regionale codice rosa Regione Toscana, accompagnata dalla dottoressa Alessandra Pifferi, responsabile gruppo di redazione coordinamento rete regionale codice rosa Regione Toscana, la dottoressa Alessandra Kustermann, direttrice di Unità operativa complessa, responsabile del Centro di riferimento e assistenza per i problemi di violenza alle donne e ai minori della clinica Mangiagalli di Milano, la dottoressa Antonella Bozzaotra, psicologa, intervento di refertazione psicologica in pronto soccorso agli ospedali di Santa Maria di Loreto e San Paolo di Napoli; accompagnata dalla dottoressa Ester Ricciardelli, la dottoressa Antonietta Marano, responsabile preospedalizzazione centralizzata della Direzione sanitaria dell'ospedale Cardarelli e referente aziendale per la violenza di genere, accompagnata dalla dottoressa Flora Verde, CPSE coordinatrice PS/OBI dell'ospedale Cardarelli di Napoli, la dottoressa Alda Centolani, medico responsabile del percorso maltrattamento-abuso dell'ospedale di Ravenna AUSL Romagna, la dottoressa Rachele Nanni, psicologa responsabile del programma aziendale psicologia, refertazione psicologica AUSL Romagna, accompagnata dalla dottoressa Tiziana Iervese, medico, coordinatrice del Gruppo di lavoro aziendale accoglienza e presa in carico delle vittime di violenza AUSL Romagna.*

*I lavori hanno inizio alle ore 11,20.*

#### **SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI**

PRESIDENTE. Avverto che la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata attraverso il Resoconto sommario e il Resoconto stenografico, nonché, ai sensi dell'articolo 13, comma 4, del Regolamento interno, attraverso l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso.

Avverto inoltre che le audite e i commissari avranno la possibilità di chiedere in qualsiasi momento la chiusura della trasmissione audio-video e la segretazione dell'audizione o di parte di essa, qualora ritengano di riferire alla Commissione fatti o circostanze che non debbano essere divulgati.

Ai sensi del Regolamento interno, preciso che sarà la Commissione a decidere su un'eventuale richiesta in tal senso.

Poiché non vi sono obiezioni, così resta stabilito.

*PROCEDURE INFORMATIVE***Audizione di esperte sull'applicazione delle linee guida concernenti il percorso di tutela delle donne vittime di violenza nelle strutture ospedaliere**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione di esperte sull'applicazione delle linee guida concernenti il percorso di tutela delle donne vittime di violenza nelle strutture ospedaliere, che ringrazio per la loro presenza.

Sappiamo che sono stati fatti progressi importanti nell'attuazione delle linee guida, ma sappiamo anche che le strutture ospedaliere e sanitarie hanno seguito metodi assolutamente diversi le une dalle altre. Vorremmo quindi che ci raccontiate le esperienze relative ai cosiddetti codici rosa, ma anche quelle basate su modalità diverse, esperienze molto simili ma che presentano specificità legate alle singole realtà.

Vorremmo inoltre, soprattutto, che ci illustriate cosa è veramente cambiato dopo l'attuazione delle linee guida, se cioè si è riusciti in qualche misura ad uniformare un modello, e vorremmo anche sapere quanto quelle stesse linee guida siano oggi realmente applicate all'interno delle strutture e di quanto, invece, ancora troppe di queste strutture se ne discostino.

Vorremmo in sintesi capire quali sono i *deficit* sui quali la Commissione deve ancora incentrare la sua attenzione. Il compito di questo organismo, infatti, fondamentalemente è quello di svolgere un'attività di inchiesta, fotografando ciò che non funziona.

Vi chiedo quindi di illustrarci le cose positive che fate ma anche e soprattutto le criticità con cui vi confrontate, partendo ovviamente dalla vostra esperienza diretta ma accennando magari anche a quella di altre realtà probabilmente distanti dalla vostra e dalle stesse linee guida.

La scelta della Commissione è ricaduta su di voi perché vogliamo provare ad ascoltare figure professionali che sul piano nazionale sono quelle che in qualche modo e a vario titolo si sono maggiormente dedicate all'attuazione delle linee guida. È chiaro, però, che le organizzazioni che più si sono spese sono anche quelle che più le hanno attuate e che, quindi, sono più avanti rispetto alle altre. Al tempo stesso, posso comunque immaginare che voi abbiate un osservatorio privilegiato e relazioni che vi consentono anche di andare oltre la vostra specifica esperienza. Spero pertanto che ci possiate parlare anche di altre esperienze di cui voi siete a conoscenza, o per sentito dire o perché a voi riportate direttamente. Valuteremo poi se recepirle e come acquisire i dati.

Lo scopo è comunque quello di ricevere da voi elementi utili per compiere un'indagine; in caso contrario, tutto diventa per noi più complicato. Vi chiedo quindi di provare ad aiutarci a tracciare il percorso.

Lascio quindi la parola alla dottoressa Doretti.

*DORETTI.* Sono Vittoria Doretti, direttore dell'Unità operativa complessa di promozione ed etica della salute di una grande ASL della To-

scana, probabilmente la più estesa d'Italia dopo l'attuazione della riforma, che raduna tre province. Sono inoltre la responsabile della Rete regionale di codice rosa che ha appena compiuto dieci anni.

Sono già stata audita da questa Commissione, alla quale ho anche inviato una memoria redatta insieme alla dottoressa Pifferi – oggi qui con me – nell'intento di lasciarne traccia anche per successive riflessioni. Quindi, cercherò di attenermi ai tempi.

Vorrei innanzitutto spiegare come è nata questa realtà.

Non sono uno psicologo; sono un medico chirurgo, sono stata anestesista rianimatore e responsabile di un dipartimento materno-infantile per tanti anni. Poi una gravissima malattia professionale non mi ha più permesso di svolgere il mio lavoro, con mio grande dolore. Ma nella vita ci sono degli appuntamenti e questo accadeva circa quindici anni fa.

Quando lavoravo come anestesista – pensavo anche di essere brava nella mia professione – e responsabile del dipartimento materno-infantile, avevo scelto una città di provincia come Grosseto, assolutamente bucolica, dove crescere i figli; poi magari svolgevo la mia attività in Yemen o in Nepal, dove la violenza sulla donna è un tema cogente. Pensavo di vivere, quindi, in un posto assolutamente sereno, tranquillo, anche perché nei nostri *server* avevamo registrato due casi di violenza di genere in tre anni. Grosseto era quindi un posto meraviglioso. Poi, successivamente alla malattia, la direzione mi ha chiesto di dedicarmi a tempo pieno a questo settore che raccoglie anche il tema dell'educazione, della salute, della scuola e dei consultori.

A quel punto è successo qualcosa di molto strano. Era il 2008. Nei convegni io parlavo sempre di due casi, ma nella stessa provincia la procura aveva aperto in un anno 60 fascicoli per violenza sessuale ma, soprattutto, era molto attivo un centro antiviolenza che seguiva oltre 300 situazioni. Questo in una sola provincia, un'area molto privilegiata: stessa provincia, stessa procura, un unico centro antiviolenza. Noi seguivamo perfettamente le linee guida che all'epoca erano quelle dell'AOGOI (la dottoressa Kustermann lo ricorderà); ma cos'era che non vedevamo?

I dati Istat ci dicono che viene denunciato il 7 per cento delle violenze sessuali, anche se le organizzazioni di donne affermano che il dato è del 2 per cento. Ad ogni modo, se provate a fare un calcolo, la cifra che ne risulta è immensa, in una provincia tranquilla, serena, che non mostrava alcun dato di allarme. Il problema, quindi, era che noi non vedevamo qualcosa.

Il codice rosa nasce, con tutti i suoi limiti, tre anni prima della Convenzione di Istanbul, sicuramente sbagliando anche alcune forme di espressione, ma prende vita proprio dalla base, dalla volontà dei piccoli operatori, e dal pensiero di accendere una luce nel luogo più oscuro e violento del sistema sanitario, quello del pronto soccorso (lo dice una persona che ci è cresciuta) che sicuramente non è il *setting* adeguato.

Ci è voluto un po' di tempo per costruire tutto e devo rivolgere un ringraziamento ai centri antiviolenza, alle donne e alle operatrici che ci

lavorano, perché da loro ho imparato quello che non era scritto in nessun libro di medicina, cioè la capacità di sentire.

Vorrei precisare che il pronto soccorso non vuole assolutamente essere il luogo principale dove trattare l'argomento – e le linee guida emanate alcuni anni fa confermano questo principio – ma è un posto per il quale prima o poi passa la donna che subisce violenza. Una volta un mio collega medico, uomo, bravissimo, mi ha detto che, dopo venti anni di lavoro in pronto soccorso, cominciare a ragionare all'improvviso con il codice rosa è stato un po' come pulirsi gli occhiali.

Lavorare in pronto soccorso è un po' come usare il bancomat: se si sbaglia il PIN, lo sportello dà altre due possibilità; allo stesso modo capita che non si intercetti immediatamente una donna o una ragazza che arriva in pronto soccorso con determinati segni. A proposito di segni, i giornalisti chiedono spesso a me come a tutte noi quali siano. Noi li abbiamo elencati, ma nella realtà bisogna soffermarsi a pensarci, proprio come diceva il professor Caniggia che per noi medici era un medico «antico»: se non ci pensi, se non ce l'hai dentro, la cosa non funziona. E perché la cosa non funzionava, nonostante i tanti corsi fatti sia in Regione Toscana – ve lo assicuro – che a livello nazionale? Perché un corso non basta.

Ecco perché chiedo aiuto non solo alle colleghe, che ringrazio, ma anche a ognuna e ognuno di voi (ottima la presenza maschile, che è fondamentale) e alla vostra attività. Dovete ricordarci ogni giorno che dobbiamo pensarci, e dobbiamo farlo non soltanto quando ci troviamo a eseguire l'ultima procedura del turno, ma in qualsiasi momento, magari alle tre di notte.

Immaginate cosa è successo dopo il primo mese.

Il 1° gennaio 2010, alle due di notte, codice rosa parte ufficialmente con una donna al quinto mese di gravidanza che aveva subito violenza sessuale; la donna era accompagnata da un bambino, entrambi vittime di violenza domestica. La bimba è nata alcuni mesi dopo in una casa protetta.

Il primo anno di attività abbiamo registrato oltre 300 casi. Il secondo anno abbiamo proceduto a tappeto perché hanno partecipato al progetto farmacisti, dentisti e tecnici; c'è stato, cioè, un effetto domino pesante, di contaminazione, che ha indotto a partecipare anche i sindaci i quali, al di là di ogni schieramento e di ogni sentire – e questa forse è la cosa più bella – hanno messo a disposizione, in collaborazione con Commercio e altre associazioni, quelli che potevano essere luoghi di appoggio.

Sto tracciando un po' una storia, ma per dirvi cos'era cambiato. Innanzitutto, abbiamo cominciato a sentire dietro di noi una comunità che ci sosteneva. Codice rosa, allora, non era più qualcosa che riguardava la Dorretti, Alessandra Pifferi o il direttore generale della ASL: era un bene della comunità. Pensate a quel povero sindaco che in Maremma si è trovato davanti oltre 500 casi di violenza di genere (e all'epoca, nel 2011, c'eravamo solo noi) e che scherzando mi disse: «Dottoressa, è bene che torni a Siena, perché qui ci fa una brutta pubblicità».

Quell'esperienza poi, come avete visto, è diventata un progetto regionale. Credo che quella di non creare un polo di eccellenza – pure utilissimo, ci mancherebbe – sia stata una scelta condivisa fra tante persone, perché non c'è differenza tra una donna che viene violentata a Sessa Aurunca, a Orbetello o in Piazza Duomo a Firenze. Ed è proprio su questo che noi dobbiamo spingere e in cui voi dovete aiutarci, con la vostra Commissione che ringrazio per il lavoro quotidiano che svolge e di cui abbiamo veramente bisogno, nella speranza che diventi un organismo permanente.

Quando ci siamo trovati a stilare le linee guida, ad esempio, c'è stata chiaramente la tentazione di mirare all'eccellenza e di creare così una bella procedura, magari anche uno *standard* ISO-forense (perdonatemi, ma lo sbirro che è in me ogni tanto scappa fuori, anche se cerco di tenerlo un po' a freno). Poi però ci abbiamo dovuto riflettere e ricordo quando a un dibattito le colleghe psicologhe, meravigliose, mi dissero che comunque in pronto soccorso gli psicologi già c'erano; io però risposi che non era così e che magari li avessimo avuti nell'azienda.

Va bene quindi agire anche sulla procedura, ma è necessario che vi sia accordo tra i vari soggetti: penso all'ANCI, ai sindaci, alle Regioni. In quel caso fu fatta la scelta di tentare un progetto regionale che riguardasse tutti gli ospedali, anche il più piccolo, quello che alle tre di notte ha un infermiere di *triage* e una medica ma dove manca il ginecologo. L'Italia è fatta anche di questo e non è giusto che una donna che subisce una violenza, non solo sessuale, nel Casentino non abbia questa possibilità. È chiaro che poi il sistema andava centralizzato.

Io però parlo da vecchio rianimatore.

Mi permetta, Presidente, di fare uno *spot*. Tutte noi qui presenti abbiamo avuto tanti riconoscimenti; fra noi ci sono figure importantissime, ma oggi, con i miei sessant'anni, vorrei rivolgere un grande ringraziamento a figure che non sempre vengono così evidenziate: sono le figure del dipartimento infermieristico e ostetrico che sono quelle che veramente hanno fatto la differenza nell'area dell'emergenza-urgenza. Sono persone semplici che quotidianamente vanno al lavoro in un piccolo ospedale e talvolta hanno anche raddrizzato atteggiamenti non sempre virtuosi delle altre figure. Perdonatemi, ma glielo dovevo assolutamente.

Vi sto illustrando come sono nati certi pensieri sui quali si è ritenuto di dover puntare a livello culturale. Vi potrei raccontare, ad esempio, come è nata l'idea di una stanza dedicata. Potrebbe essere nata dal caso di una donna che è stata violentata durante la notte dai colleghi del marito che era di turno, e non importava quale fosse stato il motivo per cui lei avesse aperto quella porta. È stata picchiata, poi ha telefonato al 118 a cui per fortuna ha risposto Alessandra Pifferi, una giovanissima infermiera della centrale. La donna ha posto una domanda molto banale, cioè se fosse normale una piccola perdita di sangue dopo un rapporto sessuale. Che cosa ha attivato in Alessandra quell'*alert*? Qual è stata la procedura che noi oggi cerchiamo di registrare? È una sensibilità, è cultura, saper interpretare un silenzio. Questo è accaduto dieci anni fa. Alessandra ha tenuto

quella donna al telefono, ci ha parlato a lungo, poi siamo arrivati noi; Alessandra ha dovuto dirlo al marito quando è rientrato, per telefono, e non c'è nessuna procedura al mondo che insegni a fare questo. Arrivata in pronto soccorso, la signora mostrava segni evidenti e per me è stato uno strazio accompagnarla dal pronto soccorso al reparto di ostetricia (che peraltro mi aveva subito ricevuto, essendo io abbastanza forte nella struttura). Ebbene, non so se succede anche a voi, ma quando ci si muove dal pronto soccorso per andare negli altri reparti, gli ascensori non arrivano mai e io in quel lasso di tempo ho visto tutta Grosseto passare per quel corridoio (non è vero, ma quella era la sensazione, l'imbarazzo); poi dal quarto piano, che io avevo allertato, mi hanno detto che invece erano tutti pronti al quinto. A quel punto ho detto: «Mai più».

Abbiamo iniziato così, da una situazione di quel genere, perché ciò che quella la donna stava vivendo era una vittimizzazione secondaria. Non c'era la Convenzione di Istanbul, non ce lo aveva detto nessuno, ma quella era una sensazione di profonda vergogna. Mi ricordo, ad esempio, i ginecologi che dicevano che non potevano raggiungermi in pronto soccorso perché erano impegnati con un cesareo. Questo tipo di imprevisti non devono essere un problema. Ce lo hanno insegnato i centri antiviolenza: la donna al centro. E questo è quello che dobbiamo riportare nei nostri ospedali, anche nei nostri tribunali, nelle nostre scuole. La donna al centro. Questo vuol dire che, da qui in avanti, tutti gli specialisti raggiungono la donna al pronto soccorso. È chiaro, se si deve fare una TAC o andare in sala operatoria, questo principio non può valere, ma per tutto il resto, quindi nel 99 per cento delle situazioni, sono gli altri specialisti che arrivano e, prima di entrare nella stanza, prendono le consegne dal medico, cioè quelle due o tre informazioni che ci permettono di non fare 700 volte la stessa domanda, che è un'ulteriore violenza. Così nasce la stanza rosa.

Negli anni poi mi è anche capitato di andare in giro per l'Italia a inaugurare stanze rosa, dipinte di rosa, che riportavano la dicitura «stanza rosa». Magari questo no. Con l'educazione che mi contraddistingue ho cercato di far capire che il giorno dopo andava eliminato tutto, perché quel luogo non doveva essere riconoscibile. Ma guardate che le discussioni per questo sono state lunghissime.

**PRESIDENTE.** Doveva essere un luogo riservato?

**DORETTI.** Certo, doveva essere riservato. E questo ci permetteva di fare una cosa eccezionale. È importante avere la possibilità di entrare in pronto soccorso e recarsi in una stanza del genere. E guardate che si tratta di un'area a costo zero, anche non esclusiva, ma che deve avere tutto (parlo da vecchio rianimatore): nel cassetto giallo le provette (facciamo le simulazioni), nel cassetto rosso il lenzuolino, la caposala controlla, esattamente come avviene per le altre emergenze. L'idea di avere un luogo come questo ha dato vita al codice rosa, che non è inteso come colore. Vi assicuro che da rianimatore non avrei mai dato un colore (che è una



bestemmia) a questo progetto: l'aggettivo è stato scelto dagli studenti, quegli stessi che oggi sono avvocati e avvocate che si occupano di violenza, e che hanno pensato ad una rosa bianca. L'hanno scelta e non abbiamo mai cambiato il nome.

Ebbene, in presenza di un'area di questo tipo si può dire agli accompagnatori di aspettare la donna all'esterno, finché non saranno chiamati. Spesso è lo stesso maltrattante ad accompagnare la vittima; talvolta, ahimè, sono le madri a farlo (Presidente, mi perdoni, so che questo, come madri, ci darà dolore).

L'esigenza, quindi, era quella di accogliere subito la donna, nei primi venti minuti. Questa è stata la prima criticità. Presidente, commissari, sapete che i codici adesso sono cambiati. Noi ci stiamo ragionando molto, anche in Regione Toscana dove la rete di codice rosa non è più un progetto perché da quattro anni è una rete tempo-dipendente, è cioè strutturata, come previsto per l'*ictus*; non esistono aziende o ospedali di serie A o serie B: è una rete e in una rete nessuno immagina di poter dire a un paziente in arresto cardiaco di recarsi in un altro ospedale perché purtroppo in quello non effettuano il massaggio cardiaco in quanto è piccolo e manca il medico di turno.

Questa della tempistica però è una criticità da affrontare assolutamente in appositi tavoli, insieme al Ministero, perché i codici sono cambiati e l'elemento fondamentale è anche quello di accogliere la donna nel tempo più immediato possibile e in un luogo separato, dove la sua *privacy*, sia assolutamente garantita e dove abbia modo, se lo richiede, di entrare facilmente anche in collegamento con i centri antiviolenza, con il consultorio e con i loro psicologi. La nostra è, appunto, una rete, ma penso che ogni realtà, ogni provincia, abbia situazioni diverse in base alle proprie esigenze.

Quanto alle criticità, ve ne cito rapidamente una su tutte, rimandandovi per il resto agli appunti. Come avrete forse visto dal *curriculum*, negli ultimi quattro anni sono cresciuta dal punto di vista forense, di *intelligence*, e questa crescita mi ha portato ad avere un atteggiamento diverso. Credo sia molto difficile che ci siano ospedali dotati di un percorso ISO-forense, quindi sicuro, ad esempio nell'ambito della catena di custodia dei reperti. Questo da una parte mi preoccupa di meno, Presidente, perché poi ci sarebbe qualcosa da protocollare. Però, per fare un esempio banale prima di concludere e lasciarvi alle questioni aperte, a seguito dell'introduzione del codice rosso, il tempo a disposizione per sporgere denuncia non è più di sei mesi ma di un anno. Al momento, se la donna non denuncia è prevista tutta una procedura molto attenta per la custodia dei reperti: abiti, lenzuoli, materassi, biancheria. Anche se prima il termine di tempo per la denuncia era di sei mesi, prima di procedere, sia pure in modo prudente, ad uno smaltimento dei reperti aspettavamo comunque un anno e su questo dobbiamo fare una riflessione molto attenta, anche in collaborazione con la Commissione giustizia. È per questo che abbiamo sempre lavorato in una squadra unica, ASL, procura, Forze dell'ordine, Polizia giudiziaria – un altro desiderio è che all'interno di questa ci sia

una forza speciale dedicata – ma il filo che ci unisce tutti è quello dei centri anti violenza. Quindi, il ragionamento va fatto in maniera congiunta. Considerate che io comunicavo con le procure di tutta la Regione – e vi garantisco che è qualcosa che mi stressa tantissimo – perché non è possibile che nello stesso territorio regionale una procura chiede certe cose e altre ne chiedono di diverse; pensate che potremmo non sapere che una procura sta indagando sullo stesso caso che è all'esame di un'altra.

Ad ogni modo, mantenere in custodia i reperti in modo corretto dal punto di vista forense non è semplice. Questo aspetto aprirebbe comunque una discussione molto lunga nella quale abbiamo veramente bisogno del vostro supporto, perché va fatta a livello nazionale. Possiamo individuare piccoli accorgimenti territoriali nelle Regioni, ma non è sufficiente.

C'è un ultimo aspetto con cui vorrei concludere che è stato fonte di qualche polemica nel 2015 con i centri. Poiché ci sono stati due casi di omofobia molto violenti, sin dall'inizio del progetto, cioè dal 2010, abbiamo previsto, oltre al corridoio per il percorso donna, anche un corridoio dedicato ai crimini di odio (abbiamo registrato situazioni importanti anche su questo versante). È qualcosa di cui siamo molto fieri, anche perché è un tema di dignità che abbiamo affrontato un paio di anni prima dell'Europa. Con riferimento ai dati, in dieci anni di codice rosa presso il pronto soccorso si è registrata un'impennata (già nel 2011) degli episodi di violenza nei confronti degli ultrasessantenni e non solo nel percorso donna. Con riferimento ai crimini di odio e di violenza contro la disabilità, fenomeno che causa molti morti, nel 2015 è entrata in vigore una direttiva europea. Faccio l'esempio del ragazzo quindicenne che arriva in pronto soccorso per tentato suicidio e lentamente si capisce che è vittima di omofobia (vi ricordo che l'omofobia è una forma di odio che colpisce anche gli eterosessuali); lo stesso vale per la disabilità.

Avrei poi voluto che la dottoressa Pifferi svolgesse un approfondimento sul SAM, il nostro sportello di ascolto per uomini maltrattanti, attivo sia in carcere che sul territorio, che ci sta dando grande soddisfazione. Ma ho svolto un intervento molto lungo di cui mi scuso, anche con la dottoressa Kustermann a cui ho rubato del tempo. Le cose da dire erano però tante e sicuramente la mia esposizione non è stata lineare.

Vi ringrazio per l'attenzione.

**PRESIDENTE.** Do la parola alla dottoressa Alessandra Kustermann, responsabile del Centro di riferimento e assistenza per i problemi di violenza alle donne e ai minori della clinica Mangiagalli di Milano.

**KUSTERMANN.** Non vi racconto tutta la storia del servizio che dirigo, perché comunque dovrebbe essere agli atti della precedente Commissione di inchiesta sul femminicidio.

Ci sono dei punti che secondo me varrebbe la pena percorrere un po' di più, se fosse possibile, all'interno di una modifica parziale di alcune delle leggi esistenti. Ne parlo perché obiettivamente ci sono dei problemi: se in Italia le donne continuano a morire per violenza, è evidente che

qualcosa nella macchina non funziona. Non è, quindi, un problema solamente legislativo.

Dando per scontato quanto riferito da Vittoria Doretti, con cui lavoriamo da anni per scrivere documenti che possano essere utilizzati da tutti i pronto soccorso, credo che il punto fondamentale sia che al pronto soccorso arrivano tutte, mentre purtroppo ai centri antiviolenza arriva la donna che decide di scegliere il percorso di uscita dalla violenza. Continuare a ragionare solo in termini di donne che hanno già elaborato il pensiero di fuga dalla situazione pericolosa in cui si trovano significa non tenere presente che le donne che vengono uccise molto spesso sono quelle che rimangono con il *partner* violento. Quindi, vengono uccise le donne che si sono separate, vengono uccise le donne che decidono di dire che si separeranno, ma vengono uccise anche le donne che convivono con il proprio compagno e che non hanno assolutamente in mente l'idea di lasciarlo.

Se, però, andiamo a ritroso e guardiamo la storia delle vittime di femminicidio, prima di tutto vediamo che hanno un'età avanzata, mediamente molto più avanzata di quanto può apparire nell'immaginario collettivo, e questo mi sembra un dato importante. Il tempo del maltrattamento subito è, quindi, estremamente lungo.

Il secondo elemento è che queste donne spesso sono ritornate con il *partner* maltrattante. Quindi, in pronto soccorso noi possiamo fotografare la situazione, se scopriamo la presenza di un maltrattamento possiamo procedere a una denuncia d'ufficio, ma per convincere una donna che il suo uomo è particolarmente pericoloso ci vuole molto più di questo: ci vogliono, appunto, i centri antiviolenza e la maturazione di un convincimento da parte della donna.

Ci sono, tuttavia, alcune misure che potremmo inserire nella legislazione, anche apportando solo piccole modifiche a quello che avete fatto finora in Parlamento. Nel caso in cui, ad esempio, un uomo venga riconosciuto come maltrattante e la donna torni con lui, perché non viene messo in atto un percorso di recupero del maltrattante? Nell'ultima legge, quella chiamata comunemente codice rosso, si parla dei percorsi di recupero prevedendo addirittura la possibilità di applicare misure alternative al carcere o di istruire un processo più rapido.

PRESIDENTE. Nel caso di pene molto lievi.

*KUSTERMANN*. Infatti.

So che le pene sono state aumentate anche con il codice rosso, posso però parlarvi di una ricerca condotta due anni fa, curata dalla sezione di medicina legale dell'università di Milano che collabora con noi al Soccorso violenza sessuale e domestica (SVSED) e che è stata presentata come tesi di laurea da un giovane avvocato, con cui è stato dimostrato che la pena media per un maltrattamento – tra attenuanti e questioni varie – è di un anno e quattro mesi di reclusione. In questi casi si potrebbe utilizzare il percorso di recupero. Questo è il primo aspetto.

Poi però in qualche modo bisogna trovare un aggiustamento legislativo per rendere possibile il percorso di recupero in carcere per chi viene condannato a una pena più elevata. In carcere esistono centri per il trattamento degli uomini maltrattanti, violentatori seriali, pedofili, ma questo tipo di esperienza è molto limitata e non può essere estesa perché mancano i fondi.

La Commissione giustizia ritiene che il problema del trattamento non sia di propria competenza; la Commissione sanità non viene giustamente investita della questione in quanto non è un trattamento sanitario, non potendo ammettersi l'idea che tutti coloro che uccidono e che maltrattano una donna sono dei pazzi.

PRESIDENTE. Il ministro Bonafede recentemente ha fatto riferimento proprio a questo tema.

KUSTERMANN. Mi piacerebbe molto che venisse studiata una norma in base alla quale il trattamento in carcere sia di tipo mandatorio, anche se so benissimo che non tutti aderirebbero e che qualcuno potrebbe fingere di aderirvi consapevolmente solo per avere uno sconto di pena. Ad ogni modo, le esperienze mondiali hanno però dimostrato che il trattamento funziona maggiormente se è accompagnato anche dalla misura di costrizione della libertà personale, quindi dalla detenzione in carcere.

Occorre inoltre rendere impossibile il mancato rispetto delle misure di allontanamento e di divieto di avvicinamento. Sia nella legge sul femminicidio che in quella del codice rosso queste misure sono previste, ma non è possibile l'arresto se non c'è la flagranza: è però difficile riuscire a cogliere la flagranza, persino in presenza di braccialetto elettronico (tra l'altro, i braccialetti elettronici sono in totale 10.000; è quindi inutile che ci prendiamo in giro su questa misura). Pertanto, se non si prevede la possibilità di procedere all'arresto differito, tutto diventa impossibile. Un soggetto che ha violato una misura deve in qualche modo rispondere di tale violazione e, quindi, si deve procedere all'arresto, a cui poi può seguire un aggravamento della misura stessa e non necessariamente il carcere se non è ancora concluso l'iter processuale. Il problema è che questi soggetti devono avere un deterrente.

Inoltre, l'arresto differito deve essere previsto anche per il maltrattamento e lo *stalking*. Vi faccio presente, infatti, che le donne uccise nell'area di Milano negli ultimi anni non è che non fossero mai passate per i centri antiviolenza o per un pronto soccorso; al contrario, erano donne che nei pronto soccorso ci erano state, ma poi non avevano aderito ad alcun progetto d'uscita dalla violenza o lo avevano fatto solo in una fase iniziale per poi farsi nuovamente convincere a tornare con il maltrattante, in quella che viene definita la fase della luna di miele che, purtroppo, sappiamo essere frequente nei casi di violenza. Uno di questi casi mi ha particolarmente colpito. Una donna si era rivolta al nostro centro tre volte, a distanza di due anni una dall'altra, e non aveva mai aderito a un percorso di uscita dalla violenza; noi però tutte le volte avevamo proceduto a una

denuncia d'ufficio e quindi i processi proseguivano. La signora ogni volta ricadeva nella storia e tornava con l'uomo; l'aveva addirittura sposato mentre lui era in carcere per maltrattamenti nei suoi confronti. Ma non è questo il punto. Quello che mi ha maggiormente colpito è che una volante era intervenuta a casa della coppia esattamente tre giorni prima che lei venisse uccisa e in quei tre giorni è stata anche ascoltata.

**PRESIDENTE.** Abbiamo visionato gli atti di quel caso e in quella circostanza abbiamo anche riflettuto sull'efficacia del codice rosso.

**KUSTERMANN.** È un caso che conosco perfettamente e per cui provo un grande dolore perché rappresenta un fallimento di quanto noi facciamo.

Il punto è che lei era stata ascoltata entro tre giorni dall'intervento della volante, ma è accaduto che le Forze dell'ordine si sono fidate del fatto che lei aveva affermato che sarebbe andata via di casa e si sarebbe fatta ospitare dalla figlia, ma invece la sera dopo è stata uccisa.

Noi abbiamo la possibilità di fare qualcosa? No. Quell'uomo era stato condannato e aveva violato le misure di allontanamento. Se un uomo tenta di buttarsi dalla finestra perché vuole suicidarsi si può applicare un trattamento sanitario obbligatorio, perché il tentato suicidio è ritenuto una patologia psichica importante che va presa in carico. Perché in casi particolari come questo, in cui l'uomo era stato condannato più volte perché aveva anche incendiato la porta di casa della donna ed era quindi noto che il suo tasso di pericolosità fosse elevatissimo, non è stato possibile procedere ad un arresto in differita almeno nell'ultimo episodio di violenza? Perché pensare che la donna ce l'avrebbe fatta a lasciarlo? Se non ci era riuscita prima, non ce l'avrebbe fatta neanche in quella circostanza e che quell'uomo fosse ormai fuori controllo era secondo me abbastanza ovvio.

**PRESIDENTE.** Perché l'uomo era a casa?

**KUSTERMANN.** L'uomo era a casa perché ormai era libero: aveva scontato parte della pena, era in libertà vigilata e anche il tribunale di sorveglianza ci ha messo del suo. Se avete gli atti comunque conoscete la vicenda.

Io sono un medico e non un avvocato, e quando leggo atti di questo tipo mi viene a volte lo sconforto perché fanno sempre riferimento a leggi e a codici in base ai quali sembra tutto normale e giusto. Peccato che quell'uomo poi ha ucciso sua moglie.

Un arresto in differita in quel caso sarebbe stato utile. Infatti, quando sulla scena sono intervenute le volanti, tre giorni prima, l'uomo in quel momento non era in casa e, quindi, non poteva essere arrestato in flagranza di reato; però, poteva essere arrestato entro le dodici ore successive, quando è tornato.

Sulla violenza assistita il codice rosso – so che è una definizione errata, ma la utilizzo perché ci comprendiamo – ha fatto qualcosa di importante. Nel corso della mia audizione davanti la precedente Commissione di inchiesta sul femminicidio avevo molto insistito sul fatto che dobbiamo proteggere i bambini; è un nostro dovere ed esiste anche un articolo del codice civile che ci impone questa azione di protezione. Ebbene, adesso finalmente i minori sono considerati parte lesa nel reato di maltrattamento. Ma cosa facciamo se la madre nega? La legge prevede che per i bambini possa essere nominato un difensore in quanto parte lesa, intendendosi quindi che quei bambini sono vittime di un reato (altrimenti cosa vorrebbe dire che sono parte lesa?). Però non è stato affermato così esplicitamente che la violenza assistita è diventata un reato a sé stante, ma in effetti lo è, perché altrimenti non si potrebbe parlare di parte lesa.

Personalmente io sto procedendo in questo modo: se la madre non ha ancora deciso di presentare querela contro il *partner* maltrattante ma i bambini assistono regolarmente alle violenze e arrivano da noi traumatizzati, feriti, con atteggiamenti psichici particolari, dopo un colloquio anche con il minore inviamo una seconda denuncia; ovviamente nel colloquio non poniamo domande dirette al bambino, non gli chiediamo se è vero che ha visto il suo papà picchiare la mamma o inveire contro di lei; cerchiamo invece di capire lo stato di benessere del minore e a che punto è della sua storia. Quindi, non solo denunciando il maltrattamento nei confronti della donna ma anche il fatto che i bambini assistono al maltrattamento subito dalla madre. È chiaro che se la madre ritratta cade tutto, ma il bambino continuerà ad essere lesa dalla condotta aggressiva del padre verso la madre. Né si può necessariamente pensare che il maltrattamento sia solo fisico, perché comunque nella maggioranza dei casi sappiamo perfettamente che il maltrattamento di chi compie poi il femminicidio è stato prevalentemente psicologico e non fisico. Non sono necessariamente gli uomini che picchiano quelli che uccidono: uccidono anche quelli che provano una gelosia ossessiva, che isolano la donna, quelli che pensano che piuttosto che essere lasciati sia meglio morire entrambi; sono quelli che minacciano il suicidio gli uomini che uccidono più facilmente rispetto a coloro che, invece, hanno un atteggiamento di costante disprezzo, sono cioè gli uomini dipendenti dalla relazione affettiva. Lo ripeto: non sono pazzi, non cadono in un *raptus*, al contrario, premeditano. Così, io vorrei almeno salvaguardare i bambini. Quindi, auspico che la norma sia un po' più chiara ed esplicita che la violenza assistita è un reato, in modo che le donne siano consapevoli del fatto che se restano con il *partner* maltrattante fanno del male ai propri figli. Oggi le donne pensano di sacrificarsi e di immolarsi sull'altare della famiglia. È questo ciò che trovo faticoso. Secondo la cultura diffusa in Italia, la famiglia conta più delle ingiurie, delle percosse e degli atteggiamenti maltrattanti.

L'ultima questione riguarda il disastro che avviene dopo, un disastro che magari non è esperienza del pronto soccorso ma è esperienza comune dei centri antiviolenza. E visto che noi siamo sia pronto soccorso che centro antiviolenza pubblico, dovremmo essere facilitati nei rapporti con il

Comune, con le assistenti sociali, con le psicologhe dei consultori che poi faranno una relazione sulla capacità genitoriale del nucleo in esame.

A questo punto, vorrei esemplificare il mio discorso con un caso pratico. Una donna arriva in pronto soccorso maltrattata. Negli anni di convivenza vengono riportati in tutto tre episodi di percosse; quindi il maltrattamento è prevalentemente psicologico. L'uomo rimprovera regolarmente la donna di avere avuto una precedente relazione con un uomo di colore e non risparmia, di fronte ai figli che sono piccoli, di dire che lei era una «ciucciaccazzi di negri», un'espressione di cui mi scuso ma che ripeto perché lascia perplessi il fatto che, nonostante il turpiloquio usato di fronte ai bambini, nessuno agisca per tutelare i minori da un padre di questo genere. A me risulta difficile anche immaginare che una persona possa dire una cosa simile di fronte a dei bambini; ma pazienza, lui lo faceva. Io, inoltre, sono anche primaria di un consultorio familiare e quindi firmo le relazioni sulla valutazione della capacità genitoriale di ambedue i genitori che il tribunale dei minori o la sezione del tribunale civile richiede. Pertanto, mi ritrovo una relazione dei servizi sociali, che non mi compete ma che ovviamente accompagnava quella delle psicologhe del mio consultorio. La signora è sempre in cura presso il centro anti violenza. Faccio presente che il policlinico Mangiagalli si trova a cento metri dal consultorio: le psicologhe di questi due servizi si vedono regolarmente e fanno riunioni d'*équipe* sui casi in comune, per quanto servano. Leggo quindi dalla relazione dei servizi sociali che la signora è stata audita insieme al marito e che ha dovuto fare i colloqui congiunti con lui, pur avendo denunciato penalmente l'uomo per violenza sessuale e maltrattamento psicologico (la difende un avvocato dell'associazione). Purtroppo il procedimento penale è lungo ma nel processo civile, che ignora completamente il fatto che è in corso un procedimento penale, non è stato chiesto alle assistenti sociali di non procedere a colloqui congiunti, così come prescritto dalla Convenzione di Istanbul. Le psicologhe del consultorio che dirigo scrivono l'ennesima relazione su questo caso in cui sostengono che il padre è tanto bravo e che ha aderito al progetto degli incontri congiunti (lo credo bene: lui è maltrattante, quindi è vincente negli incontri congiunti con la donna); la donna invece si è presentata una volta sola (certo: dopo essersi presentata e avere visto il marito, la signora ha avuto una crisi di panico ed è stata malissimo). La psicologa del servizio che si trova a cento metri di distanza le ha detto di non presentarsi più perché avrebbero proceduto alle riunioni d'*équipe* e che i colloqui sarebbero stati condotti separatamente. Riunisco la psicologa del centro anti violenza e le psicologhe del consultorio – purtroppo non posso chiamare anche le assistenti sociali – e, forte di tutte le leggi che esistono, provo per l'ennesima volta a spiegare che i colloqui congiunti non si possono fare se c'è violenza. Ma questo non è considerato vero.

La settimana scorsa mi sono recata a Pavia, non nel profondo Sud...

PRESIDENTE. Mi scusi se la interrompo, ma vorrei precisare che la collocazione geografica non conta e Pavia può essere ben più arretrata delle regioni del Sud.

*KUSTERMANN*. Certo, infatti, ma lo dico perché nel Nord Italia si pensa sempre che certe cose accadano solo al Sud, ma io so perfettamente che a Napoli c'è Elvira Reale che ha lavorato benissimo.

Comunque, mi sono recata a Pavia per tenere una lezione per conto della ASL – in Lombardia si chiama ATS, agenzia di tutela della salute – alle assistenti sociali e alle psicologhe dei consultori dei Comuni e in quell'occasione chiedo a chi fa i colloqui congiunti in caso di maltrattamenti di alzare la mano. Non si alza nessuna mano. Poi specifico che non mi riferisco agli incontri in consultorio ma a quelli necessari per stendere le relazioni sulla capacità genitoriale. A quel punto tutti alzano la mano, indicando in questo modo che tutti fanno colloqui congiunti, e mi dicono che quella è la prassi. Io però rispondo che se ci sono delle leggi le prassi si cambiano, ma a quanto pare non è così. Io credevo che fossero poco pronte le psicologhe del mio consultorio e invece tutta Italia continua ad applicare imperterrita questa pratica. Mi sono confrontata su questo anche con le rappresentanti della rete dei centri antiviolenza DIRE mentre viaggiavamo in treno; e anche gli avvocati a cui noi facciamo lezione per il conseguimento del patentino regionale che riconosce la formazione specifica per trattare i casi di violenza domestica ci dicono, nel *follow-up*, che le cose non funzionano nel modo che noi indichiamo.

Quindi, io vorrei che il Parlamento rivolgesse – se può farlo – un invito agli ordini professionali degli psicologi, dei medici e degli assistenti sociali affinché non vengano mai più condotti colloqui congiunti per la valutazione della capacità genitoriale o per la presa in carico dei figli nei casi di violenza domestica.

In conclusione, sono quasi certa di come sarebbe andata a finire la storia in assenza del mio intervento.

PRESIDENTE. Sarebbe stata messa in discussione la capacità genitoriale della madre.

*KUSTERMANN*. E il padre invece sarebbe risultato idoneo.

L'ultima questione che mi hanno chiesto di sottoporre alla vostra attenzione è quella degli orfani di femminicidio. I regolamenti attuativi non sono ancora stati emanati.

PRESIDENTE. Questa è una risposta semplice.

La bozza di regolamento è stata visionata anche dalla Commissione, che l'ha integrata, ed ora è al vaglio del Consiglio di Stato. Ci aspettavamo che venisse approvata in tempi brevi (è stata inviata prima di Natale) e il Consiglio di Stato di solito impiega un mese per esprimersi. Invece, questa volta ha avanzato ben 15 rilievi che sono stati inoltrati al prefetto Cannizzaro del Ministero dell'interno che è colui che sovrintende al



Fondo per le vittime dei reati intenzionali violenti e che, sostanzialmente, è colui che ha scritto materialmente il regolamento, anche se formalmente questo è sotto l'egida del Ministero dell'economia e delle finanze. Ad ogni modo, il prefetto Cannizzaro ci ha allertato in ordine ai rilievi avanzati dal Consiglio di Stato ai quali intende rispondere in maniera puntuale e per questo ci ha detto di avere pazienza.

Quando il regolamento sarà ultimato, verrà trasmesso alle Camere per l'espressione dei pareri. Noi, ovviamente, ci impegniamo, in quanto Senato, ad essere più che rapidi; purtroppo però questo è l'*iter* previsto dalla legge, che è ottima e che stanZIA molte risorse. Nel frattempo, abbiamo esteso il campo di intervento e, quindi, possono essere presentate anche le domande più vecchie.

*KUSTERMANN.* Mi scuso se intervengo di nuovo, Presidente, ma a questo proposito credo che l'indagine volta a definire i soggetti ai quali affidare gli orfani di femminicidio sia fatta veramente molto male. Questi minori sono affidati possibilmente a parenti con cui avevano una relazione, così come accade per qualunque adozione e per qualunque affido. Il problema è che, una volta messa in atto la decisione, non viene effettuato alcun monitoraggio per verificare come stanno i bambini. Nel corso dell'indagine svolta per il Garante dell'infanzia sugli orfani di femminicidio sono emersi episodi che mi hanno indignato. Non è possibile, ad esempio, che se i minori vengono affidati a parenti del padre, che è in carcere perché ha ucciso la madre, non ci sia un monitoraggio ancora più attento.

*PRESIDENTE.* Ora verranno elargite risorse alle famiglie affidatarie. Non voglio pensare male – come si suol dire, a pensar male si fa male, ma a pensar bene si può sbagliare – ma visto che ora è previsto un coinvolgimento economico perché a queste famiglie noi daremo dei soldi che devono essere spesi per mantenere l'orfano e avviarlo su percorsi e processi di autonomia, a maggior ragione sarebbe utile se non indispensabile procedere a un monitoraggio anche su come questo denaro viene speso. Possiamo aggiungere questa considerazione nel nostro parere quando il regolamento tornerà al vaglio delle Camere.

Do ora la parola per il suo intervento alla dottoressa Antonietta Marano.

*MARANO.* Ringrazio la Commissione e la Presidente per avere dato a noi rappresentanti del Sud – anche se io preferisco dire Mezzogiorno – l'opportunità di essere oggi qui presenti e partecipare alla discussione: si può infatti leggere, studiare e apprendere in rete, ma ascoltare dal vivo le testimonianze degli altri naturalmente fa molto più piacere.

Sono un dirigente medico, responsabile del Centro Dafne e del percorso di refertazione psicologica.

Vi anticipo che il mio intervento sarà molto sintetico perché la sintesi è stata sempre la base del mio comportamento, anche nel mio precedente lavoro.

La nostra storia – come, immagino, quella di tutti – ha avuto inizio dalla volontà e dall'impegno di un gruppo di persone, medici e infermieri, che, avendo come punto di riferimento regionale la dottoressa Reale con le sue esperienze di psicologia clinica, sono state coinvolte in un processo di formazione iniziato nel 2009 all'ospedale San Paolo incentrato sull'accoglienza delle vittime in pronto soccorso con inquadramento non solo medico ma anche psicologico.

Mi scuso se ripeto argomenti che forse voi già conoscete ma che per me sono importanti perché, a partire dagli anni 2008-2009, hanno consentito a noi operatori medici e infermieri di essere formati per condividere e acquisire un'esperienza e una consapevolezza basilari per il rapporto di pronto soccorso.

In aggiunta a tale esperienza, vi è stata anche una sollecitazione da parte della Regione che ci ha chiesto di fornire il numero dei casi di violenza sessuale – ci si limitava solo a quella – avvenuti nel 2014. All'epoca io ero già distaccata alla direzione sanitaria e, dopo un'indagine, ho risposto che i casi di violenza sessuale registrati in quell'anno erano quattro, casi che peraltro mi hanno lasciato sgomenta perché, acquisendo agli atti il referto ginecologico, ho avuto modo di scoprire che la vittima era illibata (uso un aggettivo esagerato), cioè non aveva ecchimosi o altri segni di violenza. Questo ha scatenato in me una rabbia enorme che mi ha indotto a sollecitare la direzione ad istituire, a seguito di un corso di formazione cui hanno partecipato molti operatori, un gruppo di lavoro per un PDTA, cioè un percorso diagnostico terapeutico assistenziale; per l'occasione è qui presente anche un'operatrice del pronto soccorso che dirige la parte infermieristica e che, essendo prima attrice in questo ambito, ha molta esperienza sul campo. Era molto importante che per questo percorso fossero indicati con precisione i singoli passaggi di accoglienza in modo da rendere omogenei i comportamenti di tutti gli operatori che avrebbero preso in carico le pazienti.

Da questa esperienza, come avviene solitamente in tutte le attività di questo tipo, è nato un percorso che, pur essendo in atto già dal 2014, si è concretamente realizzato con l'istituzione del Centro Dafne, che voi tutti conoscete.

Il Centro Dafne è una struttura di accoglienza e di refertazione psicologica delle vittime, anche differita, con il quale la ASL ha instaurato un rapporto di collaborazione. Ci siamo infatti resi conto che il problema fondamentale era la mancanza di formazione che faceva sì che i colleghi di pronto soccorso dell'ospedale Cardarelli (che, come sapete, è un punto di riferimento regionale), a fronte di un evento che non fosse di violenza domestica di tipo fisico e, quindi, in presenza di una paziente in evidente stato di agitazione, ansia o angoscia ma priva di lesioni, mandassero indietro la vittima. Questo non era accettabile.

Tutti abbiamo fatto squadra, abbiamo fatto formazione a tutto il personale medico e infermieristico del pronto soccorso, ognuno per le proprie competenze, e abbiamo ottenuto un risultato che, a mio avviso, è eccezionale: la prognosi per uno stato di ansia e di emotività – la definisco in questo modo perché non è compito nostro, in qualità di medici, valutare lo stato psichico della persona – va comunque oltre i sette giorni.

Questo ci ha consentito di essere oggi un centro di riferimento regionale per la formazione del personale di tutte le altre strutture ospedaliere e di portare la nostra esperienza in tale ambito e non solo. Qualcuno prima parlava del Nord; ebbene, noi abbiamo fatto formazione intraospedaliera, formazione regionale e stiamo facendo formazione anche a Trento, chiaramente sulla base di rapporti istituzionali. Da noi sono venuti dirigenti e operatori di Trento che abbiamo accompagnato passo dopo passo nel nostro percorso, che è comunque ancora giovane rispetto all'esperienza toscana, dato che concretamente abbiamo iniziato nel 2014. Quegli operatori sono rimasti molto entusiasti anche dell'organizzazione delle procedure di accoglienza che prevedono ovviamente stanze dedicate. Gli ambienti non sono colorati di rosa perché non volevamo che il percorso fosse etichettato con le semplici iniziali PR; abbiamo invece scelto di realizzare una presa in carico consapevole e cosciente della persona che arriva da noi.

Pertanto, a partire dal 2014 dai quattro registrati in quell'anno, i casi di violenza sono gradualmente aumentati: nel 2019 ne sono stati registrati quasi 280, anche se non sempre si è trattato di violenza sessuale.

Esiste però ancora un limite ed è quello che riguarda l'accoglienza con ascolto e referto psicologico delle vittime di violenza. Come voi sapete, la nostra azienda non dispone di figure dedicate. Questa è una prima istanza che mi permetto di sollevare per far sì che venga eventualmente resa nota a tutti a livello nazionale: noi non abbiamo psicologhe. Attraverso una sorta di protocollo d'intesa con un'associazione, siamo riusciti ad organizzare il Centro Dafne che può dare appuntamenti su tre giorni a settimana, dalle 9 alle 13, anche in differita, rilasciando una refertazione che in Campania, con il procuratore D'Avino, è stata asseverata già a partire dal 2012.

Quindi, accanto ai punti di forza abbiamo questa difficoltà, che sicuramente ci vede un po' deficitarie perché, anche se la convenzione viene rinnovata ogni biennio, si tratta sempre di un rinnovo di protocolli d'intesa.

In questo momento è necessario mettere in evidenza anche le problematiche relative agli operatori: un pronto soccorso come quello dell'ospedale Cardarelli fa salti mortali per adeguare i comportamenti a quanto previsto dalle linee guida. La squadra che abbiamo in pronto soccorso è allenata, attrezzata in modo tale che nel momento in cui la persona arriva al *triage* del pronto soccorso, vi è un supplemento di personale infermieristico che si distacca dalla sua azione per sostenerla e sostenere anche chi ha assistito alla violenza, cioè i bambini, e a tale proposito tutte le proposte e le richieste avanzate in materia di violenza assistita mi vedono d'accordo. In particolare, dunque, nel pronto soccorso dell'ospedale Car-

darelli, dove il numero di accessi, come sapete, è enorme e dove si registrano difficoltà maggiori rispetto ad altri pronto soccorso, una unità si dedica alla donna vittima di violenza, con un infermiere appositamente formato, e quando c'è violenza assistita si distacca anche una seconda figura che conduce la vittima minorenne in un'altra zona riservata, magari anche la propria stanza di lavoro, per distrarla e tutelarla.

Gli aspetti fondamentali sono quindi la formazione e la rete sia ospedaliera che extraospedaliera. Noi facciamo formazione anche agli iscritti di alcuni ordini professionali, tra cui quello dei giornalisti con i quali spesso ci incontriamo. In Campania sono attivi anche sportelli nei luoghi di lavoro per poter fare prevenzione anche sullo *stalking*. Infatti, la violenza che arriva al pronto soccorso è solo la punta di un *iceberg*: quando arriva significa che il percorso è iniziato anni prima. Per questo la prevenzione è fondamentale e viene fatta attraverso l'informazione nei luoghi di lavoro, non solo tra gli operatori addetti al pronto soccorso ma anche tra gli operatori presenti in altri settori che non hanno un'esperienza diretta come quelli della medicina d'urgenza. Ad esempio, attraverso i corsi vengono informati e formati anche gli operatori della comunicazione. Recentemente abbiamo avuto un incontro con molte persone della Rai dove lavorano anche alcuni avvocati che ci hanno chiesto di poter seguire i corsi al fine di conoscere e individuare il problema e diffondere la nostra esperienza che è ampia proprio come quelle che sono state rappresentate oggi in questa sede.

Sono disponibile a rispondere alle domande, ma prima di concludere vorrei far presente che abbiamo individuato una specifica cartella informatizzata di cui stiamo deliberando la revisione per adeguarla alle linee guida nazionali. In questa cartella, elaborata dal gruppo di lavoro, abbiamo inserito la scheda di valutazione del comportamento e del rischio e contiene una serie di quesiti a risposta chiusa relativi a tutti gli aspetti della situazione di violenza che la vittima ha vissuto e ai quali questa deve rispondere con un semplice sì o no, per evitare che si verifichi l'esperienza che purtroppo ho avuto modo di vivere quando non esisteva alcun esame obiettivo che potesse tracciare determinati segnali.

PRESIDENTE. Do la parola alla dottoressa Alda Centolani per il suo intervento.

CENTOLANI. Sono Alda Centolani, un medico del pronto soccorso dell'ospedale di Ravenna all'interno del quale sono responsabile del percorso violenza.

Cedo per il momento la parola alla mia collega Tiziana Iervese, responsabile del percorso violenza della AUSL Romagna per una introduzione generale. Interverrò poi in un secondo momento per raccontarvi la prima linea.

IERVESE. Signora Presidente, la nostra è una grande azienda che nasce nel 2013 dall'unificazione delle ex aziende di Forlì, Cesena, Ravenna

e Rimini; di conseguenza, sono state unificate anche le diverse procedure che erano in essere nei vari pronto soccorso che organizzavano l'accoglienza delle vittime di violenza. Questo processo ha chiaramente rappresentato un bell'allenamento, soprattutto perché ci ha portato a valutare i punti di forza e i punti di debolezza di ogni strategia, convivendo però con le precedenti organizzazioni territoriali.

Come diceva prima la collega, parlare di centri di primo livello è semplice quando le risorse sono molte e quando si è in un contesto *hub*, ma far funzionare nella realtà le procedure all'interno di percorsi che hanno inevitabilmente dei limiti – a livello di risorse umane e materiali – è molto più complicato.

Nel corso della nostra bella esperienza abbiamo formato tutti gli operatori di pronto soccorso. L'Emilia-Romagna è stata particolarmente sensibile e ha elaborato un percorso FAD che si è svolto nel corso di un intero anno e che ci ha permesso di fare il punto della situazione.

Assistiamo circa 900 donne come accessi in Area vasta Romagna, un'area costituita da 73 Comuni per un milione e 100.000 abitanti che aumentano sensibilmente di numero nel periodo estivo per l'affluenza di turisti sul litorale. Sono prevalentemente casi di violenza domestica dichiarata – con una variabilità che va dal 35 al 40 per cento – con *offender* identificato nel convivente o nell'ex marito ma anche in altri membri della famiglia.

Monitoriamo i casi di violenza sessuale e anche di violenza assistita.

Il nostro protocollo non è finalizzato soltanto alla tutela del mondo femminile perché stiamo monitorando anche le violenze nei confronti dei disabili e delle categorie più fragili: infatti, anche noi, purtroppo, abbiamo osservato che nella popolazione anziana, e non solo femminile, la violenza è una triste realtà.

Vorrei ora brevemente concentrare l'attenzione sui punti di forza e sui cambiamenti intervenuti, facendo riferimento a quanto è stato detto in apertura della seduta odierna e illustrandovi, dunque, cosa abbiamo fatto dal momento in cui sono state emanate e pubblicate le linee guida e di indirizzo.

Poiché avevamo già attivato un percorso di area vasta, avevamo anche già recepito nella nostra procedura molte di quelle indicazioni che poi sono state successivamente formalizzate e questo, chiaramente, è stato per noi di grande aiuto. Ad ogni modo, le stesse linee guida sono oggetto di discussione in Regione ai fini del loro recepimento, tenendo conto di quello che la Regione ha da offrire e degli assetti organizzativi regionali. Si tratta di un lavoro in corso di svolgimento e si sta anche discutendo della possibilità di estendere la prassi della refertazione psicologica che nella nostra realtà, quella dell'Area vasta Romagna, è stata avviata già da tempo. Ma di questo parlerà la dottoressa Nanni.

Per quel che riguarda invece i punti di fragilità, per i quali rinvio all'intervento della dottoressa Centolani, in qualità di medico di pronto soccorso posso affermare che viviamo perennemente il problema della continuità degli operatori che vengono formati: subiamo un ricambio di perso-

nale dell'ordine del 25 per cento l'anno e questo rappresenta un grosso problema. Si dà per scontato che i percorsi sono fluidi ma, nella realtà, la logistica rischia di rappresentare una forte problematica. Gli ospedali non sono fatti tutti nella stessa maniera e questo comporta uno sforzo per l'individuazione di spazi e personale adeguati. Spesso i percorsi vengono gestiti e intrapresi con poche risorse, cioè contando sull'impegno del personale stesso.

Anche noi abbiamo attivato un *focus* per affrontare il problema della violenza assistita; conseguentemente abbiamo cercato di sviluppare dei percorsi virtuosi, soprattutto con il personale delle pediatrie. Abbiamo cercato di rafforzare la rete esterna attraverso delle sinergie, ma su questo è necessario essere estremamente vigili e attenti.

Lascio ora la parola alle dottoresse Alda Centolani e Rachele Nanni, per la parte relativa alla refertazione.

*CENTOLANI.* La AUSL Romagna è fortunata perché nel 2017 sono stati uniformati i percorsi dei singoli ospedali e in questo modo è stato realizzato un percorso unico, facile, che, come ricordavano prima le colleghe, garantisce l'immediatezza della presa in carico in un luogo in cui avviene la prima accoglienza della donna vittima di violenza, laddove questo è possibile (e a Ravenna lo è).

Non abbiamo una stanza rosa in cui poter eseguire tutte le consulenze, ma abbiamo una visione «pazientecentrica» del problema. Quindi, la paziente viene accompagnata in un luogo dal quale non viene ulteriormente spostata: è infatti il consulente che si reca da lei e non il contrario. Inoltre, viene visitata una volta sola e non più volte.

La nostra grande difficoltà, come ha appena ricordato la dottoressa Iervese, è la formazione costante e la sensibilizzazione degli operatori. Siamo in costante difetto di medici e in costante ricambio di medici. Inoltre, abbiamo incontrato una difficoltà culturale infinita nell'insegnare certe metodologie a tutti. Faccio presente che in Romagna non esiste il codice rosa: viene infatti assegnato un codice giallo ad un paziente con una appendicite acuta per la quale si corre in sala operatoria ma anche ad una donna che racconta di avere preso un ceffone il giorno prima. Questo ha richiesto un cambiamento culturale assai difficoltoso perché abbiamo dovuto convincere gli infermieri del *triage* che anche un caso come quello è un codice giallo che richiede, pertanto, un accesso veloce. Ma credo che questo sia stato un problema per tutti. Ad ogni modo, da noi la donna viene immediatamente accompagnata in una stanza dove ha inizio il percorso di accoglienza e non viene mai lasciata sola. Questa è stata una grande vittoria.

Una grossa difficoltà è la disponibilità del personale medico e infermieristico. Tenete presente che l'ospedale di Ravenna ospita un grande pronto soccorso che registra circa 90.000 accessi l'anno, cioè dalle 250 alle 300 persone al giorno. Le donne vittime di violenza, maltrattamento e abuso sono 250-260 l'anno. Quindi, nel mezzo della presa in carico di pazienti con infarto, *stroke* o aneurisma rotto, qualcuno si ferma, rico-

nosce la donna vittima di violenza, l'accompagna, redige correttamente la scheda di pronto soccorso ed esegue tutto il percorso ben codificato e uniformato relativo alla procedura aziendale PA 109, per giungere poi al risultato finale dato da una scheda di pronto soccorso utilizzabile in sede giuridica. Ci hanno insegnato nel corso degli anni, e noi l'abbiamo imparato, cosa scrivere e cosa non omettere nella scheda di pronto soccorso. Se confrontiamo le nostre schede di dieci anni fa con quelle attuali, ci accorgiamo che sono completamente cambiate. Abbiamo imparato: è stato necessario un porta a porta costante e quotidiano, ma lo abbiamo fatto. Abbiamo imparato a fare le fotografie, in modo da non sbagliare più, abbiamo imparato ad accogliere umanamente la donna, a creare un percorso e a redigere una scheda di pronto soccorso che fosse finalmente ben utilizzabile. Abbiamo così previsto alla fine di questo percorso la refertazione psicologica, di cui parlerà la dottoressa Nanni, che è uno *step* ulteriore che prima non avevamo. Siamo stati formati e aiutati in questo passaggio, in modo da mettere a disposizione della donna un altro strumento utile al suo accompagnamento nel percorso giudiziario.

Siamo un'isola abbastanza felice. Ci siamo riusciti. Se ci fossero più medici sarebbe possibile fare una migliore formazione e ci sarebbe dunque più facilità nell'approccio e nell'accoglienza delle donne in un percorso corretto: infatti, ogni arrivo di un nuovo medico comporta la realizzazione di un nuovo corso; viceversa, ogni medico che se ne va, è un medico che sapeva fare e che non c'è più. La scarsità di medici e il *deficit* cronico di queste figure crea problemi in tantissimi aspetti, compreso questo.

Prego la dottoressa Nanni di proseguire l'illustrazione del progetto.

*NANNI.* Nel nostro contesto la refertazione psicologica si inserisce all'interno di una procedura aziendale molto più ampia, la PA 109, a cui è stato già fatto riferimento. Per la verità, noi siamo debitrice nei confronti dell'esperienza di Napoli e della formazione che la dottoressa Elvira Reale ha fatto alle nostre professioniste aziendali.

Sono la responsabile del programma aziendale di psicologia e quindi coordino il gruppo professionale che fin dal 2015 è stato formato dall'*equipe* della dottoressa Reale per una prima sperimentazione della procedura di refertazione, inizialmente presso l'ambito territoriale della provincia di Ravenna (comprensivo dunque di Lugo e Faenza). Dal 2018 tale sperimentazione è stata estesa a tutto il territorio aziendale e quindi anche ai territori di Forlì, Cesena e Rimini. Preciso che, a differenza dell'esperienza napoletana, lavorano con noi professioniste aziendali, interne ai servizi, dipendenti a tempo indeterminato, che abbiamo quindi cercato di formare in modo da avere un patrimonio professionale consolidato nel tempo.

**PRESIDENTE.** Quindi, non avete fatto una convenzione con un centro esterno?

*NANNI.* No, abbiamo tutti professionisti interni, dipendenti dell'azienda.

Ovviamente si è trattato di uno sforzo notevole che la nostra azienda ha compiuto proprio per potersi garantire una stabilità di competenze e un loro approfondimento nel tempo. Vedremo poi come poterle supportare e sostenere, perché sicuramente il problema del personale è molto cogente.

Vorrei intervenire brevemente sull'importanza di questa procedura e sulle ricadute che abbiamo visto avere sulla sperimentazione.

Sicuramente il valore aggiunto della refertazione è costituito dal tempo e dallo spazio che vengono dati alla donna, in modo libero. La donna accede infatti a questo spazio e a questo tempo su proposta del medico di pronto soccorso ma sulla base di una scelta del tutto personale e autonoma di avvalersene o meno. In questo modo si procede ad un approfondimento di tutti gli elementi contestuali e dei fattori di rischio che in molti casi non emergono nel momento acuto. La donna, infatti, arriva al pronto soccorso in condizioni fisiche di vario tipo. L'urgenza è quella di garantirle un'assistenza sul piano anche fisico, oltre che del contenimento emotivo, ma non sempre in quel momento viene da lei esplicitata una serie di circostanze, pure rilevanti; è in un tempo successivo, invece, dedicato al colloquio psicologico, che emergono aspetti che magari possono configurare un reato estremamente più grave di quello configurato in una prima analisi. Può emergere, ad esempio, la reiterazione delle minacce, la presenza in casa di armi, precedenti tentativi di aggressione, come uno strangolamento, in generale aspetti che in prima battuta non erano emersi o che non erano comparsi in maniera così chiara nel referto medico.

Tutto questo consente quindi un approfondimento estremamente più articolato che ovviamente facilita e arricchisce anche il percorso giudiziario. Abbiamo infatti un contatto diretto con le procure dei nostri territori alle quali viene indirizzato il referto medico; a questo va quindi abbinato e allegato anche il referto psicologico che aiuta ad approfondire la situazione, consentendo anche l'adozione di provvedimenti assai più rapidi, contestuali e veloci.

Abbiamo quindi riscontri molto positivi sia da parte delle procure dei nostri territori sia da parte delle camere penali dei nostri tribunali, con cui abbiamo scambi e informative che ci confermano di avere apprezzato molto l'introduzione di questa modalità.

L'altro aspetto, che esula dal percorso giudiziario ma che secondo me non è di secondaria importanza, è che questo tempo concesso alla donna che le consente un approfondimento del proprio vissuto soggettivo, spesso le dà anche la possibilità di recuperare una maggiore consapevolezza anche dei vari elementi del rischio che corre, elementi di cui non sempre la donna ha piena contezza. Questo tempo è dunque dedicato a lei in un momento peritraumatico ma non contestuale alla fase emergenziale. Voglio infatti precisare che il referto non viene redatto quando la donna arriva al pronto soccorso: la segnalazione arriva in quel momento, ma il colloquio è svolto solitamente nella settimana o nei dieci giorni che seguono l'accesso in pronto soccorso. Si tratta di una scelta metodologica che consente alla donna innanzitutto di far decantare la decisione di avvalersi o



meno di questo supporto, arrivando dunque alla refertazione psicologica con la consapevolezza di ciò che desidera fare. In tal modo le si dà anche la possibilità di dedicare del tempo alla registrazione accurata di tutti gli antecedenti all'episodio che l'ha portata a rivolgersi al pronto soccorso e alla valutazione di tutti i fattori di rischio, che eventualmente vanno segnalati alla procura.

La refertazione psicologica, quindi, costituisce per noi uno strumento molto importante che può essere introdotto all'interno delle procedure e delle linee di indirizzo e che anche la nostra Regione sta accogliendo e sta valutando di estendere a tutto il territorio.

Voglio poi fare anche un'ulteriore precisazione. La refertazione psicologica acquisisce un valore nel momento in cui esiste una rete efficace: se la rete tra ospedale e territorio è ben funzionante e non lascia sola la vittima nella situazione di violenza questo metodo rappresenta un valore aggiunto. Questo è possibile, ripeto, solo laddove c'è un forte e consolidato rapporto tra ospedale, servizi sociali, centri antiviolenza e territorio, un rapporto che consente poi un accompagnamento della vittima nel tempo, dal punto di vista assistenziale, psicologico e legale. La refertazione psicologica, in sintesi, non ha ragion d'essere se non all'interno di un percorso di questo tipo; diversamente, se effettuata al di fuori di questa cornice protettiva, rischierebbe di essere controproducente. Voglio precisarlo perché la refertazione psicologica si differenzia non solo dal contenimento emotivo che già svolgono gli infermieri e i medici del pronto soccorso, quindi in una procedura di contenimento in acuto, ma anche dall'eventuale percorso di sostegno terapeutico che accompagnerebbe la donna nell'elaborazione del suo vissuto traumatico. La refertazione psicologica è un'altra cosa, ovvero una fotografia dello stato mentale peritraumatico inteso come *stress* acuto o come disturbo da *stress* postraumatico, è una raccolta sistematica di tutti i fattori di rischio e un approfondimento di tutte le condizioni che la donna ha vissuto e sta vivendo in quel momento. Tutto ciò ha una valenza che accompagna la parte medico-legale.

PRESIDENTE. Do ora la parola alla dottoressa Bozzaotra.

**BOZZAOTRA.** Sono una psicologa della sanità pubblica, lavoro nell'azienda sanitaria locale Napoli 1 Centro da circa trent'anni e dal 2012 mi occupo stabilmente, insieme ad altre colleghe, del contrasto alla violenza di genere. Nella ASL Napoli 1 Centro è stato ripreso tutto il lavoro messo a punto dalla dottoressa Elvira Reale, più volte citata nella presente audizione, che è stato implementato e portato avanti.

Abbiamo già consegnato agli Uffici della Commissione le linee guida sulla refertazione psicologica che viene effettuata da più di dieci anni nei reparti di pronto soccorso dei presidi ospedalieri di Santa Maria di Loreto e San Paolo e nell'azienda ospedaliera Cardarelli. Nell'azienda sanitaria locale Napoli 1 Centro il referto psicologico viene redatto a cura di dirigenti psicologhe assunte a tempo indeterminato. Si tratta quindi di un ser-

vizio che non è stato esternalizzato. Anche da noi questo referto viene redatto nei giorni successivi all'accesso della donna in pronto soccorso, ma può anche accadere che venga compilato nella stessa giornata.

Le linee guida che vi abbiamo consegnato sono state recepite dal consiglio dell'Ordine degli psicologi della Regione Campania – è stato uno degli ultimi atti della mia presidenza – e sono state riconosciute come *best practice* nell'ambito del contrasto alla violenza contro le donne; inoltre, la Regione Campania le ha recepite, adottate ed estese come prassi da utilizzare nei reparti di pronto soccorso degli ospedali della Regione.

Vorrei poi comunicarvi un'ulteriore buona notizia che mi ha appena dato la dottoressa Reale: tra breve, presso l'università Vanvitelli, la seconda università di Napoli, partirà la terza edizione del *master* per il contrasto alla violenza di genere che, così com'è accaduto nelle edizioni precedenti, sarà molto centrato sulla refertazione psicologica. È un dato molto importante anche per quello che dicevamo poc'anzi a proposito della formazione che ritengo essere un punto centrale. È vero infatti che non abbiamo operatori formati nella refertazione e nella visione di genere, ma è anche vero che non si riesce in generale ad inquadrare la questione della formazione dal punto di vista di genere. Noi ci occupiamo di formazione degli operatori e, a proposito di maltrattamenti, di violenza assistita e di violenza domestica, di cui parlava prima la dottoressa Kustermann, ultimamente abbiamo lavorato con pediatri di libera scelta e con neuropsichiatri infantili e con loro abbiamo messo a punto proprio il problema di decifrare le psicopatologie che vengono diagnosticate nei centri di neuropsichiatria come sintomi di violenza domestica e di violenza assistita. Questo per noi è importantissimo. Infatti, una delle iniziative che mi è venuta in mente mentre vi ascoltavo è quella di ripetere l'esperienza fatta presso l'università Federico II, quando chiedemmo di dedicare alcune ore di un *master* alle differenze di genere e, quindi, alle pari opportunità: forse si potrebbe pensare ad organizzare delle ore di approfondimento sulla salute di genere in ambito ECM, l'educazione continua in medicina. Questo potrebbe essere anche un modo per bypassare certe questioni, perché non è tanto importante la formazione per imparare come si fa il referto psicologico quanto la formazione che insegna ad avere una visione che permetta di inquadrare gli effetti sulle donne di un maltrattamento durato nel tempo. La questione, infatti, non è quella di guardare solamente agli effetti psicologici della violenza ma anche alla violenza psicologica e noi abbiamo bisogno di inquadrare in maniera molto precisa questi due aspetti e di mantenerli abbastanza distinti anche se assolutamente non separati.

Credo che il referto psicologico presenti moltissimi punti di forza. Quello che mi sembra più importante sottolineare anche a questa Commissione è che esiste, a mio avviso, la possibilità di fare una distinzione tra le azioni di contrasto che sono a carico del Servizio sanitario nazionale e le azioni di contrasto che sono in capo ai centri antiviolenza e, quindi, al sistema sociosanitario. Tale operazione di distinzione, insieme alla possibilità di applicare lo strumento del referto, ci permette di avere dei servizi

dedicati che facciano una fotografia di ciò che accade in un dato momento e questo è importante perché consente di distinguere le competenze del Servizio sanitario nazionale e quelle del circuito sociosanitario.

PRESIDENTE. Do la parola alla dottoressa Ricciardelli.

*RICCIARDELLI.* Sono Ester Ricciardelli, psicologa della sanità pubblica da quasi trent'anni. Lavoro ormai da molto tempo insieme alla collega Antonella Bozzaotra presso la ASL Napoli 1 Centro e dal 2012 con lei e con le altre colleghe abbiamo cominciato l'avventura della refertazione psicologica nei reparti di pronto soccorso.

A Napoli ho lavorato sia al San Paolo che al Santa Maria di Loreto Mare, anche con Elvira Reale, prima che andasse in pensione e aprisse il Centro Dafne presso l'ospedale Cardarelli. Sono quindi stata testimone della sua esperienza che portiamo avanti, implementandola.

Anch'io sarò molto breve, perché sono già state dette molte cose, tutte interessanti.

Penso che l'aspetto più importante della refertazione riguardi proprio la possibilità di fotografare la violenza psicologica. Naturalmente, siamo sempre molto colpite dagli aspetti più eclatanti della violenza di genere, come l'atto di femminicidio che ha un'eco sociale molto ampia, ma sappiamo anche che la violenza psicologica può esistere anche da sé, può essere estremamente lesiva anche da sola, oltre ad essere elemento precursore di tutti gli altri tipi di violenza.

Mentre ascoltavo gli interventi delle colleghe che mi hanno preceduto mi è venuto in mente il caso di una paziente, da me refertata qualche anno fa, che non aveva mai subito alcun tipo di violenza fisica, ma che subiva violenza economica. La donna era vittima di una forma di violenza psicologica che si consumava da quarantacinque anni di vita in comune con un uomo (era una donna anziana) il quale, come tutti gli autori di violenza, aveva lavorato molto di fino: le rivolgeva sempre espressioni che la svalorizzavano, le diceva che non valeva niente, che non era buona come madre, che non era buona come donna, che non era capace a fare nulla; le diceva che se fosse stato al posto suo, si sarebbe tolto di mezzo, si sarebbe ucciso e a sostanziare questo invito (definiamolo così) aveva anche messo una sedia sul terrazzo di casa, che doveva stare sempre lì qualora lei avesse voluto metterlo in pratica. Adesso a noi questo può anche far sorridere ma, se ci pensiamo, è una dimensione terribile in cui vivere.

La violenza psicologica può esistere quindi anche da sola ed avere effetti lesivi. Non voglio citare ora tutti i lavori della medicina di genere che dimostrano che la violenza strutturata e ripetuta nel tempo produce una serie di patologie che spesso non sono associate alla violenza di genere. Voglio però riportarvi una storia terribile dalla quale ometto gli aspetti identificativi. È una vicenda recente, oggetto di un lavoro che stiamo conducendo con una paziente che ha subito una violenza sessuale nell'ambito di un rapporto in cui maggiore è la discrepanza di potere, quello medico-paziente. Questa donna, dunque, è stata vittima di violenza

sessuale in questo tipo di relazione. Non limitandoci a fotografare quel rapporto ma addentrandoci nella sua dimensione relazionale, si capisce come la violenza psicologica abbia avuto un forte rilievo ed abbia costituito il tessuto precursore – per così dire – della violenza sessuale. La donna si era rivolta a un medico per una sospetta patologia neoplastica al seno; sua madre era stata malata di cancro, quindi lei aveva una sensibilità sicuramente molto marcata rispetto a questo rischio e quel medico lentamente ha giocato proprio sulla sua paura dicendole che effettivamente c'erano degli elementi che dovevano essere approfonditi e che, quindi, doveva visitarla anche in altre parti del corpo. Così l'ha visitata in maniera estremamente invasiva. Le aveva fatto fare anche una risonanza magnetica con mezzo di contrasto – di cui poi è stata evidenziata la totale inutilità – proprio per costruire una dimensione di asservimento, di assoggettamento psicologico entro cui poter collocare, con molta *nonchalance* e disinvoltura, la violenza sessuale.

Ho voluto raccontarvi questa vicenda perché è uno spaccato che rappresenta in piccolo, cioè nel breve periodo, una situazione di violenza psicologica acuta.

Ci chiediamo però – e con questo mi collego anche a quello che diceva prima la dottoressa Kustermann – come mai poi queste donne che subiscono violenze così terribili spesso ritrattino le denunce. Come mai tornano a vivere con chi ha usato violenza contro di loro? È chiaro che a questo punto bisogna intervenire anche sul maltrattante. Nella ASL Napoli 1 Centro abbiamo organizzato un centro di ascolto per uomini autori di violenza, quindi sappiamo bene che, pur essendo la punibilità del maltrattante fuori di dubbio, l'aspetto sanzionatorio non è sufficiente; è necessario ma naturalmente non è sufficiente.

Dunque, perché le donne ritrattano? Perché tornano a vivere con questi uomini? Perché, come dicevo prima, il maltrattante negli anni ha lavorato di fino e, attraverso una violenza psicologica incredibile, ha creato quella dimensione di svalorizzazione, di autoaccusa, di fragilità, di incapacità dentro la quale la donna ha costruito sé stessa. In qualche modo le ha cucito addosso una sorta di vestito nel quale poi la donna, suo malgrado, finisce per sentirsi se non a proprio agio (perché, naturalmente, c'è sofferenza e dolore) comunque adattata, un vestito nel quale vive e che è difficile togliersi di dosso.

Il punto di forza del referto – e a tal proposito riprendo quanto riferito in merito dalle colleghe dell'Emilia-Romagna – non è tanto la fotografia che esso fa degli aspetti psicologici della relazione nella quale si addentra, non è solo la sua capacità di dare una visibilità tridimensionale a tale relazione o di far emergere tanto l'episodio acuto quanto l'intera storia di violenza, una storia relazionale entro cui il singolo episodio piano piano si è costruito rendendo poi possibile tutte le altre forme di violenza; il punto di forza del referto è dato anche dalla sua capacità di permettere alla donna di compiere il primo passo verso un riconoscimento, il tutto attraverso una narrazione a quattro mani (la donna vittima e l'operatrice, cioè la psicologa che raccoglie il suo racconto) di una storia che progressivamente mette

sempre più in evidenza la sopraffazione, l'abuso, la violenza che si è costruita negli anni. Tante volte, infatti, è accaduto nell'esperienza di tutte noi che, al termine di questi racconti, che partono dall'episodio acuto ma che poi approfondiscono i singoli eventi, costruendo una anamnesi della storia di violenza, le donne vivono un momento di rivelazione di quello che hanno subito e la loro sensazione è quasi di incredulità, come a chiedersi: è possibile che io abbia subito tutto questo? Il referto, dunque, consente questo primo riconoscimento che è il passaggio che poi apre al cambiamento. Questo è sicuramente il punto di forza del referto.

Poi nei reparti di pronto soccorso ci sono anche punti di fragilità e di debolezza riconducibili, come avevano già sottolineato le colleghe che mi hanno preceduto, alla mancanza di formazione del resto del personale.

Nella ASL di Napoli 1 Centro abbiamo organizzato due momenti di formazione che però erano su base volontaria. Per questo poi ci troviamo a combattere episodi come quello che si è verificato proprio ieri. Ricevo il referto di una paziente, dimessa con una prognosi di quindici giorni, che al medico di pronto soccorso aveva riferito che la violenza dell'ex marito era reiterata e che si verificava quasi con regolarità. L'operatore del *triage*, che ha il compito di compilare una scheda in cui deve risultare il numero di telefono della paziente, ha però omesso di trascrivere questo numero. Dunque, questa donna ora è irraggiungibile.

Tutto ciò crea ovviamente un *vulnus* nella relazione di fiducia. Noi facciamo tante campagne di informazione per dire alle donne che ci sono persone che le ascoltano, operatori, medici, psicologi, assistenti sociali che sono pronti ad aiutarle e ai quali devono affidarsi, ma poi casi come questo che vi ho raccontato fanno risultare i nostri inviti assolutamente falsi. È questo ciò che è stato fatto ieri con quella donna, una donna che è stata anche indirizzata al centro antiviolenza ma che noi non potremo mai ricontattare.

Poi c'è anche tutta la serie degli aspetti medico-legali, molto critici, su cui cerchiamo di fare leva nel momento in cui lavoriamo in pronto soccorso. Ieri sono andata in pronto soccorso proprio per dire al primario che in questo caso c'è un aspetto medico-legale molto serio da valutare: se, infatti, la reiterazione delle azioni violente nei confronti di questa donna dovesse proseguire fino a un episodio cruciale, vi sarà comunque traccia del fatto che la vittima si è recata in quel pronto soccorso, che è stata inviata a un centro antiviolenza, ma che poi non è mai stata chiamata e questo a causa di una incompetenza che però dipende da una mancanza di formazione continua degli operatori di *triage*.

*DORETTI.* Mi scusi, signora Presidente, se aggiungo un'osservazione.

Visto che abbiamo parlato tanto di formazione, ricordo a lei e alle commissarie che, dopo una prima sperimentazione fatta alcuni anni fa con l'Istituto superiore di sanità e il Ministero della salute a cui sia la dottoressa Kustermann che il mio gruppo abbiamo partecipato come esperti, sta per avere inizio una FAD, cioè una formazione a distanza, sulla violenza di genere, promossa dall'Istituto superiore di sanità che durerà fino al mese

di giugno; si tratta di una formazione indirizzata proprio agli operatori, anche se per la tipologia delle materie sarebbe stata preferibile una formazione *blended*, cioè un po' FAD e un po' *de visu*. A tale formazione partecipano anche referenti di ogni Regione, e poiché l'investimento sia economico sia di tempo è stato elevato speriamo che le risposte che arriveranno dal pronto soccorso saranno buone. Gli operatori parteciperanno dai loro *computer*: non è tanto, ma è sicuramente un inizio importante. La FAD contiene videolezioni che magari potranno essere incrementate con la partecipazione delle professioniste e dei professionisti della sanità locale. Ad ogni modo la FAD è veramente fondamentale e vorrei sollecitare la Conferenza Stato-Regioni e i vari referenti regionali a considerarla come un'ottima occasione che peraltro assegna anche tantissimi crediti ai partecipanti.

PRESIDENTE. Può senz'altro inviare a noi questa sua sollecitazione che provvederemo a inoltrare alla Conferenza Stato-Regioni.

Relativamente ad alcune osservazioni della dottoressa Kustermann sulla responsabilità genitoriale, vorrei informarvi che questa Commissione ha avviato un'indagine *ad hoc* sulla messa in discussione della responsabilità genitoriale nei processi civili in cui si concentra la questione dell'affido dei minori e si consuma la gran parte di questa problematica. Noi abbiamo agito inviando a tappeto ai presidenti di tutti i tribunali e di tutte le procure, anche dei minori, così come di tutti i tribunali di sorveglianza, un questionario molto articolato in merito alla questione della responsabilità genitoriale. È un questionario che investe tutti i gradi e le sedi del giudizio proprio perché quello a carico degli uomini maltrattanti è un procedimento che si svolge prima, durante e dopo la condanna e l'esecuzione della pena.

Alla fine verificheremo anche i dati che emergeranno da questa indagine nella quale abbiamo voluto operare con un approccio volto a capire se proprio dal mondo sanitario può venire una levata di scudi, rivendicando uno spazio di autonomia da sottrarre al sistema della giustizia. Infatti, quando un consulente tecnico interviene invade un campo di azione, mettendo insieme la sfera di carattere sanitario e quella di carattere giuridico. Ma il giudice tiene poi conto della sua consulenza alla quale molto spesso si rifà quasi interamente per l'emanazione della sentenza. Noi però dobbiamo fare in modo che, con le dovute garanzie, l'ambito sanitario sia separato da quello giudiziario.

Abbiamo quindi avviato questo ragionamento, dialogando, scrivendo e presentando anche un'interrogazione al Ministro della salute, sottoscritta da molti membri di questa Commissione, in cui si chiede la sua opinione in merito alla valutazione della PAS in ambito giudiziario, questione che non è di competenza del solo Ministro della giustizia.

Abbiamo chiesto anche la creazione di un tavolo interministeriale tra Ministro delle pari opportunità, Ministro della giustizia e Ministro della salute perché, comprendendo il valore degli assistenti sociali, riteniamo che anche gli psicologi siano figure professionali che divengono determinanti in certi giudizi. Chiederò io stessa al Ministro della giustizia come avviene la scelta dei consulenti tecnici d'ufficio da parte dei giudici, quali

sono i criteri seguiti e quali domande vengono poste e come vengono poste; infatti, da alcuni documenti che abbiamo visionato abbiamo potuto constatare che certe consulenze sono scritte proprio male e in esse si fa anche molta difficoltà a riconoscere e a distinguere la violenza dal conflitto. È proprio questo aspetto che vogliamo provare a fare emergere.

È chiaro che questa Commissione e noi tutti possiamo essere convinti di tutto ciò, ma dobbiamo anche dare sostegno alle nostre convinzioni con un'inchiesta e con i dati sulla base dei quali relazionare poi al Parlamento.

Abbiamo peraltro il sospetto che all'interno dei procedimenti presso i tribunali civili si consumi molto della vicenda legata ad ogni caso di violenza e si consumi molto anche della vittimizzazione secondaria: penso di poter affermare, infatti, che mettere in discussione la responsabilità genitoriale sia forse la forma di vittimizzazione secondaria più atroce per qualunque donna madre. È anche questa vittimizzazione che noi vorremmo aggredire o alla quale provare almeno a porre un argine.

*BOZZAOTRA.* A tal proposito, Presidente, vorrei ricordare che nella nostra città abbiamo lanciato il protocollo Napoli che riporta le linee guida per le consulenze e che l'Ordine degli psicologi della Regione Campania ha recepito. È un protocollo che lei conosce bene perché ha partecipato alla sua presentazione.

*PRESIDENTE.* Certo, e infatti abbiamo inviato anche a tutti gli ordini degli psicologi regionali il nostro questionario al quale i presidenti dovranno rispondere. Laddove gli ordini hanno recepito dei protocolli abbiamo chiesto di inviarci i relativi documenti in modo da acquisirli agli atti.

*BOZZAOTRA.* Noi però vorremmo che anche gli ordini degli psicologi delle altre Regioni firmassero il protocollo Napoli.

*PRESIDENTE.* Una volta che la Commissione acquisirà tutti i protocolli, rivolgeremo le linee di indirizzo al Parlamento. Certamente non possiamo imporre l'adozione di un protocollo piuttosto che di un altro, ma se tutti ci convinciamo che quello di Napoli è un modello, ne riferiremo i contenuti per fornirli come indirizzo al Parlamento.

*KUSTERMANN.* Devo confermare che quello di Napoli è un buon protocollo e io l'ho trasmesso alle psicologhe che lavorano con me.

*PRESIDENTE.* E io in quanto napoletana ne sono orgogliosa, ma non voglio essere tacciata di partigianeria.

Ringrazio ancora le nostre ospiti per la loro presenza.

Dichiaro conclusa l'audizione.

*I lavori terminano alle ore 13,15.*

