



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 70

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

COMUNICAZIONI DELLA PRESIDENTE

AUDIZIONE DI UNA ESPERTA DELL'ISTITUTO SUPERIORE  
DI SANITÀ SULLA FORMAZIONE DEL PERSONALE  
SANITARIO NEI PERCORSI PROTETTI PER LE DONNE  
CHE HANNO SUBITO VIOLENZA

79<sup>a</sup> seduta: mercoledì 17 marzo 2021

Presidenza della Presidente VALENTE

**I N D I C E****Comunicazioni della Presidente**

PRESIDENTE .....	Pag. 3, 5, 6	
CASOLATI (L-SP-PSd'AZ) .....	5, 6	

**Audizione di una esperta dell'Istituto superiore di sanità sulla formazione del personale sanitario nei percorsi protetti per le donne che hanno subito violenza**

PRESIDENTE .....	Pag. 7, 10, 12		COLUCCI .....	Pag. 7, 11
LUNESU (L-SP-PSd'Az) .....	11			
RIZZOTTI (FIBP-UDC) .....	10			

*Interviene, in videoconferenza, la dottoressa Anna Colucci, dell'Unità operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione (UO RCF) del Dipartimento malattie infettive dell'Istituto superiore di sanità.*

*È presente, in videoconferenza, la dottoressa Vittoria Doretti, consulente della Commissione.*

*I lavori hanno inizio alle ore 12,40.*

#### *SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI*

PRESIDENTE. Avverto che la pubblicità dei lavori della seduta odierna, per il primo punto all'ordine del giorno, sarà assicurata attraverso il Resoconto sommario e il Resoconto stenografico.

#### *COMUNICAZIONI DELLA PRESIDENTE*

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca comunicazioni della Presidente.

Colleghi, come sapete, il documento da inviare ai Presidenti delle Commissioni permanenti che devono esprimere il proprio parere sulla proposta di Piano nazionale di ripresa e resilienza ha avuto una gestazione lunga. Si tratta di un testo che abbiamo integrato con tutti i vostri contributi e ritengo che questa versione abbia ormai raggiunto un livello sufficiente sia sotto il profilo della tenuta complessiva sia sotto il profilo dell'approfondimento.

Avevamo concordato di suddividere il documento in paragrafi, ciascuno relativo alle competenze delle Commissioni suddette, in modo da facilitare il lavoro dei Presidenti permettendo loro di individuare immediatamente la parte relativa al proprio settore e di inserire nel proprio parere le indicazioni da noi fornite che dovessero ritenere utili. È stata proprio questa l'impostazione che abbiamo voluto seguire, quella cioè di esprimerci sui temi della violenza e consegnare le nostre indicazioni alle singole Commissioni. Ovviamente saremo noi stessi, membri anche di quelle Commissioni, a lavorare al loro interno perché tengano in considerazione le nostre valutazioni e le inseriscano nel parere che esprimeranno alle Commissioni 5<sup>a</sup> e 14<sup>a</sup>.

Pertanto, se non ci sono ulteriori osservazioni, passiamo alla votazione del documento.

*(La Presidente accerta la presenza del numero legale).*

Metto dunque ai voti il testo della lettera da inviare ai Presidenti delle Commissioni permanenti chiamate ad esprimere il proprio parere sul PNRR.

**È approvato.**

Prima di procedere, vorrei dare il benvenuto alla senatrice Lunesu quale nuova componente della Commissione in luogo del senatore Rufa.

Riepilogo brevemente, anche a beneficio della senatrice Lunesu, i filoni di indagine su cui sta lavorando la Commissione. Ricordo innanzitutto quello a me delegato incentrato sulla P di «punizione» con riferimento al femminicidio e alla vittimizzazione secondaria. Ci sono stati rallentamenti – non imputabili alla nostra volontà – nell’acquisizione dei fascicoli processuali, ma le bozze di relazione sono ormai in dirittura d’arrivo. Confido pertanto che entro la fine di maggio saranno pronte la relazione sui fascicoli giudiziari acquisiti dalla Commissione relativi ai femminicidi commessi negli anni 2017 e 2018 e quella sulla vittimizzazione secondaria basata sull’esame dei due campioni statistici relativi agli atti di separazione in cui vi sia stata violenza e agli atti di separazione con affidamento di minori, dei tribunali ordinari e degli atti *de potestate* dei tribunali dei minori.

Ricordo poi che è stata elaborata una prima bozza di relazione sul trattamento degli uomini maltrattanti che però andrà integrata con ulteriori elementi.

È stata poi raccolta, grazie alla preziosa collaborazione degli Uffici del Servizio studi del Senato, la documentazione sulla legislazione comparata in materia di violenza di genere; ricordo che come dato di comparazione abbiamo deciso di assumere la legislazione degli Stati più rappresentativi dei diversi continenti. Questo lavoro, che sto esaminando per capire se risponde effettivamente alla nostra impostazione e che porterò a breve alla vostra attenzione, potrebbe diventare la base di un documento della Commissione.

Dovremo poi completare anche il filone di indagine relativo alle mutilazioni genitali femminili, sul quale sono già state svolte alcune audizioni ed è stato raccolto un bel po’ di materiale; stiamo valutando con gli Uffici se è il caso di integrarlo con ulteriori audizioni o anche con l’attività che sta svolgendo in materia di percorsi sanitari il gruppo coordinato dalla senatrice Rizzotti, il cui programma di audizioni in parte si sovrappone a quello del gruppo sulle mutilazioni genitali.

A tal proposito, ricordo che l’indagine sui percorsi sanitari ha preso avvio dalle linee di programmazione indicate dal Ministero e indirizzate a tutte le aziende ospedaliere e a tutti i pronto soccorso territoriali. Il fine è quello di capire se tali linee guida sono state effettivamente applicate e se, nel caso, hanno funzionato o meno. In generale, con questo studio si vuole sapere come agisce il sistema della sanità e della medicina territoriale e come i medici di prossimità, i medici di base, i pediatri, il 118 intercettano la violenza maschile contro le donne; sono loro, infatti – lo ricordo a tutti noi – che insieme agli ufficiali di Polizia giudiziaria e ai centri antivio-

lenza possono agire da campanelli d'allarme e cogliere sul territorio, in prima battuta e in tempo utile, i primi segnali della violenza. A questo *focus*, secondo me, dobbiamo prestare particolare attenzione e infatti l'audizione di oggi si inserisce in questo quadro.

Infine, faccio presente che è in fase ormai avanzata l'indagine di cui si stanno occupando le senatrici Leone e De Lucia relativa a educazione e formazione scolastica e universitaria. In proposito dovremmo decidere se sia il caso di integrare il materiale già raccolto con l'approfondimento sugli organi di informazione (televisione, carta stampata, editori) e sul linguaggio sessista nei *media* o se sia più opportuno stralciare questo capitolo dell'informazione dal filone educazione e formazione per elaborare una relazione a sé stante.

Ho fatto questo riepilogo della nostra attività perché, essendo molti gli argomenti che stiamo esaminando, vorrei che ne aveste tutti piena conoscenza in modo che tutti possiate in qualsiasi momento richiedere chiarimenti o suggerire approfondimenti.

Ad ogni modo, sarà presto convocata una riunione dell'Ufficio di Presidenza per puntualizzare tutti i vari temi.

CASOLATI (*L-SP-PSd'AZ*). Presidente, se è possibile, vorrei chiedere alla Commissione una valutazione in merito al video che sta girando sulle varie piattaforme *social* in cui si propone un particolare segno convenzionale con cui le donne possono segnalare una situazione di violenza di cui sono vittime. A me sembra un'ottima idea ma prima di promuoverne la diffusione vorrei confrontarmi con voi sulla sua effettiva utilità.

PRESIDENTE. Senatrice Casolati, io cerco di non smorzare mai gli entusiasmi nei confronti di iniziative bellissime e spontanee che hanno un valore e una forza enormi. Credo però che sul tema della violenza di genere dobbiamo agire sempre con professionalità.

Anche nel caso del segno convenzionale che sta avendo diffusione sul *web* ad opera di alcuni centri antiviolenza bisogna muoversi con cautela. Infatti, di fronte a una segnalazione di questo tipo chi dovrebbe prendere in carico la richiesta di aiuto? Come è possibile intercettarla in maniera corretta? Come si dovrebbe poi procedere per immettere la donna che ha chiesto aiuto in un percorso sicuro di protezione?

Peraltro, il gesto potrebbe anche essere frainteso o può sfuggire all'interlocutore. Certo, un segno di questo tipo può essere intercettato da chiunque ma poi bisogna vedere a chi viene trasmesso e capire come può essere gestita una simile segnalazione dalle Forze dell'ordine.

CASOLATI (*L-SP-PSd'AZ*). Chi intercetta il segno dovrebbe chiamare il 112 dicendo che c'è una persona a rischio di violenza. Immagino sia quella l'idea. Allo stesso tempo, però si pone il problema che la persona che intercetta il segno deve assumersi la responsabilità di passare la richiesta alle Forze dell'ordine.

Dal momento che questo video sta girando molto sui *social*, vorrei confrontarmi con voi sull'opportunità di gestirlo o magari di migliorarlo.

PRESIDENTE. Ricordo a tutti noi che il numero di emergenza 1522 è raggiungibile anche tramite *chat* o SMS. Temo che aggiungere ulteriori metodi per chiedere aiuto possa creare confusione e confondere la comunicazione. Certo, può anche capitare che la donna sia stata privata del suo telefono e che non le sia possibile comunicare tramite questo mezzo.

CASOLATI (*L-SP-PSd'AZ*). Infatti questo segno convenzionale potrebbe essere uno strumento integrativo e viaggiare in parallelo al 1522.

PRESIDENTE. Senza dubbio, ma bisogna sempre tenere ben presenti i nostri compiti e, di conseguenza, anche i limiti delle nostre competenze; questi limiti sono dettati dalla delibera istitutiva della Commissione d'inchiesta in base alla quale solo ciascun componente in qualità di singolo può attivarsi per sostenere iniziative di questo tipo. La nostra Commissione non può nemmeno assumere iniziative di indirizzo come fanno le Commissioni permanenti e la stessa iniziativa legislativa può essere esercitata dai singoli parlamentari e non dalla Commissione d'inchiesta in quanto tale. Possiamo fare tutto quello che vogliamo e patrocinare iniziative di qualsiasi tipo ma sempre e solo come singole senatrici e singoli senatori.

A questo punto, in attesa di attivare il collegamento in videoconferenza con l'audita per lo svolgimento del secondo punto all'ordine del giorno, sospendo brevemente la seduta.

*(La seduta, sospesa alle ore 12,55, è ripresa alle ore 13).*

#### *SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI*

PRESIDENTE. Avverto che la pubblicità dei lavori della seduta odierna, per il secondo punto all'ordine del giorno, 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 l'audita 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.

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

Poiché non vi sono obiezioni, così resta stabilito.

*PROCEDURE INFORMATIVE***Audizione di una esperta dell'Istituto superiore di sanità sulla formazione del personale sanitario nei percorsi protetti per le donne che hanno subito violenza**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione della dottoressa Anna Colucci, esperta dell'Unità operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione (UO RCF) del Dipartimento malattie infettive dell'Istituto superiore di sanità.

Dottoressa Colucci, la ringrazio per la sua presenza e le do la parola per la sua relazione introduttiva.

*COLUCCI.* Signora Presidente, ringrazio lei e la Commissione per questo invito.

L'Istituto superiore di sanità, organo tecnico-scientifico del Servizio sanitario nazionale, si occupa da diverso tempo di contrasto alla violenza di genere ma, prima ancora, di prevenzione della violenza di genere in un contesto molto specifico, quello della formazione, che rientra tra le sue numerose funzioni.

Alcune considerazioni hanno spinto il Ministero della salute, a partire dal 2014, a focalizzare l'attenzione sul ruolo della formazione, in particolare di quella degli operatori sociosanitari del pronto soccorso.

Si è cominciato pertanto a delineare un campo, un contesto, quello della violenza di genere che, come tutti sappiamo, nel nostro Paese è un fenomeno persistente, silenzioso, una sorta di vera e propria epidemia. Le strutture sanitarie alle quali le donne vittime di violenza accedono con maggiore facilità sono essenzialmente i pronto soccorso perché questo è un presidio sanitario sempre aperto, sempre presente, è un nodo all'interno di una rete assistenziale al quale le vittime possono riferirsi con immediatezza.

Sulla base di queste considerazioni e anche della rilevazione condotta dagli operatori sociosanitari sull'estensione del fenomeno e sulla sua presenza, nel 2015 il Ministero della salute ha affidato all'Istituto superiore di sanità una linea progettuale specifica di formazione per gli operatori del pronto soccorso. È stato così attivato un percorso in cui sono stati coinvolti non solo ricercatori dell'Istituto superiore di sanità ma anche gruppi di esperti che sul territorio italiano si occupano proprio della violenza di genere. Questo perché il fenomeno è complesso, non facile da definire. Le donne arrivano sì al pronto soccorso ma poi non è sempre possibile attivare programmi di fuoriuscita dal circuito della violenza. Era quindi necessario organizzare un gruppo di lavoro che potesse occuparsi della questione in modo ampio e articolato.

Come tutti sappiamo, dobbiamo considerare la formazione come un elemento stringente, forte, determinante per la lotta alla violenza di genere; ce lo dice anche la Convenzione di Istanbul che è stata redatta dieci anni fa: nell'articolo 15 si parla con estrema puntualità dell'importanza della formazione che deve essere continua, aperta e accessibile a tutti

gli operatori. Pertanto, sulla base del lavoro svolto dal gruppo di esperti (metodologi della formazione, clinici, colleghi che da tempo lavoravano alla prevenzione e al contrasto della violenza di genere e legali) a partire dal 2015 è stato messo a punto un pacchetto formativo ben articolato, proprio perché la necessità di dare risposte appropriate e specifiche alle donne vittime di violenza richiede di formare gli operatori affinché possano dare queste risposte individuando, vedendo, leggendo i segni della violenza.

Abbiamo individuato il nodo centrale della rete clinico-assistenziale nei pronto soccorso e sulla base di questa scelta è stato elaborato un programma *blended*, cioè un programma che avesse una componente di formazione d'aula, in cui gli esperti possono parlare agli operatori sociosanitari e quindi lavorare sugli strumenti, le metodologie, i protocolli utili per individuare i casi di violenza, affiancata però, proprio perché gli operatori sono tantissimi, anche da un percorso FAD. La formazione *blended* è stata così integrata in modo molto stretto: il percorso formativo è stato proposto in prima istanza all'interno delle aule – vi parlerò anche di come sono stati individuati e selezionati i pronto soccorso – e, successivamente, è stata avviata la formazione a distanza. Faccio presente che questo è stato possibile perché l'Unità operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione che io rappresento si occupa da sempre di formazione, ma all'interno del nostro Istituto opera un servizio formazione che fa capo alla nostra presidenza in cui da tempo degli esperti sono impegnati nella formazione a distanza.

I pronto soccorso inizialmente individuati erano 28, un numero contenuto perché era necessario programmare un percorso formativo ma allo stesso tempo anche sperimentarlo. Sono state così individuate quattro Regioni, la Sicilia, la Campania, il Lazio e la Lombardia, mentre la Toscana, con la *task force* di Grosseto, rappresentava per noi il gruppo degli esperti, insieme ad altri provenienti da altre realtà italiane. Si è deciso di coinvolgere 28 pronto soccorso perché questo numero è stato considerato adeguato sia per avere un numero sufficiente di operatori da formare sia anche per fare una valutazione sia preventiva che successiva al percorso formativo; siamo infatti abituati a fare formazione (ne facciamo tanta) ma dobbiamo anche valutare l'impatto, cioè i bisogni formativi, quello che è effettivamente utile e quello che rimane agli operatori sanitari coinvolti nei percorsi di formazione. Inoltre, si è deciso di individuare pronto soccorso che avessero più di 30.000 accessi l'anno, coinvolgendo volutamente in questa fase progettuale sia strutture di grandi città come Roma e Milano, sia anche pronto soccorso di realtà abitative più piccole.

Il pacchetto formativo applicato era costituito da due grandi unità: nella prima si andavano ad evidenziare gli indicatori di violenza e di sospetto di violenza, nella seconda venivano forniti gli importantissimi strumenti di rilevazione, tra i quali il DA5 che è uno strumento estremamente fondamentale per valutare e misurare il rischio di ricomparsa della violenza e di revittimizzazione. Il DA5, in pratica, è una sorta di salvavita, inserito anche nelle linee guida nazionali successivamente alla sua applicazione nel nostro progetto: si tratta di un questionario di cinque domande



attraverso cui l'operatore sanitario di pronto soccorso può verificare se la donna presenta un elevato rischio di violenza o di revittimizzazione.

In sintesi, al primo progetto, che ha coinvolto 28 pronto soccorso di quattro Regioni italiane, si sono iscritti 800 operatori sanitari, per tre quarti donne; il 90 per cento di questi erano medici e infermieri, mentre una piccola percentuale era composta da ostetriche, psicologi e tecnici professionisti. Di questi 800 iscritti ha concluso il percorso formativo il 72 per cento. Si tratta di una percentuale che riteniamo estremamente rilevante per un pacchetto formativo *blended* che contempla anche la FAD e il risultato è oltremodo importante se consideriamo il numero esiguo delle strutture coinvolte e anche la profonda diversità territoriale sia dal punto di vista regionale sia dal punto di vista della realtà abitativa: pensiamo a quanto può essere differente la realtà di grandi città metropolitane come Roma e Milano da quella di città come Messina o di centri ancora più piccoli come quelli di provincia.

Inoltre, come ho già detto, proprio perché i pronto soccorso selezionati erano pochi, il progetto formativo ha consentito di valutare la capacità degli operatori sanitari di rilevare i casi di violenza di genere sia prima del corso di formazione (semestre luglio-dicembre 2014) sia nel semestre successivo al corso che è stato erogato da dicembre 2015 a giugno 2016. La rilevazione effettuata ha così dimostrato non solo un effettivo aumento della capacità degli operatori dei pronto soccorso selezionati di rilevare i casi di violenza di genere ma anche una migliore definizione del codice di *triage* grazie al quale non solo le donne sono state identificate con maggiore facilità ma, al contempo, è stata data la giusta rilevanza al grado di criticità con le quali si erano presentate al pronto soccorso. Questo per noi è stato un risultato estremamente importante.

Il pacchetto formativo era chiaramente lo stesso per tutte e 28 le strutture individuate e prevedeva gli stessi formatori. Inoltre, garantiva la possibilità di avvalersi all'interno di ciascun pronto soccorso di due figure estremamente importanti da noi richieste, un referente medico e un referente infermiere, in modo che vi fosse una interazione diretta e continua con l'Istituto superiore di sanità e, quindi, con gli esperti della formazione; in un percorso in cui la FAD prevaleva sulla formazione d'aula queste figure ci hanno aiutato molto e ci hanno permesso di attivare tutta una serie di energie e proposte che provenivano direttamente dai partecipanti al corso.

Tra l'altro, proprio perché si trattava di un progetto sperimentale, nell'ambito della FAD è stato possibile creare quelle che noi formatori definiamo tecnicamente «comunità di pratiche»: si dava la possibilità ai pronto soccorso di una stessa Regione di interagire e colloquiare tra di loro su temi che noi proponevamo; ad esempio, abbiamo chiesto direttamente ai 636 partecipanti che hanno terminato il percorso formativo quali fossero secondo loro gli elementi di maggiore utilità e di facile attivazione nella programmazione degli interventi di prevenzione e contrasto della violenza di genere e sono stati gli stessi operatori in formazione a dirci che di fondamentale importanza è una formazione non legata a progetti

ma continua, capillare e persistente. Inoltre, ci è stato chiesto di attivare in ogni pronto soccorso dei *setting* adeguati in grado di proteggere la donna e la sua *privacy*. Infine, i partecipanti si sono mostrati estremamente interessati al DA5.

In sintesi, il pacchetto formativo *blended* organizzato, strutturato, condotto e sperimentato nel periodo 2015-2017 ci ha dato la possibilità da una parte di avere dei riscontri estremamente puntuali sull'impatto di un percorso di formazione all'interno di un contesto particolare come quello del pronto soccorso e, dall'altra, di elaborare dei veri e propri protocolli comunicativo-relazionali indispensabili per l'accoglienza della donna; oltre a ciò, è stato possibile anche procedere alla sistematizzazione di tutti i protocolli diagnostico-clinici e terapeutici già utilizzati in diversi pronto soccorso, tra cui il DA5 che si è dimostrato uno strumento di facile applicazione per la valutazione del rischio di revittimizzazione.

Questo progetto ha fatto quindi emergere la necessità che gli operatori di pronto soccorso avessero in mano degli strumenti immediatamente applicabili e utili per identificare i casi di violenza di genere non sempre facilmente e chiaramente rilevabili e metodologie per attivare percorsi di fuoriuscita dalla violenza. Il risultato complessivo di questo percorso formativo ha così indotto il Ministero della salute, nel 2019, a chiedere all'Istituto superiore di sanità di ampliare il modello formativo messo a punto e di divulgarlo a tutti i pronto soccorso italiani, cosa che è stata possibile grazie al fatto che avevamo a disposizione un gruppo di esperti già consolidato. Così nel 2019 è stato attivato il secondo progetto e alla fine di gennaio 2020 ha avuto inizio il secondo percorso FAD: sono stati coinvolti tutti i 651 pronto soccorso presenti sul territorio italiano e sono stati formati oltre 17.000 operatori professionisti dei pronto soccorso o ad essi collegati.

Anche in questo secondo caso, in cui non era stata data la possibilità di selezionare a monte i partecipanti in quanto tutti gli operatori professionisti dei pronto soccorso sono stati coinvolti, si è registrata una presenza femminile molto ampia (oltre il 50 per cento).

Il percorso formativo si è concluso regolarmente nel settembre 2020: infatti, le chiusure dovute alla pandemia non hanno inficiato la sua prosecuzione in quanto la seconda fase del corso si è svolta interamente a distanza. Possiamo pertanto affermare che tutti i pronto soccorso del nostro Paese sono stati formati; di certo si tratta di una formazione di base che andrà ampliata anche con altri percorsi quali, ad esempio, quelli indirizzati agli uomini maltrattati.

PRESIDENTE. La ringrazio, dottoressa Colucci.

Do ora la parola ai colleghi che intendono intervenire.

RIZZOTTI (*FIBP-UDC*). Dottoressa Colucci, la ringrazio veramente per questo contributo e per la relazione che ci ha inviato anche per iscritto.

Dopo l'avvio del progetto pilota nelle quattro Regioni iniziali e successivamente alla conclusione del secondo programma di formazione, l'Istituto superiore di sanità può quindi ora contare, in ogni pronto soccorso italiano, su un referente ben formato in base alle linee guida del Ministero e delle vostre indicazioni? Vorrei anche sapere se esiste una figura di coordinamento di tutti questi referenti.

LUNESU (*L-SP-PSd'Az*). Dottoressa Colucci, la ringrazio per averci raccontato uno spaccato della sanità che sembrerebbe quasi perfetto nel campo della formazione. Sarebbe veramente bellissimo se questa sperimentazione funzionasse davvero. Penso però alla mia terra, la Sardegna, dove innanzitutto mancano gli ospedali e, quindi, mancano anche i pronto soccorso e penso anche ai piccoli centri di 1.000 o 2.000 abitanti dove però i casi di violenza sono veramente tanti, soprattutto nei contesti familiari. Secondo lei, come si può intervenire per migliorare anche queste realtà più svantaggiate?

COLUCCI. In risposta alla senatrice Rizzotti, preciso che dei 651 pronto soccorso in tutta Italia che sono stati chiamati ad aderire al secondo progetto, sono 642 quelli che hanno partecipato attivamente al programma formativo. Questo significa che in ognuno di questi è presente almeno un operatore formato. All'interno del gruppo i referenti dell'ISS sono stati certamente quelli più attivi, una sorta di enzima, anche perché erano continuamente sollecitati da noi.

Un altro apporto per noi estremamente importante è stato quello del gruppo di referenti regionali la cui costituzione è stata voluta dal Ministero della salute. Questi esperti, che hanno lavorato con noi nel progetto di formazione e il cui gruppo è sempre attivo, hanno anche il compito di monitorare l'applicazione delle linee guida nelle Regioni e poiché le linee guida hanno in qualche modo rappresentato l'elemento centrale tra il progetto pilota e il programma di formazione successivamente attivato, il ruolo dei referenti regionali è di estrema utilità per il nostro Paese perché ora possono essere sempre coinvolti quando si tratta di affrontare tematiche che contemplano la violenza di genere. Peraltro, nella pratica quotidiana può accadere che una determinata linea di indirizzo ben applicata o un progetto che dà buoni risultati in una Regione siano veicolati anche in altre Regioni proprio attraverso l'interazione tra i referenti regionali. Il loro gruppo di lavoro permette quindi che le buone pratiche attivate in alcune realtà territoriali non rimangano circoscritte ma siano estese anche alle altre.

Per il momento non esiste una figura di raccordo tra i referenti regionali. L'interlocutore è sempre il Ministero della salute. Aggiungo anche che all'interno della Direzione generale della prevenzione sanitaria del Ministero della salute opera l'ufficio 9 dedicato alla tutela della salute della donna e diretto dalla dottoressa Tamburini; è a lei che fanno capo i referenti regionali del gruppo. Ripeto, è un gruppo che rimane sempre attivo a prescindere dal progetto e ci auguriamo che attraverso il suo ruolo

sarà possibile proseguire il programma di formazione in modo da implementarlo sia dal punto di vista dei singoli aspetti da trattare sia dal punto di vista della diffusione territoriale. Un lavoro così articolato ci consentirebbe di raggiungere tutti gli operatori sanitari, perché tutti dovrebbero essere formati; la violenza di genere, infatti, non è solo un problema sociale o culturale, ma è un problema di salute: se nell'arco di un anno una donna si presenta ripetutamente al pronto soccorso è evidente che c'è un problema di salute di cui noi, come Istituto superiore di sanità, dobbiamo occuparci.

In risposta poi alla senatrice Lunesu, è chiaro che questo programma di formazione andrà necessariamente ampliato. Teniamo presente che noi abbiamo intercettato solo una fascia di operatori sanitari, cioè gli operatori di pronto soccorso, ma vi è tutta una medicina, una rete di servizi territoriali che vanno assolutamente coinvolti e infatti la fase successiva di questa progettualità nell'area della formazione prevede proprio il coinvolgimento degli operatori del territorio, quindi anche i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta. Di sicuro, ripeto, è un programma formativo che può essere ampliato e implementato, ogni volta aggiornato, ogni volta arricchito, in modo tale che il pronto soccorso, che è un nodo centrale nella rete assistenziale, possa diventare uno degli elementi portanti ma non l'unico nel contrasto alla violenza. Sappiamo bene che si dovrebbe evitare che le donne arrivino al punto di presentarsi al pronto soccorso, la violenza dovrebbe essere intercettata prima, si dovrebbe fare una prevenzione a monte, una prevenzione primaria, andando quindi nelle realtà culturali territoriali, nelle scuole. Quindi il progetto di formazione dell'Istituto superiore di sanità deve essere visto come un primo tassello di un quadro molto più ampio all'interno del quale non ci si può fermare ma si deve sempre andare avanti.

PRESIDENTE. Ringrazio ancora la dottoressa Colucci per il suo contributo.

Dichiaro conclusa l'audizione.

*I lavori terminano alle ore 13,45.*