



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 102

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

AUDIZIONE DI RAPPRESENTANTI DI FEDESANITÀ-CONFEDERAZIONE ANCI REGIONALI

111^a seduta: mercoledì 18 maggio 2022

Presidenza della Presidente VALENTE

I N D I C E**Audizione di rappresentanti di Federsanità-Confederazione ANCI regionali**

PRESIDENTE	Pag. 3, 8, 10	<i>DONETTI</i>	Pag. 4, 9
RIZZOTTI (<i>FIBP-UDC</i>)	8	<i>RUGGIERI</i>	4, 10

Sigle dei Gruppi parlamentari: C.A.L. (Costituzione, Ambiente, Lavoro)-Alternativa-P.C.-I.d.V.: CAL-Alt-PC-IdV; 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-IpI-PVU; Misto-Liberi e Uguali-Ecosolidali: Misto-LeU-Eco; Misto-MAIE: Misto-MAIE; Misto+Europa - Azione: Misto+Eu-Az; Misto-Potere al Popolo: Misto-PaP.

Intervengono, in rappresentanza di Federsanità-Confederazione ANCI regionali, la direttrice generale della ASL di Viterbo, dottoressa Daniela Donetti, e la direttrice della UOC Medicina d'urgenza e pronto soccorso-DEA II livello dell'Azienda ospedaliera San Giovanni Addolorata di Roma, dottoressa Maria Pia Ruggieri.

I lavori hanno inizio alle ore 8,35.

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 di Federsanità-Confederazione ANCI regionali

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione della dottoressa Daniela Donetti, direttrice generale della ASL di Viterbo, e della dottoressa Maria Pia Ruggieri, direttrice della UOC Medicina d'urgenza e pronto soccorso-DEA II livello dell'Azienda ospedaliera San Giovanni Addolorata di Roma, in rappresentanza di Federsanità-Confederazione ANCI regionali.

Le dottoresse riferiranno sullo stato di attuazione delle linee guida nelle aziende sanitarie ospedaliere nelle diverse realtà territoriali, nonché sulle iniziative e sui protocolli esistenti in ordine alla formazione specialistica del personale sanitario, al fine di assicurare assistenza alle donne vittime di violenza.

Do quindi la parola alla dottoressa Daniela Donetti e alla dottoressa Maria Pia Ruggieri, che ringrazio a nome di tutta la Commissione per essere presenti oggi.

DONETTI. Signora Presidente, ringrazio lei e tutti i membri della Commissione per questa opportunità.

Abbiamo trasmesso alla Commissione un documento che ha la pretesa di raccontare nel modo più completo possibile, anche se molto sommario, l'applicazione delle linee guida e dei protocolli all'interno delle nostre aziende ospedaliere, tracciando le principali funzioni svolte nei pronto soccorso nell'ambito territoriale e consultoriale. Essendo la direttrice del pronto soccorso del San Giovanni Addolorata, la dottoressa Ruggieri potrà fornire ulteriori chiarimenti relativi agli aspetti più tecnici del percorso.

I percorsi che applichiamo nelle nostre aziende sono sostanzialmente quelli ratificati dalle linee guida nazionali e poi dalle leggi regionali. La particolarità di questi protocolli rispetto a quelli di patologia è sostanzialmente legata al fatto che essi includono elementi aggiuntivi rispetto agli altri: innanzitutto il fatto che l'approccio multidisciplinare di presa in carico delle pazienti non è solo volto all'effettuazione di una valutazione diagnostica ma anche ad evitare che la persona che ha subito violenza debba raccontare più volte il danno subito. L'intento è proprio quello di rispettare la vittima in tutto il percorso che decide di seguire.

Un'altra particolarità dei protocolli che ci riguardano è l'attività formativa, di cui parlerà in modo più dettagliato la dottoressa Ruggieri. Questo tipo di attività deve essere costruita in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale ed è finalizzata a tre aspetti specifici, il primo dei quali è quello di permettere agli operatori di identificare immediatamente, al primo accesso in pronto soccorso o ad altri punti di cura territoriale, la violenza che la donna ha subito; molto spesso, infatti, le donne che accedono alle nostre strutture raccontano di una sintomatologia ma non dell'evento in sé, anche perché a volte purtroppo accade che siano accompagnate dalle stesse persone che le hanno duramente ferite. È quindi importante che i nostri operatori siano formati all'identificazione della sintomatologia quando questa viene raccontata già al primo ingresso in una struttura di pronto soccorso; in tal modo sarà poi possibile identificare immediatamente il percorso che la donna deve seguire e nel quale deve ovviamente essere tutelata la sua *privacy*.

In secondo luogo la formazione deve riguardare anche la presa in carico della persona che deve essere messa nella condizione di sentirsi libera di raccontare la propria vicenda senza sentirsi giudicata.

Infine, è importante che nell'attività di formazione i nostri operatori imparino ad applicare alcune procedure molto particolari di raccolta dati che serviranno come attività probatoria a sostegno dell'accusa da parte della vittima.

Inoltre, molto importante per la donna che subisce violenza è anche l'aspetto informativo: le donne devono essere informate circa tutte le attività di tutela che vengono svolte sia a livello di rete di protezione territoriale sia a livello di collegamento interistituzionale. Solitamente attiviamo delle reti interistituzionali che operano territorialmente e che principalmente sono composte dalle strutture ospedaliere, dalle associazioni anti-violenza, dalle questure, dalle prefetture, dai Carabinieri, dall'ordine degli

avvocati. Sottolineo che queste reti interistituzionali sono costruite territorialmente, manca cioè una struttura normata. La funzione di queste reti interistituzionali è quella di migliorare le procedure interne facendo in modo che il percorso sia il più possibile rispettoso della dignità della persona e costruendo una rete di protezione anche per i minori, oltre che per la vittima.

Per quanto riguarda l'aspetto formativo, è indubbio che in questi anni si sia sviluppata anche nelle nostre strutture una grande sensibilità dal punto di vista dell'approccio alla violenza di genere. Noi stiamo applicando questi percorsi a livello territoriale su tutto il territorio nazionale, ma oggettivamente esistono ancora degli elementi di caduta dal punto di vista dell'applicazione. Uno degli elementi di cui risentiamo maggiormente è la codifica statistica: quando la paziente arriva al pronto soccorso applichiamo dei codici di priorità, ma non esiste un codice che identifichi esattamente la violenza di genere o un'ipotesi di violenza di genere. Pertanto, da un punto di vista statistico, credo ci sia un punto di caduta anche relativamente all'emersione del fenomeno e alla valutazione delle possibili azioni proattive e preventive. Invece a nostro avviso è molto importante poter rilevare sia il fenomeno in sé sia l'aderenza alle linee guida durante tutto il percorso di presa in carico, perché non è detto che nel momento in cui il percorso viene attivato sia poi correttamente aderente alle caratteristiche di cui vi ho detto.

Un altro elemento di criticità è, a mio parere, l'aspetto territoriale. Io sono direttrice generale di una ASL in cui abbiamo attivato l'intero percorso territoriale che si sviluppa anche attraverso l'attività consultoriale e l'attività delle associazioni di volontariato; molto spesso però si è troppo concentrati sull'aspetto di pronto soccorso, proprio perché, evidentemente, l'aspetto territoriale, che è un elemento importante, è comunque ancora troppo embrionale perché legato all'identificazione del sintomo: molto spesso assistiamo le vittime di violenza nel momento in cui arrivano al pronto soccorso, ma quando queste vittime si presentano al pronto soccorso significa oggettivamente che siamo arrivati troppo tardi.

Riteniamo quindi che nelle reti interistituzionali dovrebbero essere presenti anche i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta che rappresentano dei punti di osservazione molto importanti. Nell'ambulatorio del medico di base, infatti, o in quello del pediatra del proprio figlio, molto spesso la donna può raccontare di una sintomatologia che può essere indice di una patologia ma che potrebbe essere anche indicativa di determinati problemi che un medico formato riuscirebbe a catalogare in un certo modo. Avere queste figure professionali in rete con noi in modo formale e istituzionale sarebbe un elemento di prevenzione molto importante.

Un altro aspetto decisivo è la rilevazione del processo, anche processo interistituzionale, a 360 gradi, considerando la violenza a tutto tondo. In questo senso, se gli osservatori regionali e provinciali lavorassero con una metrica linguistica comune potrebbero rappresentare quelle figure capaci di attivare politiche di prevenzione proattive e non solo le-

gate al tavolo interistituzionale; ad esempio, potrebbero essere coinvolte anche le scuole.

Federsanità-Confederazione ANCI regionali e la ASL di Viterbo da me diretta hanno proposto e promosso una campagna contro ogni genere di violenza condotta dall'8 marzo all'8 aprile; riteniamo infatti che sia importante cominciare a combattere la cultura della violenza affrontandola ad ampio raggio. Consentitemi di fare solo un piccolo commento al riguardo. A questa campagna, che abbiamo lanciato e avviato in tempi molto rapidi, hanno aderito più di 130 istituzioni tra pubbliche e private che hanno avviato più di 150 attività concrete sul territorio. In virtù di questa iniziativa abbiamo richiesto al Ministero della salute di riconoscere il mese di marzo come mese di contrasto contro ogni genere di violenza, considerando anche che il 12 marzo si celebra la Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari.

Lascerei ora la parola alla collega Ruggieri.

RUGGIERI. Signora Presidente, onorevoli senatori, anch'io come la dottoressa Donetti vi ringrazio per questa grandissima opportunità.

Sono grata alla dottoressa Donetti per avere svolto un *excursus* davvero esaustivo. Io invece cercherò di entrare più nello specifico della materia, essendo un tecnico che opera sul campo.

La dottoressa Donetti ha richiamato giustamente l'attenzione sull'aderenza dei percorsi alle linee guida. Fino a oggi si è scritto tanto su come gestire appropriatamente sia la violenza conclamata sia la violenza sommersa. Esistono le linee guida internazionali, quelle italiane del Ministero della salute e tutta una serie di raccomandazioni emanate da organizzazioni e associazioni, ma nella realtà ciò che è difficile da implementare è proprio l'aderenza a queste linee guida. Sicuramente il punto di caduta è rappresentato dalla formazione degli operatori che si occupano della presa in carico della vittima sia di violenza conclamata che del sospetto di violenza. Questo è un aspetto molto importante.

Paradossalmente – permettetemi di dirlo in questa sede aprendo una breve parentesi – la gestione della vittima di violenza conclamata, per quanto sia un momento veramente tragico, è per noi operatori sanitari quella più semplice perché in questi casi gli operatori fanno ciò che devono fare (si può sempre migliorare, ma – ripeto – il percorso da seguire è già chiaro e ben definito). Il sospetto della violenza, invece, è molto ma molto più complesso e non in tutti riesce ad emergere, quando invece la parte di quell'*iceberg* che siamo ormai abituati a conoscere cresce sempre di più.

Richiamo anch'io l'attenzione sulla formazione non solo perché si migliori nell'acquisizione delle competenze (e, quindi, nell'aderenza alle linee guida per la gestione della vittima di violenza) ma anche e soprattutto perché si implementi la sensibilizzazione al riconoscimento della violenza. Consentitemi una brevissima chiosa su entrambi gli aspetti. Per quanto riguarda la formazione per la gestione delle vittime di violenza

conclamata, purtroppo ancora oggi abbiamo dei grossi *bias* con riferimento al percorso medico-legale. Dal punto di vista del percorso clinico (ossia gli aspetti squisitamente tecnici sotto il profilo medico) siamo a buon punto, mentre per quanto riguarda l'aspetto medico-legale, cioè il percorso che ha inizio nel primo momento della reperazione, quello in cui la vittima mette piede su un'ambulanza oppure in un pronto soccorso, siamo ancora molto lontani perché tale percorso richiede delle competenze medico-legali specifiche e specialistiche di un certo livello. Molti di voi sanno benissimo quanto questi aspetti siano carenti nelle sedi opportune e nei tribunali.

Va quindi sicuramente ampliata la formazione degli operatori sanitari che non sono solo i medici e gli infermieri di pronto soccorso, le ostetriche e i ginecologi degli ospedali, ma anche gli psicologi e tutti coloro che, in maniera multidisciplinare e multispecialistica, ruotano intorno alla vittima. Ringrazio la dottoressa Donetti per avere ricordato che la vittima deve essere accolta e ascoltata in un ambiente sicuro e tranquillo e deve girare molto poco per gli ambienti ospedalieri (sono gli altri che devono girare intorno a lei).

Per gli operatori sanitari è poi importante anche la formazione per una corretta codifica di quello a cui si assiste in pronto soccorso. Purtroppo, infatti, quando estrapoliamo i dati dal flusso EMUR dobbiamo arrampicarci sugli specchi: la violenza conclamata possiamo anche trovarla nei codici ICD9-CM, ma il sospetto della violenza non viene raccolto in questa catalogazione; inserire il sospetto di violenza all'interno di questo codice di diagnosi potrebbe essere uno strumento risolutivo molto importante e pratico. Pertanto, piuttosto che incrociare i dati raccolti relativi a fascia di età, sesso (femminile), traumatologia, luogo (casa), che offrono certo una panoramica, ma non rivelano specificamente, scientificamente e rigorosamente il caso, potremmo individuare un codice ICD9-CM che ci permetta di avere un tracciamento molto più puntuale.

Questo è quanto mi sento di dire con riferimento all'accesso e alla gestione della vittima di violenza conclamata. Le linee di indirizzo del Ministero della salute hanno tracciato i cinque codici di *triage* e, grazie al DPCM del 2019, sappiamo che alla vittima di violenza va dato comunque un codice di priorità massimo. Ad esempio, nella Regione Lazio noi usiamo il codice 1 per la violenza conclamata e il codice 2 per il sospetto, proprio per rendere rapido l'accesso all'accoglienza e alle cure. Per quanto riguarda gli operatori di pronto soccorso, la formazione è fondamentale per la sensibilizzazione e la capacità di accoglienza. Andrebbero individuate delle figure professionali femminili, ad esempio tra le infermiere, che diventino delle figure rosa che accompagnano la paziente lungo il percorso. Non in tutti gli ospedali c'è lo psicologo, mentre c'è sicuramente l'infermiera. Questo per quanto riguarda l'aspetto della violenza conclamata.

Diversa è la questione della violenza sommersa. È questo un fenomeno che arriva ai nostri pronto soccorso e che è di gran lunga superiore a quanto possiamo immaginare. Siamo tutte donne e vi dico questo con-

dividendo la mia esperienza di medico che ha vissuto ventidue anni in pronto soccorso, prima di iniziare a dirigere un grande pronto soccorso e una medicina d'urgenza. Vi garantisco che quando in ogni turno di notte dalle 20 alle 8 mi imponevo di guardare meglio e con occhi più profondi tutte le donne che si affacciavano alla mia porta, scoprivo una vittima di violenza sommersa. Vi chiederete come è possibile. È una questione di sensibilità e di quanto ci si vuole spingere in questo tipo di ricerca nell'altro che viene a chiedere aiuto ma in maniera non eclatante. Su questo va fatto ancora tantissimo lavoro se vogliamo fare contrasto, prevenzione, corretta accoglienza e gestione di quelle donne che probabilmente, dopo uno o sei mesi, dopo uno o due anni, rischiamo di trovare morte in casa. Questo è il punto da cui però siamo ancora un po' lontani. Nel campo della formazione e dell'acquisizione delle competenze emozionali e della sensibilità che ci portano ad alzare il coperchio del vaso di Pandora c'è ancora tutto da costruire.

Dopo circa venti anni di approccio a questa problematica, sono convinta che sta proprio in questo il *goal* vincente della prevenzione e del contrasto. Nelle nostre strutture passano numeri enormi di sommerso (ora stiamo parlando della donna, ma non mi dilungo sui bambini e sugli anziani, altri aspetti da considerare), ma nel fenomeno della violenza di genere il punto su cui veramente si gioca la partita è la formazione, l'informazione e la prevenzione nelle generazioni future ed è quindi a scuola che la partita va giocata. Purtroppo nel sistema scolastico si fa ancora molto poco per la lotta contro la violenza mentre bisognerebbe tornare ad insegnare, come si faceva un tempo, l'educazione civica, la non violenza e il rispetto dei diritti della persona.

In estrema sintesi, concludo dicendo che in ambito formativo, informativo e di sensibilizzazione con riferimento alle competenze tecniche di gestione della violenza conclamata gli aspetti medico-legali vanno un po' riesaminati e soprattutto ricondivisi con gli operatori.

Al contrario, per quanto riguarda la formazione nell'ambito del sommerso e delle giovani leve future, c'è veramente tutto da costruire.

PRESIDENTE. Ringrazio la dottoressa Donetti e la dottoressa Ruggieri per il loro contributo.

Do ora la parola ai colleghi che intendono intervenire.

RIZZOTTI (*FIBP-UDC*). Signora Presidente, ringrazio di cuore le dottoresse per le relazioni molto interessanti che ci hanno esposto. Leggeremo il documento che ci hanno consegnato chiedendo sin da ora la loro disponibilità a rispondere in forma scritta ad eventuali richieste di approfondimento.

I loro contributi hanno già risposto ad alcuni quesiti che avevo in mente: penso, ad esempio, alla presenza dello psicologo nel pronto soccorso, e a tale proposito chiedo loro quanti pronto soccorso dispongono di questa figura. Lo psicologo disponibile a rivedere il paziente in un momento successivo alla rilevazione della violenza, quindi una volta iniziato

il percorso, è una cosa; altra cosa – e molto importante – è invece la presenza dello psicologo già in pronto soccorso.

Certamente il problema della formazione da entrambe sollevato è importante ai fini dell'emersione del sommerso e lei, dottoressa Ruggieri, quando ha raccontato la sua esperienza di medico di pronto soccorso donna ha pronunciato la parola giusta: sensibilità. Occorre infatti andare oltre l'apparenza, e questo però dipende non soltanto dalla persona e dalla sua formazione, ma anche dalle risorse umane disponibili: se ci si trova in un pronto soccorso a lavorare da soli e con un turno massacrante sulle spalle, pur sapendo che sarebbe necessario approfondire il caso che si ha davanti, magari non si ha il tempo di farlo. Si tratta quindi anche di una questione di organici oltre che di formazione del personale.

Che suggerimenti potete darci, inoltre, perché si possa stabilire a livello nazionale un codice di accesso in pronto soccorso che possa fornirci i numeri reali? Infatti, in mancanza di un codice specifico è difficile poter raccogliere i dati e sia noi che voi, che ce lo avete segnalato, abbiamo bisogno di dati concreti. Vorrei quindi sapere se potete fornirci delle cifre relative non soltanto alla violenza sulle donne che ricorrono al pronto soccorso ma anche a quella usata sulle operatrici sanitarie, aspetto che vorrei approfondire.

DONETTI. Per quanto riguarda la composizione dei *team*, nella ASL che dirigo sono presenti psicologi, assistenti sociali, ginecologi e mediatori culturali e tutte queste figure sono formate. Come però diceva giustamente la dottoressa Ruggieri, sappiamo che c'è una forte eterogeneità a livello nazionale; sarebbero quindi necessari *standard* omogenei nella composizione dei *team* di tutti i pronto soccorso che non può dipendere dal fatto di essere direttore generale donna o meno, ma deve derivare da *input* strutturali e sistemici.

Per quanto riguarda la codifica dei casi, come abbiamo sottolineato sia io che la dottoressa Ruggieri non si tratta solo dell'assenza di un codice specifico da assegnare in pronto soccorso ma anche della mancanza di rilevazione del fenomeno – sia emerso che sommerso – in tutta la rete interistituzionale e per rete interistituzionale io intendo anche quella delle associazioni che si occupano di violenza sul territorio; queste associazioni però lavorano su progetti che la programmazione regionale attua attraverso bandi annuali, ma una cadenza di questo tipo non permette un approccio sistemico al modello territoriale. Ecco perché sarebbe interessante che questi osservatori regionali lavorassero sull'intero processo di rilevazione della rete interistituzionale.

Paradossalmente, come sostiene la dottoressa Ruggieri, bene o male – in realtà dovrebbe essere bene e non bene o male, perché dovrebbero essere applicati *standard* definiti – al pronto soccorso la procedura c'è, ma se vogliamo attivare un percorso sano di prevenzione contro la violenza di genere dobbiamo capire il fenomeno esaminando l'emersione sul territorio: molto spesso il problema è a casa e non dipende dal livello culturale

o da quello economico; purtroppo dipende da una serie di elementi che conoscete benissimo e molto più di noi.

Forse sarebbe importante che la costruzione di quel sistema di rilevazione si facesse a livello nazionale, per avviare poi azioni proattive di prevenzione in tutte le politiche, quelle della scuola, quelle sanitarie e anche quelle dell'abitare (ricordo che nella parte del PNRR relativa ai Comuni si parla anche di qualità dell'abitare).

RUGGIERI. Per quanto riguarda il tracciamento e la codifica dell'accesso al pronto soccorso, nella catalogazione ICD9-CM sono indicati dei codici che identificano la violenza sessuale, la violenza fisica, l'aggressione, lo stupro; gli altri codici ICD9-CM sono relativi a una traumatologia specifica (frattura del femore o quant'altro). Noi abbiamo l'esigenza di disporre di un codice che identifichi il sospetto della violenza che si manifesta con una certa traumatologia o con una sindrome ansiosa o con una dermatite o con altro ancora, perché ricordo che tra gli indicatori dell'OMS di accessi plurimi di pronto soccorso delle vittime di violenza sommersa non c'è solo la traumatologia, ma anche dermatite, prurito, insonnia, ansia, dolori addominali; i sintomi sono veramente i più diversi e i più vaghi. Occorre quindi trovare un codice di chiusura che, insieme a quello specifico – già nel sistema nazionale EMUR c'è questa possibilità – possa tracciare il sospetto. Questo probabilmente, insieme agli accessi plurimi di pronto soccorso della stessa persona, darà un quadro molto più omogeneo e più dettagliato del sommerso. Questo è il suggerimento pratico che potrei darvi.

PRESIDENTE. Ringrazio la dottoressa Donetti e la dottoressa Ruggieri per la loro disponibilità.

Dichiaro conclusa l'audizione odierna.

I lavori terminano alle ore 9,05.

