



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 97

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

AUDIZIONE DI RAPPRESENTANTI DELLA FEDERAZIONE
ITALIANA DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE (FIMMG)

106^a seduta: giovedì 31 marzo 2022

Presidenza della Vice Presidente LEONE

I N D I C E**Audizione di rappresentanti della Federazione italiana dei medici di medicina generale (FIMMG)**

PRESIDENTE	Pag. 3, 7, 11 e <i>passim</i>	<i>MAIO</i>	3, 7, 8 e <i>passim</i>
LUNESU (<i>L-SP-PSd'Az</i>)	10, 11	<i>TARASCHI</i>	5
VALENTE (<i>PD</i>)	7, 9		

Sigle dei Gruppi parlamentari: Forza Italia Berlusconi Presidente-UDC: FIBP-UDC; Fratelli d'Italia: FdI; Italia Viva-P.S.I.: IV-PSI; Lega-Salvini Premier-Partito Sardo d'Azione: L-SP-PSd'Az; MoVimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico: PD; Per le Autonomie (SVP-PATT, UV): Aut (SVP-PATT, UV); Misto: Misto; Misto-ITALIA AL CENTRO (IDEA-CAMBIAMO!, EUROPEISTI, NOI DI CENTRO (Noi Campani)): Misto-IaC (I-C-EU-NdC (NC)); Misto-Italexit per l'Italia-Partito Valore Umano: Misto-Ipl-PVU; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-Liberi e Uguali-Ecosolidali: Misto-LeU-Eco; Misto-MAIE: Misto-MAIE; Misto-+Europa - Azione: Misto-+Eu-Az; Misto-PARTITO COMUNISTA: Misto-PC; Misto-Potere al Popolo: Misto-PaP.

Intervengono la dottoressa Tommasa Maio e la dottoressa Alessandra Taraschi, rappresentanti della Federazione italiana dei medici di medicina generale (FIMMG).

È presente, in videoconferenza, la dottoressa Vittoria Doretti, collaboratrice della Commissione, ai sensi dell'articolo 23 del Regolamento interno.

I lavori hanno inizio alle ore 8,40.

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.

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 rappresentanti della Federazione italiana dei medici di medicina generale (FIMMG)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione della dottoressa Tommasa Maio e della dottoressa Alessandra Taraschi, rappresentanti della Federazione italiana dei medici di medicina generale (FIMMG).

Do la parola alle nostre ospiti per il loro intervento introduttivo.

MAIO. Signora Presidente, onorevoli senatrici e senatori, componenti della Commissione, vi ringraziamo per l'invito odierno e per l'opportunità che ci viene data di offrire il nostro contributo sul tema della violenza contro le donne, su cui la Federazione italiana dei medici di medicina generale ha da tempo sviluppato una particolare sensibilità, essendo i medici di medicina generale coinvolti su più aspetti, sia come medici della per-

sona che subisce violenza, sia anche come soggetti particolarmente esposti alla violenza a causa dell'esercizio della professione.

Sono un medico di famiglia e di continuità assistenziale e, all'interno della Federazione, ho l'onore di rappresentare i medici di continuità assistenziale. Mi alternerò oggi con la dottoressa Taraschi, anche lei medico di medicina generale di Torino, nell'esposizione sintetica degli elementi focali che desideriamo portare alla vostra attenzione.

Le nostre competenze assistenziali sono state disegnate dal legislatore per offrire sul territorio assistenza primaria e continuità di presa in carico, garantendo al contempo ai cittadini capillarità, prossimità e facilità di accesso alle cure erogate prevalentemente nei luoghi di vita dei nostri pazienti.

L'elemento caratterizzante la nostra relazione con i pazienti è il rapporto di fiducia, che inizia con la scelta di ogni cittadino del proprio medico di famiglia, evento unico dell'intero Servizio sanitario nazionale, e continua rafforzandosi nel tempo con la conoscenza degli aspetti clinici, assistenziali, ma anche sociali ed economici del paziente e del nucleo familiare cui appartiene. Spesso, infatti, risultano tra i nostri assistiti, non solo interi nuclei familiari, ma diverse generazioni della stessa famiglia, ambito nel quale sempre più spesso vengono perpetrate le violenze di genere, motivo per il quale rientrano nella nostra responsabilità assistenziale non solo la vittima ma anche il suo carnefice e i figli, in molti casi spettatori innocenti della violenza.

Alla luce di questo contesto è radicata in noi la consapevolezza del ruolo delicato che possiamo svolgere, non solo nel trattamento delle più evidenti conseguenze degli atti di violenza, ma anche nel riuscire a intercettare i segnali deboli, spie di allarme che possono far sospettare una violenza. Considerando, inoltre, che noi medici di medicina generale siamo responsabili della gestione dell'acuzie e della cronicità, anche a domicilio, siamo nella condizione di identificare situazioni di rischio o eventi di violenza riguardanti i soggetti più deboli, come le donne disabili e le donne anziane.

Con la volontà di portare con spirito propositivo all'attenzione di questa Commissione dei dati che fossero attuali e rappresentativi delle diverse realtà regionali, abbiamo creato un questionario *ad hoc* che, partendo dalla letteratura, individuasse gli elementi focali su cui intervenire attraverso azioni di miglioramento. Il questionario è stato messo a disposizione per otto giorni di un campione di medici di medicina generale, raccogliendo dati presso ben 791 medici che hanno valutato la ricorrenza di episodi di *stalking*, violenza e femminicidio nella loro esperienza professionale; la presenza del tema della violenza di genere nella formazione pre-laurea e nell'aggiornamento professionale continuo; la percezione del medico del proprio bisogno formativo e gli strumenti reputati più idonei ad aumentare le proprie conoscenze.

Per non dilungare eccessivamente la nostra esposizione abbiamo ritenuto opportuno focalizzare il nostro intervento sulle principali aree di mi-

glioramento emerse, rimandando alla vostra successiva lettura i dati in dettaglio, riportati in allegato alla relazione.

La prima area di miglioramento identificata ha come macrotema la formazione. Non possono mancare nella formazione dei medici di medicina generale strumenti capaci di implementare il riconoscimento e il trattamento degli esiti degli atti violenti; l'individuazione di segni o sintomi precursori di violenza; la capacità di instaurare un adeguato *counseling* verso la donna oggetto di violenza ed eventualmente verso i minori che possono avere assistito alla stessa; la conoscenza dei percorsi, delle strutture e dei protocolli disponibili nell'area territoriale nella quale svolgiamo la nostra attività per la presa in carico e la gestione delle donne vittime di violenza.

Tali strumenti devono essere declinati in ogni fase della formazione del medico di medicina generale, in particolare nel pre-laurea e nella formazione continua. Nella fase pre-laurea, pur riconoscendo all'università un ruolo attivo per l'accrescimento della sensibilità rispetto al tema, riteniamo opportuno sottolineare l'esigenza di percorsi specifici per i futuri medici che prendano in considerazione il ruolo operativo che avranno durante l'esercizio della professione. Il futuro medico, infatti, dovrà non solo trattare la violenza e i suoi esiti ma anche contribuire a prevenirla.

A tal proposito segnaliamo che dalla nostra indagine è emerso che il 93 per cento degli intervistati ha dichiarato di non aver ricevuto formazione sul tema della violenza di genere durante il corso di laurea. A nostro avviso, la formazione di ogni medico deve partire invece già dal corso di laurea con percorsi specifici su questo tema, in maniera tale che già nel momento in cui il medico inizia ad esercitare abbia una sensibilità e una capacità di riconoscimento della violenza grazie ai contenuti tecnici e professionali già acquisiti. Chiaramente è una formazione che non deve fermarsi mai.

TARASCHI. Signora Presidente, onorevoli senatori, sintetizzando gli aspetti più importanti, vorrei soffermarmi sull'altro tema focale che è quello della formazione continua che il medico riceve sin dal momento in cui inizia ad esercitare l'attività di medico di famiglia o di continuità assistenziale.

La formazione continua di tutti i professionisti della sanità e dei medici in generale – la cosiddetta formazione ECM – risponde al processo attraverso il quale ognuno di noi deve mantenersi aggiornato, al fine di saper rispondere in maniera efficiente ai bisogni del paziente ma anche alle esigenze organizzative del servizio sanitario e al proprio sviluppo professionale. Dall'analisi dei documenti normativi che regolano, attraverso l'Agenas, la *governance* di questo sistema, abbiamo riscontrato l'assenza di obiettivi formativi specifici riguardanti la violenza di genere e, di conseguenza, ne proponiamo l'inserimento.

L'altra grande opportunità di formazione per i medici di famiglia è nella responsabilità delle aziende sanitarie territoriali presso le quali operano. In più, anche grazie al lavoro di molti di voi, nel 2018 sono state

emanate delle linee guida nazionali per le aziende sanitarie e le aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza sociosanitaria alle donne vittime di violenza. Anche in tale ambito l'indagine evidenzia delle carenze piuttosto preoccupanti. Emerge, infatti, che, in percentuali che superano sempre il 90 per cento, i medici intervistati dichiarano di non aver ricevuto alcun tipo di formazione da parte delle loro aziende di appartenenza né su *stalking* né su violenza di genere né su femminicidio, confermando quindi la nostra percezione di grave carenza formativa ma anche informativa: infatti, la stragrande maggioranza dei medici di famiglia dichiara che, rispetto a questi temi, non hanno ricevuto neanche delle informazioni, né attraverso i normali canali di comunicazione e *e-mail* né attraverso direttive.

Pertanto, oltre a quanto detto in relazione ai corsi ECM, appare necessario individuare rapidamente degli indicatori che permettano la puntuale applicazione di queste linee guida da parte delle aziende sanitarie.

Continuando la nostra disamina, con riferimento agli strumenti proposti ai medici intervistati come utili a migliorare la loro efficienza operativa, il 60 per cento ha individuato come prioritaria la disponibilità di una linea preferenziale di contatto con i centri antiviolenza – che oggi non esiste – o con le strutture comunque deputate alla presa in carico delle donne oggetto di violenza. È vero, noi oggi interveniamo nel momento in cui la violenza è già stata perpetrata, e grazie al cielo esistono finalmente i vari protocolli – tra cui quello del codice rosa – finalizzati al pronto soccorso. La nostra preoccupazione però è che abbiamo poca conoscenza in merito ai percorsi utili per agire sulla prevenzione reale. Di conseguenza, la seconda area di importante miglioramento che abbiamo individuato riguarda proprio l'integrazione dei medici di medicina generale nella rete degli attori coinvolti nella prevenzione della violenza di genere. Non di secondaria importanza, infatti, è la costruzione di percorsi condivisi con tutti gli attori finalizzati alla presa in carico della donna oggetto di violenza dopo il momento della cura e dell'assistenza sanitaria, al fine di evitare alla donna un pericoloso ritorno alla condizione preesistente, esponendola, probabilmente, anche a un rischio di ingravescenza progressiva (consentitemi di usare questo termine medico).

Come testimoniano le evidenze emerse dall'indagine, l'87 per cento dei medici dichiara di non avere a disposizione indicazioni operative in merito al percorso su cui indirizzare la donna una volta individuata o sospettata una condizione di rischio o una violenza già perpetrata.

Appare dunque indispensabile garantire costantemente ai medici di medicina generale la conoscenza puntuale delle strutture, degli strumenti, dei protocolli, dei centri antiviolenza che, al di là del percorso di cura, possono essere messi a disposizione della paziente per aiutarla a uscire dalla condizione di violenza e, di fatto, sottrarla al rischio di un'*escalation* delle violenze.

Ci pare quindi quanto mai opportuno proporre la facilitazione di percorsi condivisi che portino anche all'individuazione di strumenti operativi. Per esempio, partendo dall'analisi della letteratura, si possono adottare e

applicare in ogni area territoriale delle schede specifiche per la misurazione del *risk assessment* nel *setting* della medicina generale. Riteniamo che l'impiego sistematico di questi strumenti potrà contribuire anche alla definizione di un *set* di indicatori di rischio che sia condiviso e che possa essere rapidamente riconosciuto da tutti gli attori della rete. Nel momento in cui un medico ha il sospetto di una violenza, deve essere messo nella condizione di agire rapidamente; ad esempio, tramite l'applicazione di questi strumenti può valutare in maniera oggettiva e oggettivabile la fondatezza del sospetto e, soprattutto, il livello di rischio a cui la paziente può essere esposta.

In conclusione, servono formazione continua a tutti i livelli, strumenti e percorsi condivisi da seguire per indirizzare la vittima, vittima che spesso è anche il medico di medicina generale che sta esercitando la sua professione.

PRESIDENTE. Ringrazio le dottoresse Maio e Taraschi per i loro interventi. Sarebbe utile per la Commissione disporre anche della documentazione relativa ai dati che ci sono stati forniti.

MAIO. Senz'altro, signora Presidente.

Noi oggi abbiamo voluto portare elementi di *real life*. Abbiamo condotto questa indagine in otto giorni e l'abbiamo conclusa ieri a mezzogiorno, estrapolando i dati che vi abbiamo presentato.

Vi faremo comunque avere a breve la documentazione relativa all'intero questionario.

PRESIDENTE. Le vostre relazioni sono state molto proficue per i nostri lavori, anche perché è in dirittura di arrivo la relazione sulla formazione universitaria che beneficerà senz'altro dei vostri interventi molto interessanti.

Do ora la parola ai colleghi che intendono intervenire.

VALENTE (PD). Vorrei sapere dalla dottoressa Maio e dalla dottoressa Taraschi se hanno in programma investimenti importanti nella formazione, se i corsi sono già stati pianificati e, eventualmente, a chi si pensa di affidare la formazione dei medici. Inoltre, vorrei sapere se sono previsti dei meccanismi (punteggi o forme di credito) per incentivare i medici di base a partecipare. In pratica, che interesse avrebbero i medici di base a partecipare a questi corsi di formazione? Noi, infatti, purtroppo registriamo – e siamo tenuti a farlo – che molti di loro sono abbastanza disattenti se non respingenti rispetto a questo fenomeno; quantomeno non giocano la partita che potrebbero giocare. D'altronde, i medici di base sono i primi a poter intercettare la violenza e a poter spingere la donna a riconoscere di avere subito violenza, anche in quei casi in cui la donna fa resistenza nel prendere coscienza. Stiamo parlando dei famosi vecchi medici di famiglia, quelli che sono più a contatto con la storia familiare e conoscono quindi il *partner* e i figli.

MAIO. Il tema è piuttosto ampio.

Per quanto riguarda la formazione strutturata, la cosiddetta formazione ECM, abbiamo proposto delle piccole variazioni tecniche che sicuramente determinerebbero l'implementazione dell'offerta formativa che, ripeto, è nella responsabilità anzitutto delle aziende sanitarie.

Rispondo poi alla domanda della presidente Valente anche come rappresentante della Federazione italiana dei medici di medicina generale. Volendo rappresentare non solo il punto di vista sindacale ma soprattutto l'interesse professionale, posso affermare che abbiamo cercato di fare del nostro meglio sul tema della violenza, al quale siamo molto sensibili. Io ho l'onore di rappresentare i medici di continuità assistenziale e raccolgo soprattutto i dati relativi a questo settore. Il femminicidio è un problema che riguarda anche noi: sono state assassinate due donne in servizio. Vi invieremo in allegato anche quelle che abbiamo definito storie di ordinaria follia. E partendo da una sensibilità acuita per un coinvolgimento personale, nel tempo siamo passati a sviluppare un'attenzione particolare al tema.

Presidente Valente, le sue osservazioni sono assolutamente chiare. In questo momento la medicina generale vive un rapido avvicendamento con un veloce inserimento di molti giovani medici nella professione; di conseguenza, stiamo cercando di offrire ai giovani degli strumenti formativi sui temi focali che vanno dalle vaccinazioni, al Covid, alla violenza di genere.

Il fatto che il medico di medicina generale sia così vicino alla persona ma anche alla sua famiglia a volte induce la paziente a non essere completamente trasparente e chiara sin da subito. Tant'è che noi stiamo cercando di attivare autonomamente vari corsi di formazione: voi già conoscete le molte esperienze che stiamo facendo a Foggia, a Napoli e a Verona, esperienze che, però, sono iniziative autonome del *network* delle donne della medicina generale, piuttosto che della stessa Federazione. Noi facciamo tutto questo sempre al di fuori dell'autoreferenzialità; su un tema così delicato è normale che si cerchino l'apporto e il contributo dei professionisti (dagli psicologi agli esperti che possono fornirci supporto anche in merito agli aspetti giuridici). I colleghi hanno però sottolineato un problema che noi stesse abbiamo toccato con mano e cioè che a volte la donna ha remore a parlare con il medico perché il suo medico è anche il medico del marito, del compagno, del familiare. Il problema è che non tutte le donne sono informate del fatto che esiste il segreto professionale in base al quale io medico, se sto assistendo una donna, in quel momento è lei la mia paziente, è lei la parte debole che devo tutelare. Tutto questo alle donne non è sempre chiaro. È anche questo il motivo per cui i medici chiedono formazione. La nostra preoccupazione è quella di riuscire a cogliere i segnali, quelle sfumature che non necessariamente si palesano con gli ematomi: un segnale può anche essere quello della donna che a studio non si presenta mai sola o che improvvisamente cambia atteggiamento.

VALENTE (PD). O anche quello della donna che chiede troppi calmanti, troppi sonniferi.

MAIO. C'è tutta una serie di indicatori clinici e la sua osservazione, Presidente, fa capire che tutto deve essere contestualizzato. Ripeto, è questo il motivo per cui emerge così forte da parte dei colleghi la necessità di essere inseriti in una rete informata. È fondamentale. Ogni medico di famiglia deve sapere quale numero di telefono contattare, deve avere uno strumento che gli permetta di scindere la semplice ipotesi e il semplice sospetto da una situazione oggettiva.

Per quanto riguarda poi il nostro impegno, stiamo cercando di attivarci in tutte le aree coinvolte, anche quella della formazione specifica.

Ad esempio, abbiamo invitato i colleghi che stanno seguendo il percorso di formazione a segnalarci l'esistenza di eventuali iniziative e con nostra piacevole sorpresa sono già tre le colleghe che hanno presentato una tesi di diploma sul femminicidio, lavori che abbiamo deciso di raccogliere e pubblicare sul nostro sito.

Come Federazione ci riteniamo impegnati in prima linea su questo tema e metteremo a disposizione tutti gli strumenti che abbiamo per divulgare le iniziative in corso di cui, anche sull'onda del vostro invito, stiamo facendo un censimento.

Un altro elemento che per brevità non vi abbiamo citato è che i medici di famiglia sono il primo sistema assistenziale ad essersi autonomamente dotato di cartelle cliniche informatizzate. Ebbene, nelle nostre cartelle cliniche ci sono degli indicatori che noi possiamo estrapolare per individuare gli elementi che possono orientarci nel sospetto: l'iperprescrizione piuttosto che la ricorrenza di determinate patologie. È un sistema già esistente, già presente nelle nostre cartelle. Sarebbe molto importante che anche questo metodo di lavoro venisse messo a sistema insieme a tutte le altre modalità di raccolta dati.

VALENTE (PD). La validità degli indicatori dipende da quali domande ponete al paziente. Chi ha costruito queste schede di rilevazione?

MAIO. Le schede presenti nei gestionali nascono sempre dalla previsione di letteratura con l'indicazione dei sintomi. Possiamo poi mostrarvele.

VALENTE (PD). È un'osservazione che ho fatto perché, ad esempio, è in corso di esame presso la Camera dei deputati un disegno di legge recante disposizioni in materia di statistiche in tema di violenza di genere. La questione vera non è tanto quella della rilevazione dei dati, quanto quella di quali dati andiamo a cercare e come li cerchiamo, come si costruiscono le schede per rilevare i dati, quali domande facciamo.

Io non conosco la scheda cui lei sta facendo riferimento. Se nella sua costruzione c'è stato un contributo specifico di specialisti che conoscono il fenomeno della violenza di genere allora potrebbe essere uno strumento

valido per la rilevazione dei segnali, ma se queste schede sono state costruite in maniera troppo generica rischiano di perdere i dati utili e necessari.

MAIO. Sì, questo è assolutamente vero. Si segue il metodo scientifico per la costruzione delle schede che sono state costruite da esperti sulla base dei dati rilevati in letteratura, con gli stessi criteri con i quali noi compiliamo una scheda per BPCO, broncopneumopatia cronica ostruttiva, o per diabete. Sono dati oggettivi tratti dalla letteratura.

Il punto non è tanto e solo come noi costruiamo le schede, perché quelle schede ovviamente devono orientare noi e sono strumenti estremamente duttili che consideriamo *ongoing* in quanto fanno riferimento a situazioni *ongoing*: ad esempio, rispetto al Covid le abbiamo aggiornate. Il problema, dunque, è quello della comunicazione. Il problema che vorremmo trasmettervi è che io non sono nelle condizioni di sapere se ci sono casi di violenza domestica nell'ambito in cui esercito la mia attività professionale e questo invece è importante perché, come voi mi insegnate, il fenomeno nasce da un contesto culturale non necessariamente degradato, o non necessariamente problematico dal punto di vista economico. Io come medico voglio anche avere il contatto con la realtà effettiva, voglio capire se nel contesto in cui opero posso avere un numero di telefono da chiamare nell'immediato per indirizzare una persona.

Io so come operano i centri antiviolenza. Mia sorella è una volontaria di un centro antiviolenza; conosco le difficoltà delle donne e dal nostro punto di vista è pazzesco e assurdo che non ci sia una rete reale. Accogliere una donna dopo che è stata quasi uccisa – e grazie al cielo finalmente lo si fa; prima questi fatti neanche emergevano – vuole dire che la nostra lotta è contro il tempo e noi siamo assolutamente a disposizione, anche autonomamente, per tutto ciò che concerne gli strumenti comunicativi e informativi.

Ripeto, però, che le esperienze che in questo momento ci sono in Italia nell'ambito della medicina generale non sono favorite da chi ha il governo di queste attività, ma nascono quasi sempre dal volontariato e dalle associazioni di donne medico di medicina generale che cercano di operare in rete. Lo sforzo deve essere quello di entrare nel sistema.

LUNESU (*L-SP-PSd'Az*). Signora Presidente, vorrei innanzitutto congratularmi con le dottoresse Maio e Taraschi per la loro relazione.

Essendo membro della 12^a Commissione, trovo veramente interessanti sia le tematiche affrontate sia gli spunti che ci avete fornito, proprio perché ritengo che sia necessario attivarsi con decisione nel campo della prevenzione.

Condivido le vostre osservazioni, perché nell'ambito della prevenzione non si fa niente. Quindi, l'idea di attivare la formazione dei medici di medicina generale, soprattutto di quelli che, come è stato giustamente detto, sono giovani, nuovi, tanti e assolutamente poco preparati, è fondamentale per organizzare una buona prevenzione che va fatta sia in fami-

glia sia nelle scuole. Un altro capitolo da affrontare è infatti quello dell'educazione dei bambini che investa anche il tema della violenza assistita, sulla quale c'è veramente ancora tantissimo da fare: manca proprio l'educazione al rispetto nei confronti dei figli, che è fondamentale nei genitori. Ritengo pertanto che in questo caso la prevenzione sia davvero un tema che dobbiamo approfondire tutti.

PRESIDENTE. È molto alta anche la percentuale delle risposte al questionario: più del 90 per cento e in alcuni casi raggiunge addirittura il 97 per cento.

MAIO. Le fornisco un dato: il 57 per cento dei medici che hanno risposto ha avuto esperienze di pazienti con situazioni di *stalking*; il 72 per cento ha avuto pazienti con situazioni di violenza; il 3 per cento (20 medici) ha avuto pazienti con situazioni di femminicidio. Questi medici non hanno mai ricevuto non dico un corso di formazione, ma neanche un'informativa sulla presenza di un centro antiviolenza o di un riferimento a cui rivolgersi. Abbiamo anche chiesto a quante pazienti fosse stato suggerito un numero da chiamare; ebbene, ci ha stupito il fatto che i medici di famiglia non abbiano ricevuto un'informativa neppure sui suggerimenti da dare. Tutte le iniziative – ripeto – vengono lasciate molto al fai da te.

Come spesso dico, le sale di aspetto dei medici di famiglia sono state le bacheche *social ante litteram*: molto spesso noi facciamo comunicazione affiggendo dei manifesti, che devono essere pochi ma ben mirati. Uno dei nostri obiettivi attuali, per esempio, è la creazione di un poster da inviare dal livello centrale, magari in formato PDF, a tutto l'indirizzo dei medici di medicina generale affinché gli studi affiggano un manifesto contenente il numero di telefono del distretto che può essere chiamato in certe situazioni.

Come abbiamo già detto sin da subito, noi rappresentiamo il presidio del Servizio sanitario nazionale più diffuso sul territorio: uno studio ogni quattro chilometri e mezzo; molti di noi, soprattutto coloro che operano nelle periferie, hanno due studi; io stessa ho uno studio nel centro più grande e uno sulle colline. Di conseguenza riusciamo ad essere presenti e a far passare un certo messaggio in maniera assolutamente capillare.

Come sapete bene, poi, sono proprio le donne a farsi attrici dell'assistenza e della presa in carico di tutta la famiglia; per cui si presentano nel nostro studio non solo per motivi di salute propri, ma per problemi che investono tutti i membri del nucleo familiare. C'è quindi un potenziale comunicativo che dovrebbe essere meglio orientato e indirizzato.

LUNESU (*L-SP-PSd'Az*). Dottoressa Maio, intervengo nuovamente per chiederle se secondo lei i centri antiviolenza sono veramente utili, se sono sufficienti o se ritiene che ci sia invece bisogno di centri di ascolto dislocati su tutto il territorio, anche e soprattutto nei piccoli Comuni; infatti, spesso è proprio nei piccoli Comuni che si verificano certe situazioni, quei Comuni con pochi abitanti e che sono lontani dalle grandi

città. In questi contesti il centro antiviolenza non esiste e quindi, come lei giustamente afferma, il riferimento può essere dato dal medico di famiglia, dal medico di medicina generale che poi però magari non è formato e, quindi, non è in grado di cogliere certi segnali. Cosa suggerirebbe a questo riguardo?

MAIO. Il medico di famiglia – perdonatemi se spezzo una lancia a favore della nostra categoria – ha voglia di formarsi, il che non significa che oggi non sia formato; il problema è che tutto questo non è istituzionalizzato. Voi avete emanato delle linee guida che nessuna azienda sanitaria territoriale ha di fatto applicato. Possiamo scrivere dunque i migliori documenti ma se poi non si controlla se vengono applicati è come se non esistessero.

Quanto ai centri antiviolenza, speriamo che ne servano sempre meno in futuro, ma oggi ne servono purtroppo tanti di più e non è detto che il centro di ascolto debba essere necessariamente così evidente, perché a volte una donna viene anche seguita quando esce di casa. Non è detto che il centro antiviolenza debba essere collocato là dove uno si aspetta che ci sia. Non aggiungo altro, visto che la seduta è pubblica.

Noi ci riteniamo sentinelle delle *soft skill*, però poi c'è tutta una parte successiva di presa in carico della persona. Dunque, io come medico posso anche aiutare la donna ad acquisire consapevolezza del fatto che ciò che sta subendo non è normale, che quello che sta subendo deve destare la sua preoccupazione perché può nascondere qualcosa di più consistente e di più grave, ma dopo c'è tutto un percorso da fare – e qui parlo non più da medico, ma da cittadina – che esula dalle possibilità e dalle competenze del medico di famiglia e che consiste nella presa in carico.

Noi siamo pronti a fare la nostra parte al punto da voler interagire in maniera più efficiente rispetto a quello che accade oggi; tuttavia, non dobbiamo nemmeno nascondere a noi stessi che tutto questo può comportare un pericolo per la donna. Noi medici possiamo essere animati anche dalle migliori intenzioni, ma certamente, come la presidente Valente prima ha osservato, noi dobbiamo agire certamente con l'ausilio degli esperti, e certamente dobbiamo condurre il *counseling* in una determinata maniera, ma dobbiamo anche sapere quando dobbiamo fermarci per affidare a un'altra figura non solo il momento della cura ma anche la presa in carico del problema complessivo, perché poi la donna torna in casa, torna in ufficio, torna nella situazione di violenza.

Il punto è allora che gli anelli del percorso che la donna deve seguire devono dialogare tra loro, attraverso l'uso di strumenti che siano per tutti riconoscibili. Se la donna si presenta da me medico di medicina generale per dichiarare una certa situazione, per me è semplice e inquadro il problema. La parte più delicata, alla quale dobbiamo stare attenti, è quella in cui prima il medico sviluppa il sospetto e poi lo deve concretizzare e in questo senso il medico di famiglia deve avere la possibilità oggettiva – e questo nell'interesse della paziente – di riconoscere la situazione di potenziale rischio nel modo più rapido e più efficiente possibile.

Vi invieremo certamente il testo scritto della nostra relazione che abbiamo preparato in occasione di questa audizione perché è un tema che ovviamente non può non coinvolgerci, innanzitutto come donne. Unitamente sarà nostra cura trasmettervi anche due allegati, il primo dei quali conterrà la puntuale esposizione della nostra indagine: vi abbiamo illustrato i numeri tratti dai questionari già completati, ma altri devono essere ancora ultimati e ci ha fatto piacere l'interesse che avete dimostrato al riguardo.

L'altro allegato, invece, conterrà storie di ordinaria follia, cioè, purtroppo, l'analisi brutale della violenza che viene perpetrata nei confronti dei medici di continuità assistenziale: vengono aggrediti anche gli uomini, ma i reati più gravi (parliamo di due omicidi, violenze sessuali, sequestri di persona, lesioni personali con giorni e giorni di ospedalizzazione) riguardano sempre le donne. Qui potremmo aprire un altro discorso su responsabilità e soluzioni, ma non è argomento di questa audizione. Restiamo comunque a vostra disposizione anche per queste situazioni.

Vi invieremo poi infine un altro corposo documento dal titolo «Indagine da dentro»: quando anni fa una nostra collega venne violentata in servizio, chiedemmo ai medici di continuità di tutta Italia di inviarci i dati relativi alla situazione operativa delle strutture in cui lavoravano. Il documento fu consegnato al tempo nelle mani dell'allora ministro Lorenzin, che si fece parte attiva: furono avviate molte ispezioni e furono individuate delle situazioni critiche. Per questo documento vi chiediamo tuttavia di mantenere la segretezza dei dati perché i colleghi hanno firmato con nome, cognome, numero di cellulare e indirizzo *e-mail* in quanto come lo stesso documento titola, «Indagine da dentro», raccoglie denunce che hanno dietro nomi e cognomi.

PRESIDENTE. Non essendoci altre richieste di intervento, ringrazio le nostre ospiti per il contributo offerto ai nostri lavori e per la documentazione che vorranno trasmettere alla Commissione.

Dichiaro conclusa l'audizione odierna.

I lavori terminano alle ore 9,20.

