

**RELAZIONE SU
DONNE, VIOLENZA E SALUTE**

(Relatrice: senatrice Maria RIZZOTTI)

Sommario

I. PREMESSA	4
II. LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO	7
III. LE LINEE GUIDA NAZIONALI PER LE AZIENDE SANITARIE E OSPEDALIERE IN TEMA DI ASSISTENZA SOCIO SANITARIA ALLE DONNE CHE SUBISCONO VIOLENZA.....	9
3.1 TRATTAMENTO DIAGNOSTICO - TERAPEUTICO.....	10
3.2. REPERTAZIONE E CONSERVAZIONE DELLE PROVE; VALUTAZIONE DEL RISCHIO.	11
3.3. COMPITI DELLE AZIENDE SANITARIE.....	12
3.4. FORMAZIONE PROFESSIONALE	13
IV. L'ATTUAZIONE DELLE LINEE GUIDA DA PARTE DELLE REGIONI.....	14
4.1 L'ATTIVITÀ DELLE REGIONI DURANTE L'EMERGENZA PANDEMICA.....	16
V. I FLUSSI EMUR: I DATI SUGLI ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO DELLE DONNE CHE HANNO SUBITO VIOLENZA	19
VI. LA PROTEZIONE DELLE DONNE DALLA VIOLENZA: ACCESSO AI DATI SANITARI E TUTELA PRIVACY UN PROBLEMA APERTO	23
VII. - IL RACCORDO TRA LE STRUTTURE OSPEDALIERE E IL TERRITORIO: LE RETI INTERISTITUZIONALI	25
7.1. LE AZIONI DELLE AZIENDE SANITARIE NELLE RETI SOCIO-SANITARIE.....	26
7.2. INTEGRAZIONE OSPEDALE – TERRITORIO	26
VIII. LE DISCRIMINAZIONI MULTIPLE E LA VIOLENZA DI GENERE	29
8.1. RENDERE VISIBILI LE DONNE CON DISABILITÀ	30
8.2. LA VIOLENZA SULLE DONNE ANZIANE.....	34
IX. LA VIOLENZA SULLE OPERATRICI DELLA SANITÀ	36
9.1. LA PREVENZIONE DELLA VIOLENZA SULLE OPERATRICI E OPERATORI: I CORSI DI FORMAZIONE ECM.....	38
X. IL REFERTO PSICOLOGICO	43
10.1 LE FINALITÀ DELLO SPORTELLO PSICOLOGICO IN PRONTO SOCCORSO	46
10.2 LA DOCUMENTAZIONE E LA STESURA DEL REFERTO PSICOLOGICO.	47

XI: CONCLUSIONI: CRITICITA' E PROSPETTIVE.....51

I. PREMESSA¹

La Commissione Parlamentare di inchiesta sul femminicidio, nonché su ogni forma di violenza di genere, istituita con la delibera del Senato della Repubblica del 16 ottobre 2018 (GU n.249 del 25 ottobre 2018) ha, tra i compiti ad essa attribuiti dall'articolo 1, comma1, lettere d) ed f), quello relativo all'accertamento del livello di attenzione e la capacità di intervento delle autorità e delle pubbliche amministrazioni centrali e periferiche competenti a svolgere attività di prevenzione e assistenza nonché il monitoraggio dell'effettiva applicazione da parte delle regioni del Piano antiviolenza e delle linee guida nazionali per le aziende sanitarie e ospedaliere in tema soccorso e assistenza socio-sanitaria alle vittime di violenza e ai loro parenti fino al terzo grado vittime di violenza assistita.

In tale ambito la Commissione ha pertanto stabilito di indagare specificamente i temi relativi all'assistenza sanitaria delle donne vittime di violenza ed in particolare l'attuazione delle «Linee guida nazionali per le aziende sanitarie e ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne che subiscono violenza», adottate nel 2016 ai sensi dell'articolo 1, commi 790 e 791, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 – legge di stabilità 2016.

Considerato che le strutture sanitarie sono infatti quelle che possono intercettare anche, in una fase precoce, i segni della violenza di genere e domestica a partire dalle strutture di pronto soccorso, le linee guida costituiscono un perimetro minimo per assicurare un intervento adeguato e integrato nel trattamento delle conseguenze fisiche e psicologiche che la violenza maschile produce sulla salute della donna e degli eventuali minori vittime di violenza assistita.

La Convenzione di Istanbul riconosce la violenza maschile contro le donne quale violazione dei diritti umani e forma di discriminazione, evidenziandone la natura strutturale. La violenza verso le donne è un fenomeno mondiale non ancora sufficientemente riconosciuto e denunciato. L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la violenza contro le donne come l'uso intenzionale della forza fisica o del potere, o della minaccia di tale uso, rivolto contro le stesse, o contro un'altra persona[...]che produca, o sia molto probabile che possa produrre, lesioni fisiche, morte, danni psicologici, danni allo sviluppo, privazioni. Dalle statistiche comunitarie,

¹ Alla stesura della Relazione hanno partecipato i collaboratori della Commissione ai sensi dell'articolo 23, comma 4, del Regolamento interno, dottoresse Vittoria Doretti e Alessandra Kustermann nonché la dottoressa Elvira Reale per il capitolo X.

risulta che in Europa la violenza rappresenta una tra le prime cause di morte delle donne nella fascia di età compresa tra i 16 e i 50 anni. Secondo dati diffusi dall'Istat, in Italia circa una donna su tre, dai 16 ai 70 anni, nel corso della propria vita, è stata vittima della violenza fisica o sessuale.

Nell'ambito dell'inchiesta sulle politiche di prevenzione, pertanto, la Commissione ha ritenuto indispensabile svolgere una specifica indagine sul fenomeno della violenza di genere connesso alla salute fisica e psicologica delle donne, al fine di approvare una specifica relazione.

La fine anticipata della legislatura non ha consentito lo svolgimento pieno del programma di audizioni e sopralluoghi che ci si era prefissati. Tuttavia, il materiale raccolto è molto ampio e consente di poter arrivare a conclusioni cui possa essere indirizzata, su questo campo, l'azione del prossimo Parlamento e del prossimo Governo per migliorare la situazione esistente.²

² La Commissione ha svolto le seguenti audizioni: seduta: del 14 gennaio 2020, Audizione di rappresentanti dell'associazione Viola Dauna, seduta: del 28 gennaio 2020, Audizione di esperte sull'applicazione delle linee guida concernenti il percorso di tutela delle donne vittime di violenza nelle strutture ospedaliere (Dottoressa Vittoria Doretti, Direttrice UOC Promozione ed Etica della Salute - Direzione Sanitaria - Direttrice UOSD Codice Rosa, Salute e Medicina di Genere - Azienda USL Toscana sud est - Responsabile Rete Regionale Codice Rosa - Regione Toscana; 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; dottoressa Antonella Bozzaotra, psicologa, intervento di refertazione psicologica in pronto soccorso agli ospedali di Santa Maria di Loreto e San Paolo di Napoli; dottoressa Ester Ricciardelli, intervento di refertazione psicologica in pronto soccorso agli ospedali di Santa Maria di Loreto e San Paolo di Napoli; dottoressa Antonietta Marano, responsabile preospedalizzazione centralizzata della Direzione sanitaria dell'ospedale Cardarelli e referente aziendale per la violenza di genere; dottoressa Alda Centolani, medico responsabile del percorso mantenimento-abuso dell'ospedale di Ravenna Ausl Romagna; dottoressa Rachele Nanni, psicologa responsabile del programma aziendale psicologia, refertazione psicologica Ausl Romagna); seduta: del 20 gennaio 2021, Audizione della Garante regionale per la tutela delle vittime di reato della regione Lombardia Avvocata Elisabetta Aldovrandi, e della Presidente dell'associazione "Tutte per Italia" e docente di politiche del welfare dell'Università degli Studi di Modena III prof.ssa Alessandra Servidori; seduta del 17 marzo 2021, audizione della dottoressa Anna Colucci, esperta dell'Istituto superiore di sanità sulla formazione del personale sanitario nei percorsi protetti per le donne che hanno subito violenza; seduta del 10 giugno 2021, Audizione di Rappresentanti della Federazione tra le Associazioni Nazionali delle persone con Disabilità (FAND e d.ssa Linda Legname e della Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap (FISH) d.ssa Silvia Cutrera; seduta: del 12 ottobre 2021, Audizione della Ministra per le disabilità, senatrice Erika Stefani; seduta: del 31 marzo 2022, audizione di Rappresentanti della Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale (FIMMG), d.ssa Tommasa Maio e d.ssa Alessandra Taraschi; seduta: del 5 aprile 2022, audizione del Presidente dell'Autorità garante per la protezione dei dati personali, professor Pasquale Stanzone; seduta: del 18 maggio 2022, audizione di Rappresentanti di Federsanità - Confederazione Anci regionali, dottoressa Daniela Donetti e dottoressa Maria Pia Ruggieri; seduta: del 25 maggio 2022, audizione del Direttore nazionale della Summer School "Vito Giustolisi" della Società Italiana della Medicina di Emergenza-Urgenza (SIMEU) dottor Mario Guarino; seduta: del 30 giugno 2022, audizione della Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) dottoressa Barbara

L'indagine si è svolta sulla base di alcuni presupposti: la prevenzione ed il contrasto al fenomeno delle violenze e l'assistenza alle vittime necessitano di un'intensa e convincente azione culturale della collettività, fondata su una coincidente organizzazione delle operatrici e degli operatori coinvolti, appartenenti ai diversi Enti e dotati di particolari e specifiche competenze in materia; una rete interistituzionale e delle associazioni nei diversi ambiti territoriali espressiva della cultura del contrasto all'uso della violenza nei rapporti interpersonali, che garantisca soccorso e sostegno a tutte le vittime ed una maggiore emersione di tali forme di reato nonché azioni sinergiche basate su collaborazioni stabili per un'offerta articolata e coordinata da esprimere sul piano di azione locale; dell'istituzione di tavoli operativi interistituzionali al fine di individuare prassi e modalità agili di risposta ad eventuali criticità, da implementare in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale; un monitoraggio del processo e una valutazione degli esiti in tutte le dimensioni al fine di porre in essere tutte le attività, in modalità integrata, nel rispetto delle proprie competenze con la possibilità di stimare anche la quota dei casi non intercettati dalle Istituzioni.

Attualmente, alla luce delle “Linee Guida Nazionali per le Aziende Sanitarie e Ospedaliere in tema di soccorso e assistenza Socio-Sanitaria alle donne che subiscono violenza” le aziende sanitarie devono adeguare e unificare i percorsi in una unica procedura denominata “Percorso per le donne che subiscono violenza”.

II. LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Anche in riferimento alla tutela sanitaria delle donne che subiscono violenza appare utile riportare la normativa di riferimento sulla base della quale le strutture sanitarie sono chiamate ad operare. In particolare, vale la pena di richiamare:

- la Dichiarazione per l'eliminazione della violenza sulle Donne emanata dalle Nazioni Unite nel 1993;
- Legge 15 febbraio 1996, n. 66 "Norme contro la violenza sessuale" (CPP art. 609 *bis-octies*);
- Legge 5 aprile 2001, n. 154 "Misure contro la violenza nelle relazioni familiari";
- Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante il Codice in materia di protezione dei dati personali ;
- Legge 9 gennaio 2006, n. 7, "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile";
- Legge 23 aprile 2009, n. 38, di conversione con modificazioni del D.L. n. 11 del 23 febbraio 2009 recante "Misure urgenti in materia di sicurezza pubblica di contrasto alla violenza sessuale nonché in tema di atti persecutori" (Legge anti stalking);
- Legge 1 ottobre 2012, n. 172, Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei minori contro lo sfruttamento e l'abuso sessuale, fatta a Lanzarote il 25 ottobre 2007, nonché norme di adeguamento dell'ordinamento interno;
- Legge 27 giugno 2013, n. 77, Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, fatta a Istanbul l' 11 maggio 2011;
- Legge 15 ottobre 2013, n. 119, di conversione con modificazioni del D.L. n.93 del 14 agosto 2013 recante "Disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto alla violenza di genere" con la quale si adottano nuove norme che hanno l'obiettivo di prevenire il femminicidio e di proteggere le vittime dei reati rendendo più incisivi gli strumenti della repressione penale dei fenomeni di maltrattamenti in famiglia, violenza sessuale e atti persecutori (*stalking*);

- Decreto Legislativo 15 giugno 2015, n.80, articolo 24, recante "Congedo per le donne vittime di violenza di genere";
- Legge 28 dicembre 2015, n. 208 – legge di stabilità 2016, articolo 1, commi 790 e 791.
- Decreto Legislativo 15 dicembre 2015, n. 212, recante “Attuazione della direttiva 2012/29/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 25/10/2012, che istituisce norme minime in materie di diritti, assistenza e protezione delle vittime di reato e che sostituisce la decisione quadro del 15.03 2001 /220/GAI”; DPCM 24/11/2017 -
- Linee Guida per le Aziende Sanitarie ed Aziende Ospedaliere in tema di soccorso e assistenza sociosanitaria alle donne vittime di violenza, Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 24 novembre 2017, G.U. n. 24 del 30-1-2018;
- Presidenza Consiglio Ministri - Dipartimento Pari Opportunità "Piano Strategico Nazionale 2017-2020 sulla violenza maschile contro le donne";
- Legge n. 69 del 19 luglio 2019 “Codice Rosso” recante “Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e altre disposizioni in materia di tutela delle vittime di violenza domestica e di genere”;
- D.P.C.M. 17 dicembre 2020, “Reddito di libertà per le donne vittime di violenza”;
- Legge 14 agosto 2020, n. 113, recante "Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni".

III. LE LINEE GUIDA NAZIONALI PER LE AZIENDE SANITARIE E OSPEDALIERE IN TEMA DI ASSISTENZA SOCIO SANITARIA ALLE DONNE CHE SUBISCONO VIOLENZA

Le Linee Guida Nazionali³ stabiliscono che «Il percorso per le donne che subiscono violenza, garantisce una tempestiva e adeguata presa in carico delle donne a partire dal triage e fino al loro accompagnamento/orientamento, se consenzienti, ai servizi pubblici e privati dedicati presenti sul territorio di riferimento al fine di elaborare, con le stesse, un progetto personalizzato di sostegno e di ascolto per la fuoriuscita dalla esperienza di violenza subita» e che «destinatario del percorso sono le donne che subiscono violenza (con il termine «donne» sono da intendersi anche le ragazze di meno di 18 anni come previsto dall'articolo 3 lettera f) della Convenzione di Istanbul), italiane e straniere, che abbiano subito una qualsiasi forma di violenza. Sono coinvolti nel Percorso anche le/gli eventuali figlie/i minori della donna, testimoni o vittime di violenza, assistita tenuto conto della normativa riguardante i minori e delle vigenti procedure di presa in carico socio-sanitaria delle persone minorenni».

Le Linee guida prevedono che la donna possa accedere al pronto soccorso: spontaneamente (sola o con prole minore); accompagnata dal 118 con o senza l'intervento delle forze dell'ordine; accompagnata dalle forze dell'ordine; accompagnata da operatrici dei Centri antiviolenza; accompagnata da altri servizi pubblici o privati; accompagnata da persone da identificare; accompagnata dall'autore della violenza.

Il personale infermieristico addetto al triage, con un'adeguata formazione professionale, deve procedere al tempestivo riconoscimento di ogni segnale di violenza, anche quando non dichiarata. A tal fine può avvalersi di informazioni relative ad eventuali precedenti accessi al pronto soccorso del territorio da parte della donna.

Le linee guida prevedono inoltre che nella zona del triage deve essere presente materiale informativo (cartaceo e/o multimediale) visibile e comprensibile anche da donne straniere, relativo a: tipologie di violenza; effetti della violenza sulla salute di donne e bambine/i; normativa di riferimento; indicazioni logistiche sui servizi pubblici e privati dedicati presenti sul territorio;

³ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/01/30/18A00520/SG>.

servizi per il sostegno a figlie/i minori testimoni e/o vittime di violenza; indicazioni relative al numero di pubblica utilità 1522.

Salvo che non sia necessario attribuire un codice di emergenza (rosso o equivalente), alla donna deve essere riconosciuta una codifica di urgenza relativa - codice giallo o equivalente - così da garantire una visita medica tempestiva (di solito tempo di attesa massimo 20 minuti) e ridurre al minimo il rischio di ripensamenti o allontanamenti volontari.

Alla donna presa in carico dovranno essere assicurate l'assistenza e la protezione richieste dal caso specifico.

L'assegnazione del codice giallo o equivalente determina l'attivazione del "Percorso per le donne che subiscono violenza". Oltre al codice di triage verrà assegnato un identificativo di Percorso definito nell'ambito dell'organizzazione del pronto soccorso che concorre a determinare l'attivazione del Percorso stesso. Nel caso in cui la donna abbia fatto accesso al pronto soccorso con figlie/i minori è opportuno che le/gli stesse/i restino con la madre e che siano coinvolti nel suo stesso Percorso.

3.1 TRATTAMENTO DIAGNOSTICO - TERAPEUTICO

La donna presa in carico deve essere accompagnata in un'area separata dalla sala d'attesa generale che le assicuri protezione, sicurezza e riservatezza. Eventuali accompagnatrici/accompagnatori, ad eccezione delle/dei figlie/i minori, dovranno essere in un primo momento allontanati; successivamente, e solo su richiesta della donna, potranno raggiungerla nell'area protetta. L'area protetta rappresenta, possibilmente, l'unico luogo in cui la donna viene visitata e sottoposta ad ogni accertamento strumentale e clinico, nonché il luogo di ascolto e prima accoglienza (ove anche reperire il materiale utile per una eventuale denuncia/querela), nel pieno rispetto della sua *privacy*.

L'operatrice/operatore che prende in carico la donna dovrà: utilizzare una corretta comunicazione con un linguaggio semplice, comprensibile e accessibile anche alle donne affette da disabilità sensoriale, cognitiva o relazionale; garantire un ascolto e un approccio empatico e non giudicante; instaurare con la donna un rapporto basato sulla fiducia, così da favorire l'eventuale passaggio alla fase successiva alla presa in carico, nel pieno rispetto della libertà di scelta e di autodeterminazione della stessa; attivare per donne straniere, ove necessario, la presenza di mediatrici culturali e linguistiche; attivare per donne affette da disabilità, ove

necessario, la presenza di figure di supporto; informare nel dettaglio la donna delle varie fasi del Percorso; acquisire il consenso libero e informato per ogni fase del Percorso al fine di: rilevare, anche con domande specifiche, la violenza subita e i rischi immediati; verificare la presenza di figlie/i minori, informando la donna propri obblighi di legge e delle conseguenze per le/i figlie/i relative alla violenza; informare la donna della presenza sul territorio dei Centri antiviolenza, dei servizi pubblici e privati dedicati; avviare, qualora la donna ne faccia richiesta, le procedure di contatto con i Centri antiviolenza o con gli altri attori della rete antiviolenza territoriale; informare la donna della possibilità di sporgere denuncia o querela, anche contattando direttamente le forze dell'ordine qualora previsto per legge.

3.2. REPERTAZIONE E CONSERVAZIONE DELLE PROVE; VALUTAZIONE DEL RISCHIO.

Per evitare la contaminazione, la degradazione e la perdita di tracce biologiche, ed ottenere risultati fruibili per successivi ed eventuali procedimenti giudiziari, sono indispensabili una corretta repertazione, una successiva corretta conservazione, e la predisposizione della catena di custodia dei reperti.

Al termine del trattamento diagnostico-terapeutico, l'operatrice/operatore sanitaria/o che ha preso in carico la donna utilizza lo strumento di rilevazione "*Brief Risk Assessment for the Emergency Department - DA5*", indicato dal Ministero della salute, per essere coadiuvata/o nella elaborazione e formulazione di una corretta e adeguata rilevazione in pronto soccorso del rischio di recidiva e letalità e per adottare le opzioni di dimissioni di seguito suggerite:

a) Rilevazione del rischio in Pronto Soccorso basso:

L'operatrice/operatore sanitaria/o informa la donna della possibilità di rivolgersi ai Centri antiviolenza, ai servizi pubblici e privati della rete locale e la rinvia al proprio domicilio; qualora la donna acconsenta, attiva la rete antiviolenza territoriale.

b) Rilevazione del rischio in Pronto Soccorso medio/alto:

L'operatrice/operatore sanitaria/o informa la donna della possibilità di rivolgersi ai Centri antiviolenza, ai servizi pubblici e privati della rete locale e, qualora la donna acconsenta, attiva la rete antiviolenza territoriale. In mancanza di possibili soluzioni immediate, e se previsto da accordi con la Direzione Sanitaria di riferimento, l'operatrice/operatore sanitaria/o prospetta alla donna la possibilità di rimanere in osservazione breve intensiva (OBI) o comunque in ambiente ospedaliero per un tempo non superiore alle 36/72 ore, al fine di garantire la sua protezione e messa in sicurezza.

L'operatività deve essere consentita H24, attraverso il ricorso a specifiche procedure condivise ed improntate a criteri di integrazione funzionale e di flessibilità organizzativa, atte a garantire la continuità della protezione del Pronto Soccorso per le donne e i figli minori sino all'attivazione dei servizi territoriali.

L'operatrice/operatore sanitaria/o ha sempre l'obbligo di informare la donna della possibilità di rivolgersi ai Centri antiviolenza presenti sul territorio, ai servizi pubblici e privati della rete locale e, ogni qual volta la donna acconsenta, attiva la rete antiviolenza territoriale, allertando gli attori coinvolti nei protocolli formalizzati.

I Centri antiviolenza possono rappresentare un riferimento per le strutture sanitarie e ospedaliere e possono lavorare in sinergia e a supporto delle operatrici e operatori del pronto soccorso in seguito alla stipula di appositi accordi/convenzioni, in tal senso, con le Direzioni generali.

3.3. COMPITI DELLE AZIENDE SANITARIE

Le Aziende sanitarie locali e le Aziende ospedaliere, anche attraverso i propri distretti, presidi e servizi territoriali, devono adoperarsi affinché, nel prestare assistenza socio-sanitaria a donne che subiscono violenza, siano rispettate tutte le indicazioni contenute nelle presenti Linee guida nazionali.

Dovranno di conseguenza impegnarsi a: realizzare al loro interno percorsi e procedure di accoglienza e presa in carico che prevedano e garantiscano, tra l'altro, il raccordo operativo e la comunicazione con tutti gli attori della rete antiviolenza territoriale; garantire una regolare e continua attività di formazione e aggiornamento del personale - compreso quello convenzionato (ad esempio medici di famiglia, pediatri, medici specialistici) -, partecipando alla progettazione e alla organizzazione di moduli formativi, anche avvalendosi delle competenze specifiche e operative maturate negli anni a partire dal proprio territorio; partecipare a tavoli di confronto periodici con istituzioni e soggetti pubblici e privati della rete antiviolenza territoriale; assicurare il monitoraggio costante del fenomeno della violenza maschile contro le donne, attraverso la rilevazione e il controllo degli strumenti in uso (scheda del triage, schede di dimissione); effettuare il monitoraggio dell'applicazione delle procedure, con eventuale avvio di azioni di miglioramento.

Le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere devono individuare un referente del Percorso per le donne che subiscono violenza che deve interfacciarsi con gli altri attori della rete

antiviolenza territoriale. Inoltre, in attuazione delle linee guida nazionali e nel rispetto degli indirizzi e degli assetti organizzativi definiti a livello regionale, dovranno coordinare e supervisionare il Percorso per le donne che subiscono violenza e trasmettere periodicamente, ai competenti referenti regionali, una relazione aggiornata sullo stato e sugli esiti delle procedure, nonché comunicare e far confluire i dati raccolti nell'ambito del sistema di monitoraggio previsto a livello regionale e nazionale.

3.4. FORMAZIONE PROFESSIONALE

La formazione professionale e l'aggiornamento continui di operatrici e operatori sono indispensabili per una buona attività di accoglienza, di presa in carico, di rilevazione del rischio e di prevenzione. I moduli formativi dovranno fornire una adeguata conoscenza di base del fenomeno della violenza maschile contro le donne in merito a: dinamiche della violenza da parte dei soggetti autori di violenza: come nasce e si sviluppa, il ruolo degli stereotipi e degli atteggiamenti sessisti; conseguenze della violenza sulla salute e sul benessere della donna e delle/dei sue/suoi figlie/i; tutela delle categorie vulnerabili: quali sono, specifici obblighi e possibili percorsi per donne disabili, in gravidanza, minori ecc.; criteri e metodologie per instaurare con la donna una relazione fondata sull'ascolto e sull'accoglienza;

conoscenza delle risorse economiche e professionali disponibili sul territorio; collaborazione fattiva con la rete territoriale intra ed extra ospedaliera; lettura della rilevazione del rischio in Pronto Soccorso di recidiva e letalità; promozione condivisa e sinergica di un sapere comune, volto al confronto e alla conseguente crescita professionale.

In dimissione è obbligatorio comunicare alla vittima la presenza sul territorio di centri antiviolenza, del terzo settore e di tutti i servizi di rete dedicati: una mappatura del territorio dettagliata e aggiornata deve essere presente in pronto soccorso.

IV. L'ATTUAZIONE DELLE LINEE GUIDA DA PARTE DELLE REGIONI

Dato conto del disegno di assistenza contenuto nelle Linee guida nazionali, la Commissione ha ritenuto indispensabile verificare quante siano state le Regioni che hanno dato attuazione a questi percorsi, nella convinzione che anche questo aspetto del funzionamento del sistema sanitario nazionale possa giocare un ruolo primario nel contrasto alla violenza.

La Commissione ha proceduto pertanto, attraverso una lettera rivolta ai Presidenti delle Regioni e agli Assessori che si occupano del sistema sanitario, ad acquisire le seguenti informazioni:

1) in relazione ai dati sull'attuazione e applicazione regionale delle Linee guida è necessario fornire i dati complessivi riferiti alla Regione e non quelli relativi a singole strutture ospedaliere. In particolare, è necessario conoscere il numero di tutte le aziende sanitarie ed ospedaliere che hanno attuato le Linee guida ed il numero delle sale per il codice rosa presenti sul territorio regionale;

2) i dati relativi al finanziamento, nel triennio 2017-2019, dei Percorsi di salute per la tutela delle vittime di violenza;

3) i dati relativi alla formazione specialistica del personale sanitario che la sua regione ha attuato al fine di assicurare assistenza alle donne vittime di violenza;

4) i dati relativi alle azioni ed alle iniziative specificamente assunte a tutela delle donne che hanno subito violenza dall'inizio dell'emergenza pandemica da Covid-19 ad oggi;

5) i dati relativi ad eventuali iniziative ulteriori assunte dalla sua regione a tutela delle donne vittime di violenza, anche in raccordo con altre istituzioni o organismi operanti nel territorio regionale.

Alle richieste di informazione della Commissioni hanno risposto - allo stato⁴ - dodici Regioni e le due Province Autonome di Trento e Bolzano: Abruzzo, Emilia-Romagna, Friuli-

⁴ Deve peraltro essere segnalato che le richieste di informazioni sono state inviate durante il periodo dell'emergenza pandemica e che - come già rilevato - la conclusione anticipata della Legislatura non ha consentito di acquisire la completa documentazione da parte di tutte le Regioni. Nondimeno, la Commissione ha ritenuto comunque di particolare utilità segnalare il quadro parziale emerso, anche al fine di consentire alle Istituzioni, come segnalato nel capitolo XI, di proseguire nel lavoro di monitoraggio e implementazione delle Linee Guida.

Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Molise, Piemonte, Sardegna, Toscana, Valle d'Aosta, Veneto e le Province Autonome di Trento e Bolzano.

Dalle risposte ricevute si può in linea di massima affermare che nei pronto soccorso degli ospedali italiani sembra persistere ancora una forte disomogeneità nell'assistenza prestata alle donne che hanno subito violenza e nella attuazione delle Linee Guida Nazionali.

Tutte le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere delle Regioni che hanno fornito dati alla Commissione hanno attuato pienamente le Linee Guida con l'eccezione dell'Emilia-Romagna, della la Liguria, della Sardegna e della Provincia Autonoma di Trento che stanno completando l'attuazione delle linee guida, ma hanno nel frattempo comunque adottato protocolli e specifiche procedure.

Nella regione Toscana, in particolare, dal 2009 è presente nel Sistema Sanitario regionale la “Rete di Codice Rosa” (termine poi ripreso in molte altre realtà e regioni anche per indicare l'applicazione delle linee guida nazionali). Si tratta di una Rete clinica tempo-dipendente regionale con articolazioni presenti in tutte le aziende sanitarie locali territoriali e ospedaliere, che definisce le modalità di accesso ed il percorso socio-sanitario, in particolare nei servizi di emergenza urgenza delle donne vittime di violenza di genere (Percorso Donna - conforme a quanto previsto dalle Linee guida nazionali DPCM del 24 dicembre 2017) e vi è anche un percorso per le vittime dei crimini di odio con una particolare specificità e attenzione per donne sottoposte a discriminazioni multiple. (Percorso per le Vittime di Crimini d'odio - implementazione della direttiva 2012/29/EU sugli *standard* minimi di diritti, supporto e protezione delle vittime di crimini d'odio). La Rete definisce anche le modalità di allerta ed attivazione dei successivi percorsi territoriali, nell'ottica di un *continuum* assistenziale e di presa in cura e in carico globale. Il percorso può comunque essere attivato in qualsiasi modalità di accesso al servizio sanitario regionale, sia esso in area di emergenza-urgenza, ambulatoriale o di degenza ordinaria, come più dettagliatamente specificato da procedure aziendali. Opera in collegamento e condivisione di procedure e percorsi con altri Enti ed Istituzioni, in particolare con i Centri Antiviolenza ⁵.

5 Il Codice Rosa, in particolare, è nato a seguito dell'esperienza positiva realizzata dalla Asl 9 di Grosseto, dove per la prima volta vennero sperimentati il percorso in pronto soccorso elaborato da una Task Force interistituzionale con la creazione della stanza dedicata e riservata alle vittime di violenza e l'accesso prioritario e rapido al triage, la formazione e la progettazione congiunta e continua tra operatrici e operatori di ambito socio-sanitario della Procura, della Polizia Giudiziaria e Forze dell'ordine e in particolare con i Centri Antiviolenza anche nella fase di progettazione. Questi sono divenuti poi elementi

Relativamente ai Finanziamenti del triennio 2017-2019 dei Percorsi di tutela per le vittime di violenza le Regioni Abruzzo, Lombardia, Molise non hanno fornito risposte. Le Provincie Autonome di Trento e Bolzano e le restanti Regioni (Emilia-Romagna, Friuli, Liguria, Piemonte, Toscana, Valle d'Aosta, Veneto) hanno fornito risposte molto diversificate nel dettaglio. Infine, la regione Sardegna ha specificato che pur non avendo ricevuto finanziamenti *ad hoc* ha garantito i percorsi delle Linee Guida con le risorse programmate nel corso degli anni.

In relazione ai dati sulla formazione degli operatori, tutte le Regioni e le province autonome che hanno risposto alle richieste della Commissione hanno fornito dati sui percorsi di formazione specialistica per il personale sanitario.

4.1 L'ATTIVITÀ DELLE REGIONI DURANTE L'EMERGENZA PANDEMICA

In relazione alle attività svolte dalle Regioni durante l'emergenza pandemica da Covid-19, rinviando per i dati sulla violenza durante la pandemia alle relazioni approvate sul tema dalla Commissione (Doc. XXII-*bis* nn. 1 e 2) appare utile ricordare quella della Toscana che con la DGRT n. 503/2020 ha fornito indicazioni alle reti locali antiviolenza per la gestione dei nuovi inserimenti nelle case rifugio al fine di favorire soluzioni organizzative in grado di minimizzare i rischi di contagio e specifici percorsi integrati. In particolare è stato previsto che nei casi urgenti di messa in sicurezza delle donne (sole o con figli) qualora, in caso di denuncia, non fosse stato disposto l'allontanamento del violento come dà indicazioni della Commissione Parlamentare di Inchiesta sul Femminicidio (Doc, XXII-*bis* n, 1), la rete territoriale antiviolenza si attivasse per trovare soluzioni di accoglienza della durata di almeno 14 giorni prima dell'inserimento nelle case rifugio che presentassero la necessaria disponibilità, al fine di scongiurare eventuali potenziali rischi di contagio. Tale soluzione è stata individuata prevedendo uno stretto raccordo tra il centro antiviolenza che segue la donna e l'equipe integrata multidisciplinare che segue i minori, avendo cura di garantire la massima riservatezza e sicurezza, anche grazie alla collaborazione delle forze dell'ordine. Inoltre, è stata prevista la possibilità di ricorrere a nuove soluzioni alloggiative, anche

centrali delle Linee Guida nazionali. Queste stesse caratteristiche del modello hanno contribuito a rendere la Rete particolarmente resiliente anche durante la pandemia da Covid-19.

di carattere temporaneo, in grado di offrire l'indispensabile ospitalità alle vittime che, per motivi sanitari, non potevano trovare accoglienza nelle strutture e nelle case rifugio.

Per quanto riguarda la Provincia Autonoma di Bolzano, sono stati stanziati finanziamenti per inserire le donne nelle strutture ricettive (*hotel e residence*) oltre ai Centri antiviolenza, è stato implementato l'utilizzo di strumenti digitali per lavorare in Rete ed attivato un sistema telematico per l'accesso condiviso da remoto di informazioni e strumenti di lavoro a tutte le operatrici, nonché prevista l'attivazione di una seconda linea telefonica di emergenza. È stata inoltre segnalata la creazione di buone prassi e linee guida con le Forze dell'Ordine per facilitare l'accesso alle donne in caso di denuncia, ed assicurata l'erogazione del servizio notturno in modalità da remoto.

Anche nella regione Emilia- Romagna sono stati stanziati finanziamenti per inserire le donne nelle strutture ricettive prima di inviarle ai centri antiviolenza.

Per quanto riguarda la Liguria, i CAV hanno continuato a lavorare quasi esclusivamente da remoto e una reperibilità H24 attraverso il numero nazionale 1522 implementando l'utilizzo di e-mail e Social Network.

La Regione Lombardia ha implementato i fondi destinati ai Centri Antiviolenza al fine di fronteggiare l'emergenza. L'obiettivo della misura è stato quello di sostenere i Centri Antiviolenza, le Case Rifugio e le altre strutture di accoglienza che hanno assicurato l'accessibilità ai servizi offerti dal sistema regionale di prevenzione e alla violenza durante l'emergenza sanitaria Covid-19, ampliando l'offerta dei servizi alle donne vittime di violenza, con particolare attenzione anche alle esigenze dei loro figli/figlie e promuovere la messa a sistema di nuove soluzioni utilmente sperimentate durante la pandemia.

La Regione Sardegna, attraverso la delibera n.23/13 del 29 aprile 2020 Emergenza Covid-19, ha approvato le linee guida per la costruzione della rete per la gestione delle situazioni familiari problematiche derivanti anche dalla prolungata condivisione degli spazi in seguito all'emergenza Covid-19, ed ha potenziato i CAV e le case di accoglienza del territorio.

La Regione Valle d'Aosta ha intrapreso iniziative *online* al fine di informare la cittadinanza, ha organizzato conferenze online e materiale multimediale per suggerire consigli utili per come chiedere aiuto nonostante la convivenza forzata in casa; è stato, inoltre, individuato un alloggio a

disposizione del Centro Donne contro la Violenza, soluzione denominata “di seconda accoglienza” gestita direttamente dal Centro e rivolta a coloro che non necessitavano della tipologia di accoglienza protetta offerta invece dalla casa rifugio.

Infine, nella Regione Veneto, le Aziende del territorio hanno collaborato attivamente nella diffusione del materiale informativo elaborato dall’Istituto Superiore di Sanità a supporto delle donne vittime di violenza nel periodo dell’emergenza Covid-19 anche mediante l’individuazione di un referente nominato per ogni UOC di Pronto Soccorso della Regione Veneto.

Le Regioni si sono impegnate nella diffusione di materiale informativo sia prodotto dall’Istituto superiore di sanità che realizzato dalle stesse Aziende Regionali. È stata comunque ovunque garantita la presa in carico delle vittime di violenza di genere, dando spazi più ampi ai colloqui con operatrici dei Centri Violenza anche se in modalità online.

Circa, infine, le ulteriori iniziative assunte a tutela delle donne vittime di violenza, anche in raccordo con altre istituzioni o organismi operanti nel territorio regionale, molte sono state le iniziative intraprese - al di fuori delle linee guida - da parte delle Regioni. Tra queste meritano di essere segnalate quelle che hanno previsto esenzioni, percorsi specifici all’interno del pronto soccorso, gruppi di lavoro interdisciplinari, attuazione di percorsi di tutela per uomini autori di violenza, percorsi di tutela per le donne vittime di violenza durante la gravidanza.

V. I FLUSSI EMUR: I DATI SUGLI ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO DELLE DONNE CHE HANNO SUBITO VIOLENZA

La Commissione ha acquisito dal Ministero della salute elementi conoscitivi sui flussi informativi EMUR⁶. Al fine di rendere più efficace la produzione di dati per la conoscenza del fenomeno relativo alla violenza di genere, così come richiesto anche dalla Convenzione di Istanbul, il 20 novembre 2019 è stato stipulato un accordo tra l'ISTAT e il Ministero della salute, attualmente in fase di rinnovo, volto a sviluppare un rapporto di collaborazione finalizzato ad analizzare i contenuti informativi relativi agli accessi in pronto soccorso con diagnosi di violenza rilevati dal Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza (EMUR). Il Sistema EMUR, istituito con decreto ministeriale del 17 dicembre 2008, consente la rilevazione ed il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'emergenza-urgenza, sia da parte del Sistema 118 che dei presidi ospedalieri, con riferimento alle attività di pronto soccorso.

Relativamente a tali attività, i principali contenuti informativi rilevati e trasmessi al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della salute sono: la struttura erogatrice, i dati relativi all'accesso ed alla dimissione dell'assistito, la diagnosi e le prestazioni erogate. L'analisi di questi dati ha consentito l'individuazione dei fattori che caratterizzano gli accessi ripetuti da parte delle donne al pronto soccorso, con particolare *focus* sulle donne che hanno ricevuto, in un dato periodo di riferimento, almeno una diagnosi principale o secondaria riconducibile a violenza, a partire da una selezione di diagnosi codificate attraverso la classificazione ICD9-CM, individuando schematismi negli accessi al pronto soccorso.

In applicazione di quanto sopra descritto, nell'anno 2021, nell'ambito dell'accordo ISTAT - Ministero della salute per "l'alimentazione della Banca dati sulla violenza di genere con i flussi informativi sanitari", il Ministero ha effettuato un'analisi degli accessi delle donne vittime di violenza negli anni 2014 - 2020, al fine di conoscere il fenomeno relativo alle donne che si rivolgono al percorso dell'emergenza, nonché le modalità di accoglienza loro riservate, anche per l'identificazione di *policy* e indicazioni per le operatrici e gli operatori sanitari.

⁶ La Commissione deve un particolare ringraziamento al sottosegretario alla salute Sileri che avrebbe dovuto essere audito. La conclusione anticipata della legislatura non lo ha consentito, ma il sottosegretario ha depositato agli atti della Commissione la Sua relazione fornendo i dati richiesti al Ministero della Salute.

Il processo complessivo della analisi esplorativa dei dati per la caratterizzazione del fenomeno della violenza, è stato così strutturato: 1) individuazione delle donne che hanno ricevuto almeno una diagnosi di violenza nel periodo di riferimento; 2) estrazione dello storico degli accessi delle predette donne nel medesimo periodo; 3) integrazione delle variabili esplicative con informazioni addizionali provenienti dalla anagrafica delle strutture di Pronto Soccorso, integrazione con variabili analitiche sulla frequenza degli accessi ed aggiunta di apposite variabili di stratificazione (tra cui l'età, opportunamente suddivisa in fasce); 4) aggregazione delle variabili per la costruzione degli indici statistici degli accessi 5. calcolo delle statistiche degli accessi.

Dai dati è emerso che l'emergenza sanitaria da SARS-CoV2 ha determinato un aumento della pressione sulle strutture sanitarie e un forte impatto sull'accessibilità dei servizi, anche quelli di emergenza-urgenza. I dati sugli accessi al Pronto Soccorso hanno consentito di misurare alcuni effetti della pandemia, anche in relazione agli accessi delle donne vittime di violenza. Nel 2020, infatti, si sono registrati circa 6 milioni di accessi al pronto Soccorso di donne, di cui quasi 5.500 con l'indicazione di diagnosi di violenza (9,2 ogni 10 mila accessi). Il totale degli accessi per qualsiasi diagnosi nell'anno della pandemia ha subito una diminuzione del 40% rispetto al 2019, mentre quelli con diagnosi di violenza sono diminuiti in misura minore (28%). Nel periodo precedente all'emergenza sanitaria (2014-2019) si era registrato un numero crescente di accessi al pronto soccorso di donne con diagnosi di violenza, da circa 3.300 a oltre 7.600 (+133%), a fronte di un aumento degli accessi totali pari al 4%. L'incidenza di tali accessi, rispetto agli accessi totali, è quindi cresciuta da 3,4 ogni 10 mila nel 2014 a 7,7 nel 2019. Tale andamento crescente è verosimilmente attribuibile in parte alla maggiore sensibilizzazione e capacità degli operatori sanitari del pronto soccorso di "riconoscere" i casi di violenza (emersione del fenomeno), anche grazie alle attività formative sul tema da parte del Ministero della salute e dell'Istituto Superiore di Sanità e, in parte, anche ad un aumento assoluto dei casi di violenza. Infatti, nel 2020, a fronte di un abbattimento degli accessi del 28%, il tasso di violenza è risultato incrementato del 19%, rispetto al 2019, e la fascia di età con maggior frequenza si è rivelata quella 35-44 anni. È emerso, altresì, che un accesso in pronto soccorso su 6 (16,9%), con problema principale per "Trauma", è relativo a donne con età inferiore ai 24 anni, evidenziando una incidenza non trascurabile di violenza nei confronti di giovani o minori e che, mediamente, più di 4 donne su 10 (44,4%), con pregresso di diagnosi di violenza, ricevono in pronto soccorso la diagnosi problema principale "Trauma".

Dunque, seppur il Sistema EMUR non nasce con il precipuo obiettivo di rilevare i dati e le informazioni relative alla violenza contro le donne, ma di rilevare e monitorare le prestazioni erogate nell'ambito dell'emergenza-urgenza, i dati nello stesso raccolti consentono l'effettuazione dell'analisi sopra descritta, evidenziando fattori concomitanti con diagnosi e accessi ripetuti nel tempo, che aiutano a rilevare i casi di violenza sulle donne.

Al fine di progettare adeguate politiche di prevenzione e contrasto alla violenza di genere, nonché di assicurare un effettivo monitoraggio del fenomeno, come già ricordato è stata approvata la legge 5 maggio 2022, n. 53, recante "Disposizioni in materia di statistiche in tema di violenza di genere" che, all'articolo 4, prevede per tutte le strutture sanitarie pubbliche, e in particolare per le unità operative di pronto soccorso, l'obbligo di fornire i dati e le informazioni relative alla violenza contro le donne.

Il predetto articolo dispone, altresì, che il flusso informativo EMUR Pronto Soccorso sia integrato con le informazioni utili e necessarie per la rilevazione della violenza di genere contro le donne, assicurando l'individuazione della relazione tra autore e vittima e rilevando il seguente ulteriore data set di informazioni: a) la tipologia di violenza, fisica, sessuale, psicologica o economica, esercitata sulla vittima; b) se la violenza è commessa in presenza dei figli degli autori o delle vittime e se la violenza è commessa unitamente ad atti persecutori; c) gli indicatori di rischio di vittimizzazione secondaria previsti dall'allegato B al DPCM 24 novembre 2017, facendo salva la garanzia di anonimato delle vittime. Tale obbligo impone alle unità operative di pronto soccorso di adeguare i flussi informativi per migliorare la qualità dei dati trasmessi dai pronto soccorso ai sistemi informativi regionali e la modifica degli applicativi di pronto soccorso per migliorare ulteriormente la capacità degli operatori sanitari che operano in queste strutture di "riconoscere" i casi di violenza e fornire loro strumenti utili all'interno dell'applicativo e quindi più facilmente fruibili. Ulteriori analisi esplorative sui dati EMUR PS anche in combinazione con le SDO (Schede di dimissione ospedaliera) potrebbero portare alla conferma delle evidenze emerse da queste prime analisi e fornire ulteriori chiavi per facilitare l'intercettazione delle donne vittime di violenza e la loro accoglienza in un percorso di uscita dalla violenza.

Va tuttavia rilevato che la non uniformità tra i sistemi informatici di rilevazione degli accessi e delle dimissioni dai Pronto Soccorso delle singole Regioni - e a volte anche all'interno della stessa Regione - rende sostanzialmente impossibile nell'emergenza accedere a informazioni che sarebbero fondamentali per una più accurata valutazione della persona che ha subito violenza,

specie se in quel momento la donna non ha ancora stabilito una relazione di fiducia con l'operatrice/operatore sanitario.

Sotto tale profilo, nel rispetto delle vigenti normative per la tutela della *privacy* e protezione dei dati, sarebbe pertanto opportuno valutare l'introduzione di modalità di interscambio di informazioni nella Rete di assistenza socio-sanitaria.

VI. LA PROTEZIONE DELLE DONNE DALLA VIOLENZA: ACCESSO AI DATI SANITARI E TUTELA PRIVACY UN PROBLEMA APERTO

La Commissione ha ritenuto necessario affrontare il tema del contemperamento dell'esigenza di garantire la riservatezza dei dati sanitari delle donne che hanno subito violenza e si sono rivolte alle strutture sanitarie di pronto soccorso, per l'assoluta delicatezza di questi dati, e la necessità, da parte delle diverse strutture di pronto soccorso, di poter accedere a quei dati per poter individuare le violenze più pericolose e ripetute che, non raramente, vengono registrate in pronto soccorso differenti a cui le donne si rivolgono di volta in volta.

Il Garante per la protezione dei dati, appositamente richiesto di chiarimenti, nell'audizione svolta in Commissione⁷ ha specificato al riguardo che: «L'idea della necessaria sinergia tra protezione della vittima (anche nella sua componente dignitaria e quindi, nella necessaria riservatezza che merita) e contrasto del femminicidio è, del resto, alla base dell'approccio integrato proposto dalla Convenzione di Istanbul, articolato sulle 4 P (*prevent*, *punish* e, appunto, *protect*). Riservatezza dei dati personali della vittima non vuol dire, peraltro, incomunicabilità o segretezza assolute delle informazioni inerenti il fatto di reato, gli abusi subiti e le condizioni della persona offesa. Vuol dire, più precisamente, circolazione delle informazioni nella sola misura effettivamente necessaria (è il criterio essenziale del “*need to know*”), per finalità predeterminate e legittime. In questo senso- prosegue il Garante - il quesito posto dalla Commissione "se, cioè, la privacy possa rappresentare un ostacolo alla condivisione d'informazioni utili alla presa in carico della vittima – non può che ricevere una risposta recisamente negativa. La privacy non è, non deve e non può mai essere un ostacolo alla circolazione (pertinente e legittima) di informazioni necessarie alla protezione della persona offesa, alla sua migliore assistenza e finanche alla prevenzione di ulteriori condotte illecite o, comunque, di recidive, nella misura in cui un'adeguata presa in carico della donna possa consentirlo. Si tratta di un profilo rilevantissimo, in quanto una tutela effettiva della vittima esige un approccio multidisciplinare, integrato e il concorso di più soggetti pubblici (sanitari, forze dell'ordine, magistratura, servizi sociali) i quali non possono, certamente, ignorare il contesto complessivo in cui la violenza è maturata e si è sviluppata.

⁷ La Commissione ha audito il Professor Stanzone audizione del 5 aprile 2022.

Eppure, proprio la migliore efficacia di quest'approccio integrato presuppone il rispetto di alcuni principi essenziali di protezione dati. Tra questi, in particolare, quelli di esattezza e qualità dei dati, proporzionalità, sicurezza, minimizzazione del trattamento, che contribuiscono alla più congrua gestione delle informazioni evitando possibili disallineamenti tra informazioni, impedendo anche indebiti accessi o esfiltrazioni dei dati (che sarebbero tanto più gravi quanto più idonei a determinare un rischio rilevante di vittimizzazione secondaria)».

Proprio perché la tutela della riservatezza non può mai rappresentare un ostacolo, nell'ambito sopra delineato e con tutte le tutele necessarie, appare indispensabile un'organizzazione ospedaliera, a partire dal piano regionale, che possa rendere accessibili i dati di conoscenza sul tema della violenza di genere.

A questo fine sarebbe pertanto opportuno che tutte le Regioni adeguassero i sistemi informatici aziendali e regionali, nel rispetto di quanto previsto dal decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante il Codice in materia di protezione dei dati personali, per consentire all'Azienda sanitaria o all'ospedale di riferimento di essere in rete con tutte le altre strutture della regione di appartenenza per verificare il numero degli accessi che possono rappresentare un segnale molto rilevante.

VII. IL RACCORDO TRA LE STRUTTURE OSPEDALIERE E IL TERRITORIO: LE RETI INTERISTITUZIONALI

Come rilevato da molti dei soggetti auditi, ed in particolare dall'associazione Federsanità, la presa in carico delle vittime deve avvenire attraverso l'applicazione di protocolli operativi, che sviluppino azioni coordinate per la prevenzione, il contrasto e la diffusione della cultura della non violenza attivando anche sistemi per il monitoraggio ed analisi costante del fenomeno, nel pieno rispetto delle rispettive competenze istituzionali e della normativa vigente.

I tavoli operativi di confronto interistituzionale prevalentemente organizzati tra Aziende sanitarie, Prefetture, Questure, Arma dei Carabinieri, Enti Locali ed Associazioni, ognuno per l'ambito di propria competenza istituzionale e nel rispetto delle direttive ministeriali/regionali: promuovono incontri di confronto al fine di condividere e implementare conoscenze e abilità nell'ambito delle proprie competenze, in ordine al tema della violenza; sviluppano prassi operative integrate nella rete dei servizi e dei percorsi assistenziali per la corretta e appropriata presa in carico delle vittime favorendo anche la partecipazione delle proprie e operatori all'aggiornamento e all'approfondimento delle tematiche di settore; sviluppano il sistema di informazioni alle vittime relative ai centri antiviolenza e alle associazioni del territorio, favorendone i contatti nonché le informazioni inerenti all'applicazione delle misure di prevenzione anche adottabili dalle forze dell'ordine; collaborano alla progettazione e all'organizzazione di specifici corsi di formazione finalizzati all'ampliamento ed alla specializzazione del patrimonio di conoscenza e di esperienza delle operatrici e degli operatori allo scopo di creare "esperti della rete"; promuovono e supportano la realizzazione di azioni di sensibilizzazione, informative ed educative finalizzate a rafforzare la cultura della non violenza, del rispetto e della comprensione dell'altro; assicurano il puntuale monitoraggio dei dati relativi ai casi presi in esame, al fine di promuovere la proficua circolarità delle informazioni e prevenire e/o ridurre la diffusione del fenomeno del cosiddetto "sommerso"; agevolano e promuovono idonei rapporti con gli altri soggetti (istituzionali e non) coinvolti nello specifico settore della violenza di genere; in particolare, favorendo la collaborazione con gli Istituti scolastici e con i Centri Antiviolenza ivi esistenti, al fine di implementare il proprio bacino informativo e garantire una costante presenza su tutto il territorio.

7.1. LE AZIONI DELLE AZIENDE SANITARIE NELLE RETI SOCIO-SANITARIE

Nel contesto sopra descritto la finalità è fornire assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza, considerando tutti gli aspetti dei bisogni espressi ed offrendo una maggiore possibilità di accesso ai servizi, sostenendo le donne, insieme ai loro figli, ed accompagnandole in un percorso di autonomia verso l'interruzione del ciclo della violenza.

L'obiettivo è quello di prendere in carico la donna vittima di violenza sin dal primo accesso, sia esso Ospedaliero, tramite Pronto Soccorso, Ambulatori, Reparti Ospedalieri che Territoriale attraverso la Rete dei PUA (Punti Unici di Accesso), dei Consultori Familiari, dell'Emergenza Territoriale, dei Medici di Medicina Generale.

I percorsi devono essere redatti creando sinergia tra i soggetti del settore pubblico e del privato sociale per armonizzare le varie metodologie di intervento, nel rispetto delle specifiche peculiarità dei servizi coinvolti e realizzati per garantire la presa in carico tempestiva con un progetto di intervento individuale in continuità assistenziale ospedale — territorio e garantire, ove necessario, la tutela della donna anche attraverso l'inserimento in struttura protetta.

7.2. INTEGRAZIONE OSPEDALE – TERRITORIO

Al termine del trattamento diagnostico/terapeutico in Pronto Soccorso, le dimissioni avverranno in modalità diversa a seconda del risultato del “*Brief Risk Assessment for the Emergency Department-DA5*” somministrato dall'operatrice/operatore che ha in carico la donna, previo consenso informato della stessa. Lo strumento, indicato dal Ministero della Salute, viene utilizzato dal personale sanitario al fine di elaborare una corretta rilevazione del rischio di recidiva e letalità e per adottare modalità di dimissione idonee, sempre tenendo conto della volontà espressa dalla donna che ha subito violenza.

Se la rilevazione indica un rischio basso, il sanitario informa la donna della possibilità di sporgere denuncia e/o di rivolgersi ai centri antiviolenza, ai Servizi Sociali, al Consultorio, a Enti e Istituzioni Pubbliche e Private del territorio, fornendo contatti telefonici e brochure esplicative. Qualora la donna lo desidera è possibile attivare la rete territoriale già dal pronto soccorso contattando direttamente i Centri Antiviolenza e/o i Servizi Sociali attraverso le modalità previste dalle singole Aziende.

Se la rilevazione indica un rischio medio/alto di recidiva e letalità, previo consenso informato della donna, la Rete Territoriale viene immediatamente attivata dall'operatrice/operatore del Pronto Soccorso che l'ha in carico, secondo le modalità definite dalle singole Aziende Sanitarie. La presa in carico deve essere garantita, in questi casi, H24 facendo ricorso, se necessario, anche alla degenza in Osservazione Breve Intensiva (OBI) o comunque in ambiente ospedaliero, per un massimo di 36/72 ore. È auspicabile che ogni Azienda Sanitaria adotti protocolli condivisi tra Ospedale, Territorio, Centri Antiviolenza, Enti e Istituzioni, al fine di garantire alloggi in emergenza alla donna che ha subito violenza e ai suoi figli e figlie minori. Il trasferimento della donna avverrà secondo il Servizio dei trasporti secondari attivato dalla Direzione Sanitaria Ospedaliera, come riportato nelle Linee Guida Nazionali.

È auspicabile estendere l'utilizzo della DA5 agli operatori e alle operatrici non solo del Dipartimento Emergenza Urgenza, ma anche a tutti i professionisti di ogni punto di primo accesso della donna che subisce violenza al Sistema Sanitario, quali Consultori, Reparti di Degenza Ordinaria, attività ambulatoriali, Medici di Medicina Generale, Pediatri di famiglia, etc. al fine di uniformare una corretta presa in carico.

Ogni Azienda Sanitaria individuerà dei Referenti Territoriali che, una volta contattati direttamente dalle operatrici/operatori del Pronto Soccorso, si faranno carico della donna al momento della dimissione ospedaliera; i referenti territoriali, attraverso il coinvolgimento delle varie professionalità utili alla creazione di un progetto di aiuto e supporto alla donna, costituiranno dei team multidisciplinari al fine di creare un percorso di uscita individualizzato per la donna che subisce violenza. Il team multidisciplinare ha quindi il compito di redigere un progetto personalizzato condiviso con la donna, nel quale sono individuati gli interventi più appropriati ai suoi bisogni, realizzandoli in collaborazione con gli altri soggetti/servizi della rete.

Il primo colloquio di *assessment*, effettuato dal referente territoriale, è mirato a: rilevare la violenza subita e i rischi immediati, nonché un'eventuale situazione di limitazione della libertà personale, cui la donna può essere sottoposta; verificare la presenza di minori; fare una prima ricognizione e valutazione delle risorse proprie, delle reti amicali e parentali della donna; dare informazioni chiare e corrette sulle Case emergenza rifugio e i Centri antiviolenza, quali punti della rete specifici dedicati alla cura, alla presa in carico e alla messa in sicurezza; dare informazioni in merito alla possibilità e ai tempi per sporgere denuncia o querela;

Fondamentale nel *team* multidisciplinare sarà la figura professionale della/o psicologa/o che effettuerà colloqui finalizzati alla raccolta dell'anamnesi psicologica per rilevare eventuali

attuali/pregresse psicopatologie, psicoterapia attuale/pregressa, trattamento con psicofarmaci attuale/pregresso. La valutazione è sempre finalizzata alla definizione dello stato emotivo, cognitivo comportamentale, delle risorse personali (*coping*) e di quelle di contesto.

Indispensabile nella presa in carico il coinvolgimento dei CAV presenti sul territorio per assicurare adeguata assistenza, accompagnamento, orientamento, protezione e messa in sicurezza della donna che subisce violenza.

Come è risultato dalle audizioni svolte dalla Commissione con le associazioni di categoria appare indispensabile incrementare, nella presa in carico territoriale, il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, le cui competenze sono tali da offrire sul territorio assistenza primaria e continuativa, garantendo al contempo ai cittadini capillarità, prossimità e facilità di accesso alle cure. Elemento caratterizzante la relazione medico di medicina generale-paziente è il rapporto di fiducia, che porta nel tempo alla conoscenza non solo degli aspetti clinici e assistenziali ma anche sociali ed economici del paziente e del nucleo familiare cui appartiene. Possono svolgere un ruolo fondamentale non solo nel trattamento delle più evidenti conseguenze degli atti di violenza, ma anche nel riuscire a intercettare i segnali di allarme che possono far sospettare una violenza e identificare situazioni di rischio particolari riguardanti i soggetti più deboli, come le donne disabili e le donne anziane. Questi professionisti hanno spesso in carico interi nuclei familiari e addirittura diverse generazioni nell'ambito della stessa famiglia. La loro capacità di riconoscere la violenza intrafamiliare è quindi fondamentale per interrompere la catena della violenza. In audizione presso la Commissione le rappresentanti del sindacato di questi professionisti hanno tuttavia sottolineato la necessità di corsi di formazione specifici sul tema auspicando uno sforzo in questa direzione. Va la pena ricordare che qualche positiva esperienza in questo senso è già in atto nella regione Puglia grazie all'attività dell'associazione Viola Dauna che sostiene, appunto, l'importanza dell'azione dei medici di medicina generale proprio in termini di prevenzione e contrasto alla violenza di genere.

VIII. LE DISCRIMINAZIONI MULTIPLE E LA VIOLENZA DI GENERE

Il tema già molto complesso della violenza di genere, per le donne con disabilità, risulta essere ancora più complesso. «Le donne, le ragazze e le bambine con disabilità, infatti, come evidenziato nel preambolo della Convenzione ONU “corrono spesso maggiori rischi, nell’ambiente domestico ed all’esterno, di violenze, lesioni e abusi, di abbandono o mancanza di cure, maltrattamento e sfruttamento”. E le discriminazioni delle quali le donne con disabilità sono spesso vittime, sono discriminazioni multiple che vedono l’intersezione del fattore del “genere” con quello della “disabilità”. Con il risultato di un effetto esponenziale nella disuguaglianza dato che una discriminazione multipla rende le donne con disabilità più svantaggiate rispetto alle altre donne, ma anche rispetto agli uomini con disabilità»⁸.

Sono 46 milioni le donne e le ragazze che in Europa – quasi 2 milioni in Italia - vivono con una disabilità e che devono far fronte a molteplici discriminazioni e sfide derivanti dall’intersezione tra genere e disabilità. Pur non esistendo dati disaggregati sulle donne disabili, lacuna che sarà indispensabile colmare quanto prima, come si dirà più avanti, i dati dicono che a fronte del 31,5% di donne (tra i 16 e i 70 anni) che nel corso della propria vita hanno subito una qualche forma di violenza fisica o sessuale, la situazione è ancora più critica per le donne con disabilità: i dati oscillano infatti tra il 36,7% e il 36,2% a seconda della gravità della disabilità. Vi è, quindi, la necessità di mettere a sistema tutti gli strumenti idonei a monitorare i diversi ambiti di vita, come ad esempio, l’accesso ai servizi socio sanitari delle donne con disabilità vittime di violenza.

Nel novembre 2021, con l’approvazione del Piano strategico nazionale sulla violenza maschile contro le donne 2021-2023 del Dipartimento Pari opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri, sono stati individuati quattro assi di intervento relativi a: prevenzione; protezione e sostegno alle vittime; perseguire e punire i colpevoli; assistenza e promozione. Tra le diverse finalità del Piano, è indicata anche “la tutela delle donne migranti e vittime di discriminazioni multiple”.

⁸ Così la Ministra per la disabilità, audita nella seduta della Commissione del 12 ottobre 2021.

Una discriminazione non sempre è riferibile a un'unica dimensione, come identità di genere, razza o una disabilità, talvolta agiscono due o più fattori concomitanti. Una persona può appartenere contemporaneamente a più gruppi sociali sfavoriti e subire più forme discriminanti ben distinte. Nel caso di compresenza di più fattori discriminatori si parla appunto, di discriminazione multipla. Si crea in altri termini un circolo vizioso nel quale le discriminazioni, ad esempio, che le donne con disabilità si trovano e dover subire si sommano le une alle altre. La carenza di dati disaggregati è uno dei primi grandi ostacoli alla possibilità di piena emersione del fenomeno che è solo l'inizio di un percorso ancora molto lungo nel reale contrasto alla violenza di genere. Per dare risposte concrete a criticità complesse servono sia i dati sia la conoscenza diretta delle situazioni. Disporre di dati disaggregati non solo per genere nei vari ambiti ma anche per aspetti specifici è importante per poter programmare ed implementare politiche ed interventi *ad hoc*.

8.1. RENDERE VISIBILI LE DONNE CON DISABILITÀ

La Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, ratificata con la Legge n. 18 del 2009 ha introdotto un nuovo paradigma basato sul rispetto dei diritti umani ma, purtroppo, sono ancora molte le situazioni in cui le persone con disabilità subiscono discriminazioni. Mancano politiche di sviluppo per sostenere l'occupazione e la qualità dell'inclusione scolastica, risorse per vivere in modo autodeterminato e indipendente, interventi per eliminare barriere architettoniche e sostenere mobilità accessibili, azioni di sensibilizzazione e tutela per le ragazze e donne con disabilità maggiormente esposte al rischio di violenza e discriminazione multipla. Infatti, l'articolo 6 è dedicato specificatamente alle donne con disabilità con il riconoscimento che esse sono soggette a discriminazioni multiple e che quindi vanno intraprese misure mirate al loro *empowerment* per assicurare il godimento di tutti i diritti umani. Va ricordato che nell'ordinamento italiano, le donne con disabilità non sono contemplate in nessuna norma avente valore giuridicamente vincolante. Per questi motivi, nel 2016, il Comitato ONU sui diritti delle persone con disabilità nelle Osservazioni conclusive al Primo rapporto italiano sull'applicazione della Convenzione, si è detto preoccupato dell'assenza di politiche per l'inclusione delle donne con disabilità e ha raccomandato che: "la prospettiva di genere sia integrata nelle politiche per la disabilità e che la condizione di disabilità sia integrata nelle politiche di genere, entrambe in stretta

consultazione con le donne e le ragazze con disabilità e con le loro organizzazioni rappresentative”.

In Italia, come ha rilevato l'ISTAT (2014), le donne vittime nel corso della propria vita di una qualche forma di violenza fisica o sessuale sono 6 milioni 788 mila (il 31,5% delle donne tra i 16 e i 70 anni). Tra queste, critica appare la situazione delle donne con disabilità o con problemi di salute: ha subito violenze fisiche o sessuali il 36,7% di chi ha malattie croniche o problemi di salute di lunga durata, il 36,6% di chi ha limitazioni gravi nelle attività e il 36,2% di chi ha limitazioni non gravi (a fronte di circa il 30% di chi non ha problemi di salute né limitazioni funzionali). In particolare, il rischio di subire stupri o tentati stupri è più che doppio per le donne con limitazioni gravi: il 10,0% contro il 4,7% delle donne senza limitazioni o problemi di salute. Anche la violenza psicologica da parte del partner attuale o passato presenta valori più elevati tra le donne con problemi di salute o con limitazioni funzionali. Facendo riferimento solo al partner attuale, subisce violenze psicologiche il 31,4% delle donne con disabilità contro il 25,0% delle donne che non hanno limitazioni. Il rischio aumenta anche in caso di *stalking*. Hanno subito comportamenti persecutori durante o dopo la separazione dal partner il 21,6% delle donne con limitazioni funzionali gravi, il 19,3% di quelle con limitazioni non gravi e il 18,4% di chi ha malattie croniche o problemi di salute di lunga durata contro circa il 14% di chi non ha limitazioni o problemi di salute.

Nella quasi totale assenza di dati aggiornati, disaggregati per genere e disabilità relativi alla violenza nei confronti delle donne, ai fini della descrizione e della comprensione del fenomeno stesso, l'associazione FISH, audita dalla Commissione⁹, ha realizzato la seconda edizione della ricerca VERA – VERA 2 (*Violence Emergence, Recognition and Awareness*), tramite un questionario somministrato online, rivolto a donne con disabilità che hanno subito violenza. Dei 561 questionari validi ai fini della ricerca sono stati utilizzati solo i 486 che contenevano le risposte all'intera sezione sulla violenza e che sono stati compilati da altrettante donne con disabilità. L'età delle intervistate varia dai 18 ai 99 anni, ma la classe di età prevalente è quella tra i 31 e i 60 anni. Per tipologia di disabilità: ha una disabilità motoria il 70,2% delle intervistate, una disabilità sensoriale il 23,8%, una disabilità intellettiva, relazionale o psichiatrica il 14,6%, una disabilità multipla (fatta di 2 ma anche 3 o 4 limitazioni funzionali contemporaneamente) il 7,2% del campione. Nel 6% dei casi la disabilità è stata causata dalla violenza.

⁹ Le associazioni FISH e FAND sono state audite nella seduta della Commissione del 10 giugno 2021.

Il 62.3% del campione (303 donne) dichiarano di aver subito nel corso della propria vita almeno una forma di violenza. La forma di violenza più ricorrente è quella psicologica (51,4% del campione), segue la violenza sessuale (34,6% dei casi), la violenza fisica (14,4%) e quella economica (7,2%).

In merito all'autore/trice della violenza è stato rilevato che nella quasi totalità dei casi (87%) si tratta di una persona nota alla vittima, con diversi gradi di prossimità. Sotto il profilo della reazione alla violenza, le donne del campione che dichiarano di aver reagito in qualche modo alla stessa sono il 46,5%, ma solo il 6,7% ha sporto denuncia alle forze dell'ordine, ed appena il 3,5% si esse si è rivolta ai Centri Antiviolenza¹⁰.

Sono pochissimi i Centri Antiviolenza con sedi accessibili sia fisicamente che nell'approccio alle diverse disabilità, motorie, sensoriali e intellettive. I materiali di comunicazione necessari per l'accoglienza delle donne con disabilità dovrebbero essere fruibili, accessibili e usabili a tutte e rispettare i criteri del linguaggio facile da leggere. Inoltre, l'accoglienza delle ragazze e donne con disabilità nei Centri Antiviolenza richiede che le operatrici siano formate su diversi aspetti correlati ai percorsi dedicati all'uscita dalla violenza considerato che le donne con disabilità hanno maggiori difficoltà a riconoscere e denunciare abusi, violenze e maltrattamenti.

In merito alla violenza sulle donne con disabilità, uno dei problemi maggiori è il fatto che le vittime raramente denunciano l'accaduto per paura. Occorre considerare che le violenze in loro danno avvengono, per lo più, in ambiente domestico o nelle strutture di ricovero. Spesso gli autori della violenza sono le persone che, in realtà, dovrebbero prendersi cura delle vittime stesse. Proprio a causa di tale rapporto di soggezione e dipendenza, molto spesso totale, dall'autore della violenza, le vittime con disabilità hanno timore di raccontare e denunciare gli abusi. Per individuare e far emergere situazioni così delicate e difficili da affrontare, sarebbe importante formare e mettere a disposizione figure professionali che possano individuare il problema e, conseguentemente, aiutare le vittime a denunciare il fatto e a intraprendere un efficace percorso di uscita dalla violenza.

I magistrati, gli avvocati e le forze dell'ordine spesso non sono adeguatamente informati e formati sui diritti delle donne con disabilità e manifestano stereotipi negativi riguardanti le donne con disabilità nelle loro pratiche lavorative, in assenza di specifiche discipline sulla presa in carico dei bisogni di queste vittime di reato, specie in materia di accessibilità.

¹⁰ <https://www.fishonlus.it/progetti/multidiscriminazione/azioni/>.

Accade che non venga riconosciuta alle donne con disabilità la capacità di testimoniare, che – dunque – non si dia credito alle loro deposizioni e che, non infrequentemente, non vengano avviati i procedimenti volti a perseguire gli atti violenti commessi in loro danno. Talvolta, neppure viene garantita la partecipazione in giudizio delle vittime con disabilità. Di conseguenza, è necessario fornire alle operatrici e agli operatori che lavorano nel campo dell'amministrazione della giustizia, incluse le forze dell'ordine, una adeguata formazione relativa all'intersezione tra fattore genere e fattore disabilità e alle discriminazioni che essa determina, al fine di far emergere e riconoscere la violenza nei confronti delle donne e delle ragazze con disabilità da parte dei professionisti a ciò deputati, garantire la partecipazione in giudizio di queste vittime, nonché fornire alle stesse informazioni accessibili per agire in giudizio.

Più in generale, è opportuno predisporre misure tese a garantire l'effettiva attuazione degli obblighi derivanti dall'articolo 13 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, che pone in capo agli Stati parti l'obbligo di assicurare "l'accesso effettivo alla giustizia per le persone con disabilità, su base di eguaglianza con gli altri, anche attraverso la previsione di appropriati accomodamenti procedurali o accomodamenti in funzione dell'età, allo scopo di rendere il loro ruolo effettivo come partecipanti diretti e indiretti, compresa la veste di testimoni, in tutte le fasi del procedimento legale, includendo la fase investigativa e le altre fasi preliminari", nonché gli obblighi di cui alla Convenzione di Istanbul e alla Direttiva 2012/29/UE in materia di diritti, assistenza e protezione delle vittime di reato.

Il GREVIO, responsabile del monitoraggio dell'attuazione della Convenzione di Istanbul, nel suo rapporto di valutazione delle misure messe in atto dall'Italia per attuare la Convenzione, pubblicato il 13 gennaio 2020, ha richiesto politiche e azioni concrete a livello nazionale per proteggere le donne con disabilità da ogni forma di violenza e di discriminazione multipla. Il GREVIO, dunque, raccomanda di approfondire i dati sulla violenza nei confronti delle donne con disabilità, aggiungendo indicatori specifici, sviluppando programmi speciali per raggiungere attivamente le donne e le bambine con disabilità, focalizzandosi sulla violenza domestica e sulle forme specifiche di violenza nei loro confronti, come l'aborto o la sterilizzazione forzati.

La legge 5 maggio 2022, n. 53, recante "Disposizioni in materia di statistiche in tema di violenza di genere", che dispone che l'ISTAT e il SISTAN (Sistema statistico nazionale) realizzino con cadenza triennale indagini sulla violenza contro le donne mediante raccolta dati disaggregati, in considerazione dei fattori indicati dalla legge stessa, "al fine di progettare adeguate politiche di prevenzione e contrasto e di assicurare un effettivo monitoraggio del fenomeno". Tuttavia, il

testo potrebbe essere utilmente integrato prevedendo che i dati raccolti siano disaggregati anche in considerazione della disabilità delle vittime, e che nella rilevazione relativa ai centri antiviolenza e alle case rifugio sia rilevata l'accessibilità degli stessi.

Le Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza prevedono, relativamente alla dimissione dal Pronto Soccorso, codici di diagnosi specifici da indicare nel verbale di dimissione con riferimento ai diversi maltrattamenti/abuso (995.50 abuso/maltrattamento minore; 995.53 abuso sessuale minore; 995.80 abuso/maltrattamento adulto; 995.83 abuso sessuale adulto; 995.51 violenza psicologica su minore). Non è invece previsto alcun codice di diagnosi relativo alle persone con disabilità. Dato che le schede del *triage* e quelle di dimissione sono utilizzate nel monitoraggio del fenomeno della violenza, la circostanza che la raccolta dei dati non sia stata impostata in modo da rilevare la presenza della disabilità preclude che tali dati possano essere utilizzati per indagini sulla violenza nei confronti delle donne con disabilità, nonché per una programmazione mirata delle politiche e dei servizi rivolti alle vittime di violenza con disabilità.

Sarebbe quindi necessario sostenere ed incrementare ricerche e processi in tal senso, ricordando che nel dicembre 2020 l'ISTAT è stato autorizzato dall'Autorità garante per la protezione dei dati personali a realizzare il Registro sulla disabilità, basato sulla integrazione di una serie di archivi amministrativi (quelli dell'INPS e delle ASL, dell'Agenzia delle Entrate) nei quali è possibile rinvenire eventi riferibili ad atti o procedimenti legati alla presenza di una condizione di disabilità di un individuo, con l'obiettivo di soddisfare due esigenze informative: la stima della prevalenza della disabilità, da un lato, e la caratterizzazione dell'inclusione sociale delle persone con disabilità, dall'altro.

8.2. LA VIOLENZA SULLE DONNE ANZIANE

Altro fenomeno da sottolineare tra quelli della violenza di genere è quello sulle donne anziane. Secondo l'OMS circa una persona anziana su 6 persone (141 milioni di persone nel mondo) hanno subito forme di abuso nella comunità durante lo scorso anno. Se la proporzione delle vittime di abusi sugli anziani rimane costante, il numero di persone colpite nelle loro comunità rischia di aumentare rapidamente a causa dell'invecchiamento della popolazione, arrivando a 320 milioni di vittime entro il 2050. Uno studio del 2017 basato sulle migliori prove disponibili di 52 studi in 28 paesi di diverse regioni, tra cui 12 paesi a basso e medio reddito, ha

stimato che, nell'ultimo anno, il 15,7% delle persone di età pari o superiore a 60 anni sono stati sottoposti ad alcune forma di abuso. È probabile che si tratti di una sottostima, poiché viene segnalato solo 1 caso su 24 di abusi sugli anziani, in parte perché gli anziani spesso hanno paura di segnalare casi di abuso a familiari, amici o alle autorità. I dati sulla portata del problema in istituzioni come ospedali, case di cura e altre strutture di assistenza a lungo termine sono scarsi. L'abuso nei confronti delle persone anziane si può manifestare attraverso abusi fisici, psicologici, economici, sessuali e la negligenza. Tra i responsabili delle azioni di abuso ci sono principalmente i figli, ma possono essere anche altri famigliari o *caregiver*, pagati o meno.

Vi è quindi, anche in questo campo, la necessità di una formazione specifica, che potrebbe costituire uno strumento efficace per la prevenzione del fenomeno. Chi entra a contatto con anziani vittime di abusi/maltrattamenti, esattamente come chi opera con donne e bambini vittime di violenze, oltre ad avere buoni strumenti operativi per ottenere maggiori opportunità di risultati positivi dovrà aver anche una buona conoscenza dei propri meccanismi di difesa e dei limiti personali e professionali. Un professionista che non ha chiare le strategie che introduce nella relazione con le vittime di abuso e i propri meccanismi di difesa è un professionista a rischio *burnout* e rischia di far vivere un secondo trauma alla vittima.

Mancano dati specifici sul fenomeno e sarebbe importante che i medici di medicina generale venissero maggiormente coinvolti nella rilevazione e nella segnalazione dei casi. Altrettanto fondamentale è anche in questo settore il ruolo delle reti territoriale di assistenza socio-sanitaria.

IX. LA VIOLENZA SULLE OPERATRICI DELLA SANITÀ

I dati sulla presenza femminile tra gli operatori del Servizio sanitario nazionale è un fenomeno in crescita in Italia. I dati al 31 dicembre 2020, del Conto Annuale Igop – Ragioneria Generale dello Stato, evidenziano che sono oltre 442mila le donne che lavorano con contratto a tempo indeterminato nel Servizio sanitario nazionale, quasi il 69% del personale del Servizio sanitario nazionale. Gli infermieri registrano il dato più elevato in tema della violenza sulle donne, in quanto questa categoria professionale è al 78% di sesso femminile. Inoltre, la presenza femminile si sta facendo sempre più importante anche tra i medici. Tale tendenza è destinata a crescere considerata la prevalenza del genere femminile nelle classi di età più giovani.

Le donne, purtroppo, sono più degli uomini vittime di aggressioni. Anche nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, in particolare nelle postazioni di Guardie mediche e nei Pronto soccorso.

Per contrastare questo fenomeno è stata approvata la legge n.113/2020 che dispone misure di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni. Inoltre, è stata istituita per il 12 marzo di ogni anno la “Giornata Nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti delle operatrici e degli operatori sanitari e socio-sanitari”.

Le aggressioni alle operatrici/operatori sanitari che hanno un rapido incremento ogni anno, coinvolgono direttamente non solo i professionisti in quanto tali, ma anche perché di sesso femminile, e perché gli infermieri sono di fatto i primi a intercettare le vittime di violenza al momento in cui scatta l'intervento sanitario sia a livello di territorio (domicilio) sia di ospedale (triage, di cui l'infermiere è responsabile). Come sottolineato anche dalla Federazione degli ordini infermieristici nell'audizione in Commissione la pandemia da Covid-19 ha esacerbato un quadro già complicato. I numeri già drammatici verificati dall'INAIL, non tengono però conto del ‘sommerso’. Sono numerosi i casi non denunciati, perché considerate dinamiche connaturate alla professione. Situazioni che non si sono interrotte con il Covid-19 ma che, anzi, hanno assunto forme nuove ma non meno impattanti. Il 32,3% degli infermieri, pari a circa 130mila persone, hanno subito violenza durante il lavoro nell'ultimo anno. È quanto emerge dalla ricerca CEASE-it (*Violence Against Nurses in the Work Place*), conclusa ad aprile 2021, svolta da 8 università italiane,

con a capofila l'Università di Genova, su iniziativa della Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche (Fnopi). Ciò significa che tra gli infermieri vi è un sommerso pari a 125mila persone, cioè infermieri che hanno subito infortuni per episodi violenti sul luogo di lavoro, senza denunciare l'accaduto. L'omessa denuncia si spiega - nella maggior parte dei casi - con la percezione che l'aggressione subita faccia strutturalmente parte dell'attività professionale. Il 75% delle aggressioni riguarda donne.

Per comprendere le drammatiche proporzioni del problema, è utile un raffronto: il 46% degli infermieri ha subito violenze durante l'esercizio della professione, i medici si attestano al 6 per cento. Le analisi condotte sui dati raccolti nello studio CEASE-it hanno mostrato che, tra i diversi fattori di rischio, a parità di contesto lavorativo identificato: area medica, dell'emergenza/urgenza, area della salute mentale (Bagnasco et al., 2022), aumentando il carico di lavoro assistendo un paziente in più durante l'ultimo turno lavorativo, aumenta del 4% la probabilità di sperimentare violenza. Riconoscere il comportamento agitato dell'assistito come fattore predittivo degli episodi di violenza senza avere un'adeguata formazione a disinnescare l'aggressività aumenta del 66% la probabilità di subire violenza per la reazione delle persone identificate come a rischio rispetto a coloro che non riconoscono questo comportamento come fattore predittivo. Lavorare come infermiere nell'area dell'emergenza/urgenza aumenta di oltre due volte la probabilità di subire violenza rispetto a lavorare in area medica. Lavorare come infermiere nell'area della salute mentale aumenta di oltre quattro volte la probabilità di subire violenza rispetto ad altri contesti. La presenza di procedure chiare per la gestione degli episodi di violenza sul luogo di lavoro riduce la probabilità di subire violenza del 26% rispetto ai luoghi di lavoro sprovvisti di tali procedure. La violenza sulle operatrici / operatori ha anche un costo economico. Sempre lo studio CEASE-it ha rilevato che la media annuale è di 15 episodi di violenza per singolo infermiere. Il costo per questo singolo evento è di circa 1.800 euro che moltiplicato per i dati di prevalenza di violenza sulla popolazione infermieristica italiana determina un costo a carico del sistema e della società pari a oltre 34 milioni di euro/anno.

Con il decreto 13 gennaio 2022 del Ministro della Salute (Gazzetta Ufficiale n. 41 del 18 febbraio 2022) è stato costituito l'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie. La sua costituzione ufficiale è avvenuta con l'obiettivo di contrastare gli episodi di violenza fisica e/o verbale sugli operatori sanitari, attraverso con azioni che vanno dal monitoraggio su tutti i livelli di sicurezza degli operatori sanitari alla proposta di misure concrete che li mettano in sicurezza negli ambiti di rischio, dagli interventi sugli aspetti

organizzativi delle singole aziende a un'azione coordinata e corale per ridare prestigio e dignità alle professioni sanitarie, proteggendo e valorizzando il loro lavoro quotidiano e assicurando maggiore sicurezza anche ai cittadini assistiti. La prima attività dell'Osservatorio è quella della raccolta e della sistematizzazione dei dati sulle violenze, per poi mettere a punto una strategia condivisa per promuovere studi e analisi per la formulazione di proposte e misure idonee a ridurre i fattori di rischio negli ambienti più esposti; la diffusione delle buone prassi in materia di sicurezza degli operatori sanitari e socio-sanitari, anche rispetto al lavoro in equipe; promuovere corsi di formazione per il personale medico e sanitario, che abbiano come obiettivo la prevenzione e la gestione delle situazioni di conflitto e a migliorare la qualità della comunicazione con gli utenti.

9.1. LA PREVENZIONE DELLA VIOLENZA SULLE OPERATRICI E OPERATORI: I CORSI DI FORMAZIONE ECM

Come risulta anche dalle audizioni effettuate dalla Commissione le Federazioni degli ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI) e degli ordini dei medici chirurghi e odontoiatri (FNOMCEO) hanno offerto gratuitamente ai loro iscritti nel 2019 veri e propri corsi di addestramento per mettere in grado i propri iscritti di prevenire il fenomeno della violenza sugli operatori sanitari. I corsi FAD (formazione a distanza) specifici, si basano su interventi di comunicazione verbale e non, con l'obiettivo di diminuire tensione e aggressività nella relazione interpersonale. I corsi prevedono al loro completamento numerosi crediti ECM, l'educazione medica continua, necessaria per rimanere abilitati all'esercizio della professione.

A questo corso hanno partecipato oltre 100.000 infermieri (il numero in assoluto più elevato di operatrici e operatori sanitari) e circa il 40% di loro ha avuto modo di sperimentare con successo le tecniche apprese.

La formazione professionale e l'aggiornamento continuo di operatrici e operatori coinvolti nella presa in carico delle donne che hanno subito violenza sono indispensabili per una buona attività di accoglienza, di rilevazione del rischio e di prevenzione. Tutte le professionalità che entrano in contatto con i destinatari del "Percorso per le donne che subiscono violenza" devono essere in grado di: individuare i casi di violenza dichiarati, le situazioni di rischio e gli eventi sentinella; fornire assistenza specifica secondo un modello condiviso e attraverso una rete di servizi dedicati che operano secondo modalità integrate.

I moduli formativi devono fornire una adeguata conoscenza di base del fenomeno della violenza maschile contro le donne, modelli di valutazione e presa in carico, strumenti di valutazione e quantificazione del rischio per le donne vittime di *stalking* e maltrattamenti e supervisione casi clinici.

Per quanto concerne il progetto di “Formazione a Distanza (FAD) per operatori socio-sanitari dei Pronto Soccorso italiani, mirato alla prevenzione ed al contrasto della violenza di genere” si ricorda che lo stesso è stato finanziato dal Ministero della salute e sviluppato in collaborazione con l’Istituto Superiore di Sanità, come risulta anche dall’audizione di una rappresentante dell’Istituto medesimo, con l’obiettivo di disporre sull’intero territorio nazionale di un programma FAD aggiornato. Tale progetto era stato già sperimentato nel biennio 2015-2017, sempre rivolto agli operatori socio-sanitari dei pronto soccorso, al fine di consentire loro di intercettare e far emergere i casi di violenza e, quindi, di attuare un più tempestivo e puntuale *management* della persona vittima di violenza di genere. Al riguardo, si rileva che l’azione di formazione degli operatori costituisce una priorità, secondo quanto previsto dalla Convenzione di Istanbul, che impegna gli Stati a porre in essere misure atte a garantire una specifica formazione per le figure professionali che si occupano delle vittime e degli autori di atti di violenza di genere e domestica (art. 15). Pertanto, la formazione professionale corretta, continua e capillare è da considerarsi uno degli strumenti fondamentali di prevenzione della violenza e di effettiva protezione nell’ambito di un sistema di reti multi-agenzia. Il 29 gennaio 2020, è stato dato avvio, attraverso EDUISS, la piattaforma dedicata alla formazione a distanza gestita dall’Istituto Superiore di Sanità, al citato corso FAD rivolto ai professionisti sanitari e agli assistenti sociali inquadrati nel pronto soccorso o che collaborano, lavorano, afferiscono prioritariamente a un determinato pronto soccorso. Il corso ha inoltre previsto la predisposizione di un focus sulle mutilazioni genitali femminili. Il programma formativo è stato reso fruibile anche per i componenti delle forze dell’ordine e per i referenti delle procure che collaborano con i professionisti sanitari e con gli assistenti sociali impegnati nei PS, al fine di attuare azioni di contrasto della violenza di genere e favorire la messa in sicurezza delle donne vittime di violenza e, eventualmente, dei minori coinvolti. L’iniziativa di formazione, in otto mesi di erogazione (dal 29 gennaio al 29 settembre 2020), è stata rivolta a 26.347 operatori e professionisti, afferenti a 642 Pronto Soccorso presenti in tutte le Regioni italiane. Tenendo presente che sul territorio nazionale vi sono 651 PS, si può parlare di una formazione capillare e quasi totale. Dei 642 PS coinvolti nella FAD il 97,3% (625) ha avuto almeno un dipendente/professionista che ha

terminato con successo l'intero programma formativo a distanza. In altre parole, il 96% dei PS italiani ha avuto almeno un operatore che ha portato a termine il percorso della FAD. Sul totale dei partecipanti, il 67% (17.629 professionisti sanitari e non, di cui 73,1% operatrici – 26,9% operatori) ha terminato con successo il corso. L'età mediana è stata di 45,9 anni e, per il 73%, si è trattato di donne. Le figure professionali che hanno portato a termine il corso FAD sono nell'ordine: infermieri (45,7%), professionisti sanitari (area riabilitazione, assistenza, prevenzione, diagnostica 24,6%), personale medico (13,7%), ostetriche (6,1%), psicologi (4,5%), altre figure sanitarie (farmacisti, biologi, ecc.; 1,5%). Tra i professionisti non sanitari, gli assistenti sociali formati sono stati 635, ai quali si aggiungono 72 partecipanti delle forze dell'ordine e dell'area legale; la somma di tali figure professionali costituisce, complessivamente, il 4% di tutti coloro che hanno seguito l'intero programma formativo. L'ISS, nel predisporre la FAD, ha adottato la metodologia chiamata *problem based learning* (PLB), che utilizza l'insorgenza di un problema come punto di partenza per l'acquisizione di nuove conoscenze. Essa si articola in 7 passaggi: 1) Identificare il problema; 2) Esplorare la preesistente conoscenza; 3) Generare ipotesi e possibili soluzioni; 4) Identificare i problemi di apprendimento (formulare i propri obiettivi di apprendimento); 5) Studiare in autonomia; 6) Rivalutare e applicare le nuove conoscenze al problema (proporre le soluzioni del problema); 7) Valutare e riflettere sul processo di apprendimento effettuato.

Lo svolgimento del corso FAD ha, inoltre, visto la collaborazione dei sopra citati referenti, nominati dagli Assessorati alla salute su formale richiesta del Ministero. Il referente ha avuto un ruolo strategico nel favorire la massima diffusione del programma FAD, ma anche nel promuovere la costituzione di reti locali volte ad incoraggiare la collaborazione e lo scambio di materiali, informazioni, buone pratiche tra PS e tra questi e gli altri soggetti interessati. Di più, la presenza in ciascun PS di un referente medico e/o di un referente infermiere, ha assicurato un costante monitoraggio dell'andamento del corso a livello locale. L'emergenza sanitaria, presentatasi a partire da marzo 2020 e che ha richiesto il coinvolgimento di tutto il sistema sanitario italiano, in particolare dei PS, ha indotto ad ampliare il periodo di erogazione del corso FAD, al fine di consentire al maggior numero possibile di operatori socio-sanitari di potervi partecipare. L'apporto strategico del corso FAD è consistito nell'aver assicurato una copertura capillare dell'intero territorio nazionale, in quanto al programma hanno aderito tutte le regioni e province autonome, nonché nell'aver erogato una formazione aggiornata e anche coerente con le azioni formative di lotta alla violenza di genere, promosse in differenti aree regionali. Ciò è

stato possibile in quanto il corso ha rappresentato il risultato di un lungo lavoro di integrazione delle conoscenze e competenze tecnico-scientifiche e comunicativo relazionali di docenti/esperti provenienti da differenti ambiti disciplinari, impegnati da anni, nei propri territori regionali, ma anche a livello nazionale e sovranazionale, nella prevenzione e nel contrasto della violenza di genere. Da ultimo, al fine di monitorare l'efficacia e la ricaduta formativa del corso FAD, come si ricordava all'inizio, è stata avviata una specifica rilevazione che coinvolge gli oltre 17.000 operatori sanitari che hanno partecipato al programma formativo concludendolo con successo.

Sempre in tema di formazione, si segnala che in data 25 novembre 2021 sono iniziate le attività del progetto CCM 2021 “Strategie di prevenzione della violenza contro le donne e i minori, attraverso la formazione di operatrici e operatori di area sanitaria e socio-sanitaria con particolare riguardo agli effetti del COVID-19” – IPAZIA CCM2021, a seguito dell'accordo di collaborazione siglato tra il Ministero della salute e la Regione Toscana, capofila del progetto, che coinvolge, tra i partecipanti, l'Istituto Superiore di Sanità, l'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) e altre cinque 5 regioni in rappresentanza di tutto il contesto nazionale: la Lombardia, il Friuli Venezia Giulia per il Nord; l'Umbria e la Toscana, per il Centro; la Puglia e la Basilicata per il Sud. In merito, occorre tener presente che il Pronto Soccorso è solo l'accesso all'interno di un percorso. Proprio per questa ragione, il nuovo progetto CCM 2021 intende allargare il target, estendendo la formazione a operatori e operatrici dei servizi socio-sanitari della rete di assistenza sanitaria territoriale: operatori di area sanitaria e socio-sanitaria di Pronto Soccorso e 118, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, assistenti sociali professionali, operatori di area sanitaria e socio-sanitaria dei SerD (servizi per il trattamento delle dipendenze), delle strutture residenziali e dei consultori. Il progetto Ipazia si pone l'obiettivo di mettere a punto e sperimentare un modello formativo, basato sulla citata metodologia del *problem based learning – competence oriented*. Si articola in un percorso di base (corso FAD) rivolto a operatrici e operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali che si occupano di violenza contro le donne e contro i minori, negli ambiti territoriali delle unità operative coinvolte nel progetto, e in un percorso specifico per la “formazione di formatori”; questi ultimi individuati dalle singole ASL partecipanti. Questi soggetti, a loro volta, attraverso i piani formativi aziendali, potranno trasmettere in maniera capillare le competenze acquisite al personale sociosanitario dei territori di competenza. La finalità generale è quella di favorire l'applicazione sistematica di corretti protocolli tecnico-scientifici e comunicativo-relazionali, anche con percorsi dedicati alla

emergenza Covid-19 ed ai suoi effetti, affinché a ciascuna vittima venga fornita la medesima opportunità di essere accompagnata in percorsi di fuoriuscita dal circuito della violenza, anche nei casi di discriminazioni multiple. Altro obiettivo del progetto è quello di facilitare lo scambio di buone prassi: intorno al modello formativo sarà possibile aggregare le conoscenze e le competenze di operatrici e operatori dell'area sanitaria e socio-sanitaria dei servizi territoriali, per intercettare precocemente le vittime, costruire reti interdisciplinari, garantire equità di cura, diffondere la cultura della non violenza, creare una comunità di pratica infermieristica¹. Il progetto, inoltre, fornisce nuovi spunti e nuovi contenuti nel contrasto alla violenza, inserendo anche un approfondimento sulla violenza sui minori (tra cui anche i figli minori eventuali vittime della violenza assistita). Il coinvolgimento della rete territoriale può consentire la definizione di indicazioni generali per la collaborazione tra tutti gli attori istituzionali coinvolti nel contrasto e nella prevenzione della violenza contro i minori.

Andranno successivamente coinvolte tutte le figure afferenti alle reti territoriali anti-violenza sia istituzionali che del terzo settore, oltre al personale delle centrali dei numeri di pubblica utilità.

Un punto di forza di questa tipologia di formazione è sicuramente la presenza di esperti di differenti aree, con un approccio di tipo globale già dalla costituzione del gruppo di lavoro progettuale. Un ulteriore elemento di positività è insito nella metodologia formativa a distanza anche nella sua derivazione della forma *blended* caratterizzata dalla presenza di diversi formati e tipologie didattiche. Tale metodologia permette a operatori socio-sanitari impegnati in differenti Servizi di seguire contemporaneamente un medesimo percorso di formazione/aggiornamento in un arco temporale ben definito.

In una prospettiva futura la formazione si pone come un vero e proprio strumento di intervento nella lotta alla violenza di genere; l'obiettivo prioritario è quello di favorire l'applicazione sistematica di corretti protocolli tecnico-scientifici e comunicativo-relazionali affinché a ciascuna donna venga fornita la medesima opportunità di essere accompagnata in percorsi di fuoriuscita dal circuito della violenza.

X. IL REFERTO PSICOLOGICO

Com'è noto il referto psicologico in pronto soccorso sulle donne che hanno subito violenza non è contenuto quale elemento obbligatorio nelle Linee guida nazionali sopra descritte. Tuttavia, poiché anche la violenza psicologica rappresenta uno dei fattori più impattanti sulla salute delle donne che la subiscono, anche in relazione alle audizioni svolte sul punto dalla Commissione, appare opportuno dare conto di alcune esperienze maturate in questo campo come buone prassi che potrebbero essere estese a tutte le strutture di primo soccorso del Servizio sanitario nazionale.

Napoli è la sede in cui da anni era stata avviata l'esperienza di un centro di salute mentale per le donne, che aveva messo in campo una lettura del disagio psichico correlato allo stress della vita quotidiana delle donne rappresentato dal lavoro di cura, dal doppio carico di lavoro, dalla violenza nelle relazioni familiari. Quella esperienza aveva messo in evidenza, in ambito clinico, l'impatto distruttivo della violenza psicologica sulla salute della donna, ma aveva anche permesso di decifrare la violenza psicologica come strumento utilizzato nella relazione di coppia per ottenere, senza contatto fisico, la *compliance* della vittima ad uno stato di soggezione e privazione di libertà, con scarsa consapevolezza della donna dei meccanismi di azione dell'uomo violento che portavano alla comparsa di vissuti di disistima e colpa. Si trattava in sostanza di focalizzare l'attenzione sugli aspetti psicologici della violenza di coppia e del percorso della violenza verso uno stato nelle donne di depauperamento di risorse, energie e salute.

E' iniziato quindi il lavoro ospedaliero nel 2008 con la formazione istituzionale degli operatori medici nel Pronto Soccorso dell'Ospedale San Paolo di Napoli e successivamente si è aperto il primo "percorso rosa" dedicato alle donne vittime di violenza nel 2009, caratterizzato da subito dall'essere finalizzato a cogliere sia la violenza fisica che quella psicologica nella consapevolezza che la violenza psicologica e gli effetti psicologici della violenza, rischiavano di rimanere nell'ombra se non si fossero attivati servizi e competenze capaci di intervenire su di essi.

L'esperienza descritta impone una riflessione sull'importanza di un servizio psicologico in Pronto Soccorso. Infatti il danno fisico non necessariamente è l'effetto più frequente della violenza di genere. Gli effetti più comuni sono quelli psicologici. Molte donne vanno al pronto

soccorso, ma il legame tra la lesione psichica e la violenza domestica spesso non è riconosciuto e le donne non ricevono una diagnosi e un trattamento adeguati. La consulenza e il supporto psicologico in pronto soccorso sono poi consigliati perché qualificano l'assistenza sanitaria in modo globale in quanto colgono l'unità psico-fisica delle donne vittime di violenza e dei loro figli minori.

Peraltro, anche le Linee guida nazionali indicano come «La visita medica è un'occasione irripetibile per garantire un'assistenza adeguata alle necessità psicologiche e sanitarie della donna. Al contempo sarà assicurata una successiva assistenza psicologica, qualora la donna lo desideri, che potrà essere effettuata dalla psicologa dell'ospedale, se presente, o da una professionista della rete territoriale antiviolenza»¹¹. La visita in pronto soccorso costituisce cioè per la donna un'occasione unica di disvelamento della violenza, nonché il momento in cui la sua presa in carico e l'assistenza sia sanitaria sia psicologica possono favorire la realizzazione di un percorso di uscita dalla violenza stessa. L'assistenza psicologica deve essere fornita da una psicologa (si considera preferibile in questo ruolo l'intervento professionale di una operatrice donna) su richiesta/consenso della donna, qualora presente in ospedale o fornita dalla rete territoriale antiviolenza.

La violenza può essere stata vissuta come una aggressione mortale o può essere solo l'ultimo di una lunga serie di episodi, per cui la donna ha sviluppato nel tempo una sorta di anestesia dei sentimenti. La visita medica è un'occasione irripetibile per garantire un'assistenza adeguata alle necessità psicologiche e sanitarie della donna. Al contempo sarà assicurata una successiva assistenza psicologica, qualora la donna lo desideri, che potrà essere effettuata dalla psicologa dell'ospedale, se presente, o da una professionista della rete territoriale anti-violenza.

Quindi, dopo l'intervento medico in pronto soccorso il percorso di tutela delle donne che subiscono violenza può proseguire con la consulenza e l'assistenza psicologica (l'intervento psicologico è successivo all'intervento medico, è consigliato e raccomandato come prosieguo e approfondimento dell'osservazione medica, ma può essere differito ed è una libera scelta della donna che decide se usufruirne o meno).

Il servizio di prima assistenza psicologica ha la finalità di mettere al centro gli aspetti subdoli della violenza cosiddetta invisibile, di dettagliarne le forme e le modalità con cui si

11 *Cfr.* Allegato A.

inserirsi nella vita della donna abbassandone il livello di autonomia e di autodeterminazione. Al centro dell'intervento psicologico è infatti la presa di coscienza della vittima del controllo coercitivo, considerato il cuore della violenza di coppia perché è l'espressione tipica del rapporto di potere uomo donna; esso incide sulla limitazione della libertà personale attraverso le minacce sulla vita della donna e di altri familiari, sulla perdita di beni economici, sulla perdita della relazione con i figli.

Quando c'è il controllo coercitivo, c'è anche deprivazione materiale, isolamento, degrado, sfruttamento e regolamentazione delle attività, in aggiunta a livelli cronicamente elevati di paura e sofferenza psico-fisica. Stabilire un approccio competente sulla violenza psicologica ed sul controllo coercitivo consente agli operatori sanitari una valutazione corretta anche di quelle violenze che non lasciano tracce fisiche. Di ciò è stato ben convinto il governo inglese che ha varato nel 2015 una legge che punisce proprio il controllo coercitivo.

Il controllo coercitivo è descritto anche come “terrorismo intimo”¹², riferendosi a un modello di comportamento che stabilisce il dominio su un'altra persona attraverso sistematiche restrizioni alla libertà e all'indipendenza; le persone che sperimentano un controllo coercitivo sono spesso isolate da amici, familiari o da altri gruppi di supporto; sono intrappolate nella relazione a causa di ostacoli economici, logistici, sociali o emotivi che non consentono la fuga o che rendono le persone timorose non solo per la propria sicurezza, ma anche per quella dei membri della famiglia, dei figli e delle altre persone nella loro rete relazionale. Il controllo coercitivo può infondere paura, attraverso un sistema di minacce e intimidazioni, anche senza ricorso alla violenza fisica, e può continuare dopo la fine della relazione.

Nel quadro complesso dei significati spesso nascosti di questa violenza, inserire uno sportello di ascolto e di prima assistenza psicologica nel percorso ospedaliero del pronto soccorso diviene essenziale per la tutela delle donne e significa sia avere la possibilità di rendere visibile questa violenza fatta di minacce, di intimidazioni, di limitazioni senza ricorso alla violenza fisica, sia misurare gli effetti psicologici di ogni altro tipo di violenza fisica, sessuale, economica per mostrare l'ampio ventaglio di danni che tutti questi eventi producono nella vita della donna.

12 Dichter M.E., Thomas K.A., Crits-Christoph P., Ogden S.N., Rhodes K.V. (2018), Coercive Control in Intimate Partner Violence: Relationship With Women's Experience of Violence, Use of Violence, and Danger, “Psychology of Violence”, 8(5): 596-604. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6291212/>

10.1 LE FINALITÀ DELLO SPORTELLLO PSICOLOGICO IN PRONTO SOCCORSO

Lo sportello di prima assistenza psicologica per le vittime di violenza ha una doppia finalità: sostenere psicologicamente le donne e fare luce sul loro ruolo di vittime ‘incolpevoli’ nei primi momenti in cui si recano in ospedale, quando sono preda di sentimenti contrastanti, di incertezze, di uno stato di confusione in cui non mettono a fuoco le responsabilità del violento spesso addossandosi tutte le sue colpe; documentare quello stato particolare in cui si trovano attestando (nel referto) una condizione post traumatica, che fa luce sul loro stato emotivo e psicologico, senza creare equivoci circa la loro attendibilità nel fornire gli elementi della violenza subita.

La prima finalità è l'intervento di sostegno della vittima con un'iniziale riduzione del trauma da violenza che prepari la prosecuzione nel territorio (Centri antiviolenza) del percorso di uscita dalla violenza. Il trauma cui si fa riferimento è un trauma relazionale, il trauma che ha maggiori effetti negativi sulla stabilità psichica di una persona: quello relativo ad una relazione intima (*Intimate partner violence*). Questo trauma, che affonda le sue radici nel legame affettivo, ha tre effetti immediatamente evidenziabili in un intervento in emergenza: il senso di responsabilità/colpa personale che la vittima porta con sé; il senso di incredulità e incapacità personale guardando a quanto accaduto e di disperazione per il futuro; la sottovalutazione del trauma e dei suoi effetti sulla salute e sulla vita.

La percezione di una responsabilità personale in un fatto traumatico relazionale, (quale è la violenza maschile contro le donne, è negativo per sé, per la propria vita o la vita degli altri) è molto ampia e si associa immediatamente al senso di incapacità e inadeguatezza. L'incapacità personale è rappresentata dalla percezione di non aver saputo fronteggiare l'evento, nell'averlo fatto precipitare; come effetto ulteriore della violenza, la vittima focalizza l'attenzione sulle ragioni portate avanti dall'autore della violenza che la minimizza o la nega e ingrandisce le responsabilità della vittima nel non saper fare, nel non saper essere ecc. ecc., acuendo il suo senso di incapacità a essere una buona compagna, una buona madre, una buona lavoratrice.

Ecco quindi che queste percezioni della violenza che accompagnano la vittima – responsabilità personale, alias senso di colpa, inadeguatezza personale e sotto-rappresentazione della gravità della violenza subita - sono gli elementi che vanno prontamente identificati nell'osservazione in pronto soccorso, sia perché, come rilevato, sono i segni traumatici più vistosi che permettono di fare una diagnosi appropriata, sia perché nel dare le prime cure devono essere

rapidamente destrutturati. Così che il primo risultato da conseguire nell'assistenza psicologica alle vittime è la deresponsabilizzazione rispetto alla violenza subita con la riduzione del senso di colpa e di vergogna per quanto subito.

L'intervento psicologico in emergenza si dispiega in tre fasi. La prima fase poggia su una attività di osservazione che punta a cristallizzare la condizione traumatica con cui la donna si presenta attraverso: la raccolta del riferito; la 'fotografia' dello stato emotivo (ansia, paura, terrore); la 'fotografia' dello stato cognitivo (senso di colpa, giustifiche del partner, mancanza di finalità vendicative).

La seconda fase punta ad aiutare la donna a posizionarsi diversamente nei confronti del trauma, e cioè a: riattraversare gli eventi di violenza per individuare la loro potenza e attraverso questa lettura superare il senso di incapacità e fallimento personale nel loro fronteggiamento; riconoscersi nel ruolo di vittima incolpevole, rispetto al pregiudizio imperante che penalizza le donne di essere cioè nella violenza domestica una vittima 'provocatrice' o collusa.

La terza fase è centrata sul recupero delle risorse personali e sulla riattivazione della capacità di autotutela e tutela dei minori: rivedere i rischi per l'integrità psico-fisica che la violenza ha comportato per sé e per i minori e quelli che può comportare per il futuro; riposizionare le proprie capacità (una volta liberate dalla prospettiva di una gestione della violenza per evitarne gli effetti più distruttivi per sé e per i figli) in una prospettiva di autonomia dal violento, con il supporto di un aiuto esterno e rompendo l'isolamento voluto dal violento; stabilire con l'arrivo in Pronto Soccorso un punto di non ritorno della propria vicenda e l'avvio di un processo duraturo di uscita dalla violenza; passare infine dalla percezione di vittima a quella di sopravvissuta. Questo intervento di destrutturazione della condizione di stress traumatico accompagna l'attività di osservazione e di refertazione costituendo un *background* indispensabile al percorso successivo di uscita della donna dalla violenza attraverso la rete extra-ospedaliera di sostegno.

10.2 LA DOCUMENTAZIONE E LA STESURA DEL REFERTO PSICOLOGICO.

Il referto, con la documentazione di quello specifico stato emotivo, colto nelle vicinanze temporali dell'accaduto, costituisce uno strumento di aiuto della vittima di violenza¹³.

¹³ Tale strumento di supporto potrà eventualmente essere eventualmente utilizzato dalla vittima anche nelle successive vicende giudiziarie, con gli effetti e nei limiti di quanto previsto dalle vigenti disposizioni processuali. Ad esempio, Per le sue

Dal punto di vista psicologico, la donna porta all'osservazione una condizione traumatica (il trauma da violenza di cui si è parlato). La condizione traumatica è una condizione che può intralciare la memoria e la ricostruzione dei fatti; così come le reazioni al trauma possono essere molteplici (su un asse che va dalla fuga all'immobilizzazione, dall'urlare al mutismo, dall'agitazione al congelamento delle emozioni) e non si limitano a reazioni univoche "sponsorizzate" dal contesto giudiziario.

Se poi ci concentriamo sugli aspetti del trauma, ne possiamo dedurre che un soggetto traumatizzato non è il migliore testimone degli eventi a lui accaduti. Questi può presentare una ricostruzione dei fatti viziata da lacune e interferenze emotive: queste rischiano di limitare la possibilità di una comprensione adeguata da parte di altri del narrato della vittima e dei suoi stati emotivi.

Questo è il motivo principale per cui un'attestazione, un referto di Pronto Soccorso, di quanto accaduto che raccolga il riferito della persona, sostenuto dalla competenza psicologica, ha un valore molto speciale. Il referto psicologico è uno strumento utile per rendere visibile ad occhi non esperti, compresi gli occhi della vittima, la lesione psichica che ha comportano in termini di svalutazione di sé, di compressione della libertà personale.

La donna vittima di violenza può dire quello che è successo, se sostenuta nel racconto da un esperto che la stimola a rappresentare il più compiutamente possibile la violenza; la vittima può parlare della sua reazione (fuga o immobilizzazione) e il tecnico può esplorare in dettaglio i pensieri e i vissuti in quel momento e spiegare ad esempio che essersi appiattita in una sorta di immobilità è di fatto, non solo una possibile reazione al trauma, ma anche la reazione migliore in quel determinato contesto in rapporto alle esigenze di sopravvivenza; può soprattutto allontanare il sospetto che quel comportamento possa significare accettazione, *compliance* o mancanza di dissenso, oppure il sospetto che si tratti di una storia costruita ad arte e di accuse strumentali.

Per questo è necessario nei casi di violenza avere l'apporto di chi per professione ed esperienza è capace di rappresentare il ruolo giocato dal trauma nel modo con cui una vittima di violenza domestica, in particolare, rappresenta se stessa e i fatti accaduti; nonché di cogliere e descrivere le relazioni tra i fatti di violenza (e soprattutto raffigurare i fatti di violenza domestica, che sono, "a statuto speciale" perché si fondano su una relazione intima tra vittima e carnefice)

caratteristiche intrinsecamente probatorie il referto psicologico è stato asseverato dalla Procura di Napoli come strumento utilizzabile processualmente.

e le reazioni individuali, comprensive dei meccanismi di difesa messi in atto per sopravvivere alla violenza stessa.

L'intervento psicologico come difesa della vittima nasce proprio dall'esigenza di rappresentare i fatti traumatici, i loro effetti e, attraverso di essi, ricostruire gli eventi di violenza e il ruolo assunto dalla donna; ruolo che rischia di essere considerato collusivo quando non rappresentato nella cornice corretta delle possibili reazioni di autotutela o tutela della prole.

Questo intervento serve anche a orientare chi deve giudicare i reati di violenza, illuminando il significato degli stati emotivi altalenanti, che la maggioranza delle donne, vissute a lungo in relazioni violente (mediamente dagli 8 ai 10 anni), presenta: da un lato, paura del carnefice, dall'altro amore e rifiuto delle conseguenze afflittive per il violento (molte donne non tollerano l'idea che il partner possa andare in carcere). Amore e paura si mescolano nel seguente modo: paura dei comportamenti violenti, amore per l'uomo facendo astrazione della violenza, in un'alternanza che prevede alla base un meccanismo di separazione tra i comportamenti violenti e la persona violenta, come se quei comportamenti non appartenessero alla stessa persona. Da sottolineare che questa percezione è facilitata da una storia pregressa di scelta del partner per amore o da ripensamenti ciclici in cui il partner si pente e chiede scusa per la violenza inflitta, mostrandosi come il più amorevole compagno/marito.

Questo dualismo (tipico è il ricorso, nella percezione che la donna ha dell'uomo, alla figura letteraria del dott. Jekyll e mister Hyde) coinvolge non solo le donne adulte ma anche i minori. Le bambine e i bambini maltrattati e abusati esprimono frequentemente questa dicotomia: paura del genitore maltrattante, in genere il padre, ma anche affetto per il padre. Più lungo è l'abuso, più il legame traumatico con la dipendenza affettiva dal genitore abusante è stretto. Questi problemi, definiti da altri come "ambivalenza", possono arrecare danno alla testimonianza della parte offesa, che, nei reati di maltrattamento e abuso in particolare, può apparire confusa, incoerente e contraddittoria agli occhi di chi, ad esempio un giudice, non ha conoscenza specifica dei meccanismi di soggezione alla violenza.

In sintesi, la donna traumatizzata, con gli esiti il più delle volte di un trauma complesso come quello relativo alla relazione con un partner intimo, può trarre giovamento da una attività di refertazione psicologica che partendo dal suo narrato e correlandolo con lo stato emotivo attesta nei fatti la coerenza delle sue dichiarazioni.

Il referto psicologico, oltre a documentare uno stato emotivo correlato agli eventi di violenza riferiti, consegna poi quello stato emotivo anche a valutazioni successive quando le

condizioni psicologiche della donna saranno diverse. Il referto costituisce, così, un modo per cristallizzare un contenuto emotivo (che poi potrà andare disperso in condizioni diverse e successive) attraverso un racconto dettagliato dell'evento traumatico. Il valore di un referto, dettagliato che riporta il riferito della vittima ed il suo stato emotivo, come sottolineato anche dal dipartimento di giustizia americano, attiene alla sua possibilità di fornire prove che la vittima potrà utilizzare nel suo percorso giudiziario.

Il referto psicologico è stato anche utilizzato nel distretto sanitario di un'altra regione, l'AUSL Romagna, che lo ha inserito nelle sue procedure dell'intervento sanitario in Pronto Soccorso. Presso l'Azienda Sanitaria della Romagna, è in corso da alcuni anni un lavoro che ha coinvolto in modo integrato i Pronto Soccorsi, i Servizi Consultoriali territoriali, i Servizi Sociali ed i Centri Antiviolenza in un percorso orientato a migliorare l'intercettazione della violenza nel contesto Sanitario, la corretta assistenza ed accompagnamento offerto alle vittime.

Il referto psicologico dal gennaio 2020 è entrato nelle linee guida regionali della Campania ad integrazione di quelle nazionali sul percorso in pronto soccorso delle donne che subiscono violenza¹⁴. L'esperienza accumulata dal 2009 al 2019, raccolta in un *report* con dati circostanziati¹⁵, ha dimostrato che il referto psicologico è uno strumento valido per fotografare la condizione delle donne che arrivano in pronto soccorso, e subito dopo per rinforzare la loro posizione e la loro difesa nei processi giudiziari che devono affrontare.

14 Regione Campania, Giunta regionale, Delibera n. 47 del 28.1. 2020 “Approvazione delle linee guida per la prima assistenza e refertazione psicologica nel pronto soccorso per le donne vittime di violenza domestica e di genere”, http://casadivetro.regione.campania.it/CASA_DG20200000047ver03.pdf.

15Le donne assistite con refertazione psicologica in due ospedali napoletani dal 2009 al 2019 sono state 1211 con 79 minori che hanno avuto una refertazione psicologica a integrazione della refertazione pediatrica per maltrattamenti diretti. Dal 2020 ad oggi sono state assistite e refertate ancora 370 donne, cfr. <https://www.associazionesalutedonna.it/wp-content/uploads/2022/08/Sportello-Rosa-San-Paolo-e-Cardarelli-2009-2019.pdf>.

XI: CONCLUSIONI: CRITICITA' E PROSPETTIVE

La violenza di genere è un fenomeno diffuso, trasversale tra i diversi status sociali, e complesso e per tanto necessita di risposte di sistema uniformi e coese su tutto il territorio nazionale.

Se da una parte possiamo constatare che tutte le Regioni negli ultimi quindici anni hanno approvato almeno una legge sulla materia, dall'altra non possiamo che segnalare le differenze significative per quanto attiene i provvedimenti d'attuazione e la tipologia degli interventi in un contesto normativo relativamente giovane. Lo stesso dicasi per il percorso codice rosa nelle strutture ospedaliere, gestite con procedure interne alle aziende che non consentono però un vero monitoraggio del fenomeno a livello nazionale (anche a causa delle mancate modalità di codifica sulle banche dati a sistema), non consentendo una di valutare la reale coerenza dei percorsi applicati con le linee guida. Non si possono negare i miglioramenti e l'aumentata attenzione verso il problema ma dobbiamo constatare i limiti che ancora è necessario superare.

La formalizzazione di numerosi protocolli interistituzionali ha facilitato il lavoro in rete (tra servizi sanitari, sociosanitari, forze dell'ordine ed Enti Locali) ma ancora oggi l'anello più debole è rappresentato dalle risposte sociali territoriali spesso frammentate o insufficienti. Le cause possono essere diverse, tra queste la scelta degli Enti locali di investire principalmente sul volontariato e una eterogeneità della programmazione delle Regioni nelle misure di progettazione e finanziamento (in genere a cadenza annuale o su progetti di breve periodo).

Pur se la formazione è un tema ricorrente, non vi è evidenza dello sviluppo di metodologie e strumenti operativi socio-sanitari confrontabili, quali buone prassi e linee guida con un'attività formativa di tipo multiprofessionale, interdisciplinare e continua che sia codificata ed uniforme sul territorio nazionale, che punti in maniera particolare alla promozione delle *soft skill*, alle abilità comunicative e relazionali.

Rispetto alla scarsa emersione del fenomeno, i servizi sanitari, detengono un ruolo centrale in quanto sono quelli presso cui le donne accedono in misura prevalente, ma è ancora il Pronto Soccorso il luogo dove si intercetta la violenza che quando qui arriva ha già avuto esiti importanti.

Le Centrali operative territoriali previste dal DM 77 di riorganizzazione del territorio, attive h24 che poi potrebbero interfacciarsi direttamente con i Centri anti violenza. Possono essere una soluzione. In questo senso le Case della Comunità previste dal PNRR potrebbero

diventare un avamposto strategico per intercettare e mettere in atto le azioni di contrasto e presa in carico delle vittime di violenza.

La centralità della Medicina Generale nelle reti inter istituzionali, ai tavoli di lavoro ed alle equipe multidisciplinari potrebbe infatti garantire una precoce intercettazione delle situazioni a rischio. Infine per attivare sistemi di prevenzione efficaci anche con azioni proattive, che includano oltre alle istituzioni e associazioni tutti gli attori sociali (es. scuole) si ritiene sottolineare la necessità di sviluppare un sistema di monitoraggio omogeneo del fenomeno misurando anche le performance dei percorsi integrati; in questo contesto gli Osservatori Regionali, ed a seguire quelli Provinciali, potrebbero diventare una realtà importate per programmare azioni proattive e coordinate su tutto il territorio nazionale intervenendo non solo sul contesto sociosanitario ma realizzando interventi di sistema in tutte le politiche in modo trasversale.

Il numero di Centri Antiviolenza sul territorio nazionale è aumentato progressivamente negli anni, ma la loro diffusione sul territorio è ancora disomogenea ed è importante tenere in considerazione che la metodologia del finanziamento statale alle Regioni e da queste alle reti locali non consente di mettere a sistema la professionalità dei servizi offerti. Infatti, i Centri antiviolenza hanno difficoltà nelle ore notturne e nei giorni festivi per la carenza di finanziamenti che spesso ne rallenta o ne blocca l'attività. Inoltre, troppo spesso i CAV non sono considerati dal sistema sociale territoriale come interlocutore privilegiato della donna che ha subito violenza. La situazione dei figli minori spesso è gestita senza tenere conto dei problemi psicologici della madre, che necessita di un percorso all'inizio magari protetto, ma che nel più breve tempo possibile la riporti ad un'autonomia abitativa e lavorativa e ad una relazione genitoriale con i figli.

L'intero sistema penale, sostanziale e processuale, riconosce l'importanza della privacy nella strategia di tutela delle vittime di violenza di genere secondo un indirizzo che oramai è parte integrante delle politiche di prevenzione e contrasto a tale fenomeno; la privacy infatti non è, non deve e non può mai essere un ostacolo alla circolazione di informazioni necessarie alla protezione della persona offesa, alla sua migliore assistenza e finanche alla prevenzione di ulteriori condotte illecite. Non solo, dunque, la privacy non è mai un ostacolo alla condivisione delle informazioni tra i soggetti istituzionalmente deputati alla presa in carico della vittima, ma è anzi un fattore determinante nell'efficacia della sua assistenza, oltre che di fiducia della donna stessa nell'offerta

di tutela che le viene rivolta, purché la circolazione delle informazioni che la riguardano avvenga nella sola misura effettivamente necessaria, per finalità predeterminate, pertinenti e legittime.

Complessivamente sarebbe opportuno procedere da un lato a valorizzare ulteriormente alcuni criteri importanti già presenti nelle Linee Guida, dall'altro aggiornare le medesime al nuovo quadro giuridico europeo in materia di protezione dati, in modo da definire le modalità di gestione degli accessi, di conservazione dei dati e del controllo sul loro trattamento con standard uniformi sul territorio nazionale e complessivamente adeguati al grado di rischio sotteso alla loro raccolta.

Anche se l'obbligo di osservanza delle prescrizioni in materia di protezione dati soprattutto in termini di sicurezza, minimizzazione e riservatezza, deriva, per sé sola, dalla disciplina legislativa interna e da quella europea, direttamente efficace ed immediatamente applicabile, certamente una ricognizione, calibrata sulle specificità della fattispecie, all'interno delle linee guida, sarebbe stata indubbiamente opportuna.

In particolare, sarebbe importante la messa in rete, nazionale o almeno regionale, di tutti i Pronto Soccorso per consentire fin dal primo momento la conoscenza dei precedenti accessi in ospedale e le diagnosi di dimissione. Sarebbe necessaria una maggiore diffusione tra gli operatori socio-sanitari dei corsi di formazione sulla violenza contro le donne e i minori, oltre a una diffusione tra tutti gli operatori delle modalità di comportamento da adottare in caso di aggressione da parte degli utenti. Definire corsi di formazione per il personale infermieristico che accrescano le loro abilità comunicative per fronteggiare la violenza e favoriscano una gestione appropriata degli episodi di violenza.

Tuttavia, il sistema sanitario per garantire una migliore risposta necessita di un rafforzamento, specialmente nei giorni festivi e nelle ore serali e notturne, delle reti territoriali per l'accoglienza e il collocamento in emergenza in caso di rischio elevato per la donna e i suoi figli. L'affollamento dei Pronto Soccorso non consente una presa in carico adeguata dei bisogni delle vittime di violenza, specie se accompagnate da figli minori. Sarebbe opportuno evitare che il nucleo familiare resti in ospedale, ma spesso questa diviene l'unica soluzione per più giorni in assenza di una risposta sociale all'esigenza di sicurezza. Una più rapida attivazione dei centri antiviolenza territoriali e delle case rifugio potrebbe rappresentare una risposta più adeguata, solo se vi fossero finanziamenti certi e consistenti per i centri che garantiscono una risposta professionale in emergenza.