



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 105

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

AUDIZIONE DELLA PRESIDENTE DELLA FEDERAZIONE
NAZIONALE DEGLI ORDINI DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE (FNOPI)

114^a seduta: giovedì 30 giugno 2022

Presidenza della Vice Presidente RIZZOTTI

I N D I C E**Audizione della Presidente della Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI)**

PRESIDENTE	Pag. 3, 10, 13 e <i>passim</i>	<i>MANGIACAVALLI</i>	Pag. 3, 13, 14 e <i>passim</i>
BOLDRINI (PD)	10		
LUNESU (L-SP-PSd'Az)	12		

Sigle dei Gruppi parlamentari: Forza Italia Berlusconi Presidente-UDC: FIBP-UDC; Fratelli d'Italia: FdI; Insieme per il futuro – Centro Democratico: Ipf-CD; Italia Viva-P.S.I.: IV-PSI; Lega-Salvini Premier-Partito Sardo d'Azione: L-SP-PSd'Az; MoVimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico: PD; Per le Autonomie (SVP-PATT, UV): Aut (SVP-PATT, UV); Uniti per la Costituzione-C.A.L. (Costituzione, Ambiente, Lavoro)-Alternativa-P.C.-Ancora Italia-Progetto SMART-I.d.V.: UpC-CAL-Alt-PC-AI-Pr.SMART-IdV; Misto: Misto; Misto-ITALIA AL CENTRO (IDEA-CAMBIAMO!, EUROPEISTI, NOI DI CENTRO (Noi Campani)): Misto-IaC (I-C-EU-NdC (NC)); Misto-Italexit per l'Italia-Partito Valore Umano: Misto-IpI-PVU; Misto-Liberi e Uguali-Ecosolidali: Misto-LeU-Eco; Misto-MAIE: Misto-MAIE; Misto-+Europa – Azione: Misto-+Eu-Az; Misto-ManifestA, Potere al Popolo, Partito della Rifondazione comunista-Sinistra europea: Misto-Man.A PaP PRC-Se.

Interviene la dottoressa Barbara Mangiacavalli, presidente del comitato centrale della Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI), accompagnata dal dottor Paolo Del Bufalo, giornalista dell'ufficio stampa e comunicazione della medesima Federazione, e dal dottor Nicola Draoli, componente del comitato centrale FNOPI e presidente dell'OPI di Grosseto.

I lavori hanno inizio alle ore 8,35.

SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI

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

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

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

Poiché non vi sono obiezioni, così resta stabilito.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione del presidente della Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del presidente della Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI).

Saluto la dottoressa Barbara Mangiacavalli, che ringrazio per aver accolto il nostro invito a riferire sui temi relativi all'individuazione precoce della violenza di genere e domestica e alla capacità della medicina di base di intercettare il fenomeno in una fase iniziale, al fine di poter tempestivamente proteggere le vittime.

Lascio subito la parola alla dottoressa Mangiacavalli.

MANGIACAVALLI. Signora Presidente, onorevoli senatrici e senatori, svolgerò alcune riflessioni nate all'interno della Federazione che rappresento, che raccoglie 460.000 infermieri, di cui 10.000 infermieri pediatrici.

Entrambi i profili sono direttamente coinvolti quando si parla di violenza di genere, ma anche di violenza nell'ambito pediatrico e materno-infantile.

Abbiamo preparato un documento che vi illustrerò ora brevemente e che siamo disponibili a inviarvi affinché rimanga agli atti. Nel documento troverete alcuni dati sulla professione infermieristica e sulla formazione che gli infermieri hanno fatto in questi anni rispetto al tema della violenza e del femminicidio, nonché alcune possibili proposte che affondano le radici nella nostra attività quotidiana, sia all'interno delle strutture sanitarie (a cominciare dai pronto soccorso generali, pediatrici e ginecologici), sia nell'ambito del sistema territoriale dell'assistenza domiciliare e delle cure primarie. Sono sicuramente questi gli ambiti nei quali, essendo presenti h24 in maniera continuativa, riusciamo ad avere il polso della situazione rispetto a quello che vediamo quando entriamo nelle case delle persone per l'assistenza domiciliare o quando le accettiamo in pronto soccorso. Come ben sapete, in pronto soccorso c'è un infermiere, il cosiddetto triagista, abilitato per legge alla prima accoglienza e ad assegnare la priorità d'intervento. Negli anni ci siamo soffermati soprattutto sulla formazione di questi operatori.

Oltre al cosiddetto codice rosso, introdotto con la legge 19 luglio 2019, n. 69, c'è un'esperienza precedente del 2016-2017 che affonda le radici nella Regione Toscana, partita per la verità molti anni prima, nel 2010, con la sperimentazione del cosiddetto codice rosa, una sorta d'identificazione della persona oggetto di possibili violenze ai fini dell'inserimento in un percorso protetto e tutelato all'interno del pronto soccorso. Questa esperienza, partita da Grosseto e diventata poi strutturale in Regione Toscana, è stata confermata con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri anche a livello nazionale nel 2017 ed è stata sostanzialmente prodromica all'utilizzo e all'implementazione del codice rosso.

Fondamentalmente è previsto che, se una donna (o anche un bambino) arriva in pronto soccorso e l'operatore ha la percezione – poi mi soffermerò sull'importanza della formazione – che ci sia stata una violenza, anche non dichiarata, come la maggior parte delle volte capita, la vittima viene inserita in un percorso protetto. Innanzitutto viene collocata in una stanza separata, cui viene garantito l'accesso a una persona indicata dalla vittima, che non necessariamente è l'accompagnatore; successivamente vengono attivate tutte le procedure necessarie.

Un'esperienza simile è stata fatta all'interno dell'ospedale Meyer di Firenze, dove un gruppo di infermieri pediatrici si è organizzato con la propria direzione per accogliere bambini portati in pronto soccorso dai genitori. Anche in questo caso si è provveduto a collocare i minori in una stanza protetta alla quale non necessariamente si consentiva ai genitori di entrare, adottandosi negli anni una serie di precauzioni sulla scorta di quanto si vive quotidianamente.

Ovviamente la pandemia ha esacerbato il problema: non ho bisogno di raccontarvi nulla, ma sicuramente i numeri, soprattutto nella prima fase, sono aumentati in maniera esponenziale. Si parla addirittura, secondo l'Istat, di un aumento del 119 per cento, complici il *lockdown* e

tutta una serie di considerazioni, compreso il fatto che molte persone hanno perso il lavoro o si sono comunque allontanate dal posto di lavoro. L'incremento si è registrato anche per le violenze sui minori (circa il 13 per cento in più) e questo è un dato significativo.

Quello che abbiamo rilevato come infermieri è che la violenza sta diventando sempre più frequente anche rispetto agli anziani. L'11 per cento dei casi riguarda indicativamente persone *over 60*, con una violenza agita da parte dei figli, del coniuge, del compagno o della compagna, ma alcune volte anche da parte dei *caregiver*.

Qui si pone l'importante tema della formazione e non solo degli operatori sanitari, su cui insistiamo in maniera particolare, tant'è vero che come federazione abbiamo attivato e sostenuto molti interventi formativi per fare in modo che i professionisti sanitari e gli infermieri riconoscano i segni prodromici o in qualche modo indicatori. Il fatto di poter formare l'infermiere a cogliere dei segni aiuta in qualche modo a evitare episodi di violenza, sia di quella agita nei confronti degli operatori – di cui parlerò dopo – ma anche di quella sulla persona che arriva in pronto soccorso. Come sappiamo bene, infatti, la persona che arriva in pronto soccorso difficilmente riferisce il motivo vero per cui si trova in quella situazione, indicando quasi sempre una serie infinita di motivazioni. La situazione peggiora presso il domicilio: quando cioè si entra in una casa e si fa assistenza domiciliare, quando si lavora sul territorio e la persona arriva in un distretto, non è certo perché a casa ha subito violenza.

La formazione è dunque fondamentale per gli operatori sanitari, per gli infermieri, ma anche per tutta l'*équipe* assistenziale delle cure territoriali e ospedaliere, oltre che per i *caregiver* e per tutti gli altri operatori: penso agli operatori sociali. Se una persona è a casa e ha il servizio di assistenza domiciliare (SAD) del Comune per la somministrazione dei pasti o per la pulizia della casa, è opportuno che chi entra in quella casa – che sia l'assistente sociale o l'operatore del Comune – possa essere formato a cogliere dei segni che possono allertare.

Quindi sicuramente è fondamentale la formazione di tutte le persone – operatori sanitari e non – che gravitano sulla presa in carico dei fragili, dei disabili, dei deboli e dei cronici, sia sulla rete territoriale delle cure primarie che presso un ospedale, perché riconoscere i segni consente se non altro di allertare. Molte aziende, ad esempio, hanno trovato il modo di inserire una sorta di *flag* all'interno dell'accettazione del pronto soccorso; in altre parole, se anche la persona non denuncia la violenza, ma ci sono segni inequivocabili, viene inserito un *flag* che dà modo al successivo accesso in pronto soccorso di ricollegarlo al precedente. In questo modo si costruisce indirettamente un percorso per aiutare la persona a essere consapevole e ad aprirsi rispetto ai sanitari e alle forze dell'ordine.

Questo fa già parte delle proposte che come federazione abbiamo formulato, vale a dire la possibilità che i sistemi di urgenza, emergenza e pronto soccorso possano essere messi in rete, al netto ovviamente di tutte le valutazioni sulla tutela della *privacy*. Ciò significa che, se oggi arriva in pronto soccorso una signora, che dice di essere caduta dalle scale e sette

giorni fa magari è già stata nel pronto soccorso di un'azienda vicina per aver preso lo spigolo della porta del mobile della cucina, c'è la possibilità di identificare che si tratta di una persona ad alto rischio, se non altro per provare almeno ad agganciarla con un'*équipe* multidimensionale, costituita magari dallo psicologo e dagli operatori dei centri antiviolenza – che la maggior parte delle volte adesso, anche se sono ancora pochi, sono presenti comunque all'interno delle strutture sanitarie – per cercare di capire se è possibile predisporre con lei e per lei un percorso tutelante.

Spesso le donne non segnalano quanto accaduto, perché temono per i figli, per cui c'è anche un problema di cultura, su cui credo sia opportuno lavorare, perché è indispensabile che la donna sappia che ci si prende carico non solo di lei e del suo bisogno sanitario emergente, ma che ci si preoccupa anche di tutelare i minori o comunque il nucleo familiare. Questo è però un messaggio ancora poco diffuso, a mio avviso, vuoi perché le violenze in termini statistici si verificano in prevalenza nei nuclei familiari anche culturalmente un po' più poveri.

Per quanto riguarda la violenza domestica, aggiungo un altro particolare. Sarebbe opportuno, per esempio, prevedere la possibilità di un'esenzione temporanea dal *ticket* per queste donne perché, quando arrivano in pronto soccorso, in alcune situazioni con fratture o con problemi sanitari importanti, hanno bisogno di un *follow-up*, banalmente di visite e di esami di controllo. Molte donne – lo dico in base alla mia esperienza – rinunciano a questo *follow-up* perché nella maggior parte dei casi non hanno neanche la possibilità di pagare il *ticket*; per questo sarebbe utile avere un'esenzione, anche temporanea (sei mesi o un anno), a patto che comunque la donna sia disponibile a essere inserita in un percorso di tutela, che la porti ovviamente anche verso la consapevolezza.

La maggior parte delle volte – come dicevo – i controlli non vengono fatti, per cui diventa indispensabile agganciare le donne in pronto soccorso e fare in modo che nelle strutture sanitarie e nei pronto soccorso sia disponibile il contatto immediato con i centri antiviolenza, che in Italia sono ancora troppo pochi, visto che sono meno dell'uno per cento rispetto alle strutture sanitarie. A questo si aggiunge che sono sostenuti in parte in regime di volontariato e in parte dal terzo settore; spesso sono il risultato di bandi di reti interistituzionali promossi dai Comuni e dagli ambiti, per cui – ahimè – spesso i centri antiviolenza durano lo spazio del finanziamento, che non è strutturato. Noi abbiamo assistito dunque anche alla chiusura di centri antiviolenza perché non è più stato riconosciuto il finanziamento. Peraltro, anche quando ci sono, coprono una fascia oraria spesso centrale, mai la sera e la notte e mai il sabato e la domenica. In quelli più organizzati è prevista una sorta di reperibilità, per cui si possono rintracciare le persone. Capite bene però che, se la violenza avviene nelle ore serali e notturne o nei *weekend*, quando la donna arriva in pronto soccorso la maggior parte delle volte non è neanche immediatamente collocabile in un ambiente protetto. Questa è la ragione per la quale nelle strutture sanitarie spesso ci si organizza con le famose stanze segrete, dove a volte gli infermieri, in maniera difforme rispetto alle regole e alle procedure, hanno

accolto anche i figli. Capita infatti che la donna arrivi in pronto soccorso portandosi dietro i figli, che hanno assistito alla violenza o sono stati a loro volta vittime di violenza, per cui vengono adottati dei meccanismi organizzativi pensati da chi vive la sanità tutti i giorni, in attesa che vengano attivati i percorsi del centro antiviolenza. Un'altra proposta è dunque quella di rendere operativi in maniera strutturata questi centri, soprattutto in raccordo con la rete sociosanitaria, quindi con gli ambiti, i territori, i Comuni, i servizi sociali, le forze dell'ordine, ma anche con le strutture sanitarie. Questo diventa un altro elemento importante.

Per quanto riguarda invece gli anziani, come ho detto prima, l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) stima che circa una persona su sei abbia subito qualche forma di abuso durante lo scorso anno; stiamo parlando di 140 milioni di persone nel mondo. Anche in questo caso il fenomeno si connota soprattutto nelle famiglie a basso reddito e gli autori sono i figli, i coniugi e spesso i *caregiver*. Come ho già accennato, è importante lavorare sulla formazione perché, in caso di accesso presso il domicilio per qualunque attività, sia essa di tipo sanitario, socioassistenziale o sociale, è importante che chiunque entri in una casa sia formato per intercettare segni particolari, magari anche rispetto alla conformazione dell'abitazione o al fatto di trovare situazioni poco chiare.

C'è poi il tema della violenza sugli operatori che, nonostante l'ultimo inasprimento delle pene, è ancora molto presente. C'è stata una breve parentesi nella quale siamo stati definiti eroi, come ormai dicono tutti: abbiamo ben compreso la retorica degli eroi, anche se non ci siamo mai sentiti tali, perché noi infermieri, così come tutti gli altri professionisti della sanità, nei due anni di pandemia abbiamo continuato a fare quello che facevamo anche prima. Questa parentesi poi si è chiusa e siamo tornati sostanzialmente nella quotidianità, in cui un tema importante riguarda la formazione degli operatori del *triage*, formazione che serve sia per riconoscere la vittima di violenza (come dicevo prima), sia per proteggersi e in qualche modo implementare delle modalità comportamentali che aiutino la famosa *de-escalation*.

Da questo punto di vista abbiamo organizzato una formazione importantissima con un corso in più edizioni che ha visto la partecipazione della nostra federazione insieme a quella dei medici: parliamo di un corso che è stato seguito da 100.000 infermieri su 460.000, quindi sicuramente il corso più seguito in assoluto. È stato un corso di formazione a distanza (FAD), che prevedeva però anche delle esercitazioni pratiche e che ha aiutato ad acquisire delle capacità di tipo comportamentale e relazionale, così da consentire intanto di riconoscere qualche segno premonitore della persona che si ha di fronte. Gli studi scientifici ci dicono che riconoscere nella persona che si ha di fronte i segni che stanno portando all'aumento della rabbia e a una modalità comportamentale e relazionale poco appropriata aiuta a ridurre gli episodi di violenza fino al 60 per cento. La formazione dunque è importantissima e non si può pensare di averla esaurita con un corso. Deve essere costante, anche perché sappiamo perfettamente che c'è

un *turnover* nelle strutture sanitarie e nei pronto soccorso per cui sostanzialmente qualcuno di nuovo da formare c'è sempre.

Tra le proposte, sarebbe utile prevedere anche questo tipo di formazione come obbligatoria. Nelle aziende sanitarie è già prevista la formazione obbligatoria in materia di *privacy*, trasparenza, anticorruzione, sicurezza sul lavoro, ai sensi del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81. Tuttavia sarebbe essenziale introdurre una formazione obbligatoria di questo tipo anche per tutti coloro che operano in *front office* (non solo in pronto soccorso, dunque, anche se è evidente che in qualche modo è più gettonato), oltre che nel settore della salute mentale, ad esempio, dove per oggettivi motivi c'è un rischio quattro volte maggiore di subire violenza. Analogo è il discorso per l'assistenza domiciliare: se l'infermiere arriva in una casa dove c'è stato un episodio di violenza domestica e riconosce qualche segno, se chi ha agito la violenza è ancora all'interno della casa (può trattarsi del coniuge o del *caregiver*), corre un rischio di subire a sua volta violenza che è due volte superiore alla norma. La formazione è quindi il filo conduttore su cui lavorare, sia per riconoscere i segni in chi ha subito violenza, sia per prevenire la violenza di chi si ha di fronte, perché questo, secondo quanto ci dicono gli studi, riduce il rischio di violenza.

A preoccuparci, in particolare, è però il fatto che gli infermieri non sempre denunciano le violenze subite, per cui veniamo a conoscenza solo di quelle che arrivano all'attenzione della stampa. I dati INAIL ci dicono che circa 5.000 infermieri all'anno subiscono aggressioni e questi sono i dati certi che spesso vengono pubblicati anche sui giornali. Uno studio che abbiamo finanziato e che è stato condotto con otto università italiane stima l'esistenza di un sommerso di mancate denunce di quasi dieci volte tanto: sarebbero 135.000 gli infermieri che ogni anno sono vittime di episodi di violenza – non solo fisica, ma anche verbale – che però non vengono denunciati per vari motivi. La maggior parte delle volte gli infermieri riconducono la mancata denuncia al fatto che non sono consapevoli delle condizioni della persona assistita; molte volte però decidono di non denunciare perché hanno la sensazione che si riesca a fare poco.

Questi dati fanno riflettere e su questo vorrei consegnarvi alcune osservazioni anche come ipotesi di lavoro. Intanto è indispensabile sensibilizzare le direzioni strategiche, perché alla fine la definizione di modelli organizzativi e assistenziali dipende anche da quanto la direzione strategica mette in campo. Negli anni abbiamo visto gli infermieri chiedere di avere, ad esempio, un bancone di *triage* non aperto ma protetto, con la possibilità di avere un tasto per allertare immediatamente i colleghi impegnati in altre attività e avere in qualche modo un supporto; sono accorgimenti organizzativi che vengono ancora un po' disattesi.

Credo quindi che una formazione e una sensibilizzazione debba esserci anche rispetto alle direzioni strategiche, che sono poi quelle che in qualche modo rispondono anche dell'attivazione di modelli organizzativi tutelanti, sia in termini di numeri che di competenze, dal punto di vista quantitativo e qualitativo, ma anche a livello di procedure di sicurezza.

C'è, ad esempio, una raccomandazione del Ministero della salute fatta molto bene, che però non in tutte le aziende è stata ancora tradotta in modalità operative concrete. Quindi il tema della formazione – sul quale stiamo lavorando in sinergia con altre federazioni, soprattutto quella dei medici – si può riproporre anche rispetto alle direzioni strategiche.

Questo è un pò il quadro. Nella documentazione che trasmetteremo alla Commissione abbiamo riportato anche una serie di dati sui corsi di formazione, sia residenziali che a distanza, che ci sono stati per gli infermieri. Emerge come in fase pre pandemica i corsi fossero prevalentemente in presenza, mentre adesso sono soprattutto a distanza.

Nello studio che prima ho richiamato, condotto con otto università italiane, è presente anche un'analisi specifica rispetto ai costi della violenza sugli operatori: parliamo di svariati milioni di euro, con una serie di proiezioni, sia nel caso in cui i giorni di assenza dal lavoro siano pochi, sia ove l'assenza si prolunghi.

In conclusione, voglio evidenziare alla Commissione che in questo momento i nostri ordini professionali stanno vivendo in maniera importante la violenza sugli operatori anche come enti sussidiari dello Stato. Sappiamo perfettamente che non è facile essere ente sussidiario dello Stato, ma lo facciamo perché ci crediamo. Da quando il Ministero della salute, che è il nostro organo vigilante, un anno e mezzo fa ci ha chiesto di diventare proattivi e di assumere un ruolo importante nella verifica dell'obbligo vaccinale per gli operatori sanitari, tutti gli ordini professionali sono oggetto di violenze da parte dei colleghi *no vax*. A volte sono state distrutte o imbrattate le sedi degli ordini, ci sono stati assedi ai presidenti e ad altre cariche degli ordini; molti presidenti sono stati costretti a svolgere le assemblee obbligatorie per l'approvazione dei bilanci scortati dalle forze dell'ordine. In alcuni casi, abbiamo avuto presidenti di ordine che sono stati messi per un po' sotto scorta.

La questione in ogni caso non riguarda solo gli ordini degli infermieri, ma quelli di tutte le professioni sanitarie. È un tipo di violenza che non abbiamo ancora reso pubblico, però come presidente nazionale mi sento di evidenziarlo perché in questo anno e mezzo i nostri ordini sanitari, i nostri colleghi componenti dei consigli direttivi degli ordini sono sulla graticola, perché poi sul posto di lavoro convivono con queste persone. Sappiamo di scene che vanno dagli atti vandalici alle aggressioni, soprattutto quando un presidente di ordine ha dovuto sospendere colleghi *no vax*. Sapete bene che si organizzano in maniera importante, con assedi sotto gli ordini; in più di un'occasione è stata chiamata anche la Digos. Noi stessi come federazione in un paio di occasioni abbiamo chiamato la Digos per un assedio sotto la nostra sede. Questo è un altro tipo di violenza che ovviamente non emerge, che non c'entra direttamente con il tema di cui si occupa la Commissione, ma se consideriamo che nella mia professione il 78 per cento è rappresentato da donne, molti dei consiglieri e dei presidenti degli ordini professionali sono donne.

PRESIDENTE. Ringrazio la dottoressa Mangiacavalli per la relazione molto utile e importante, nonché per la segnalazione dell'ultima e inaccettabile violenza subita dagli operatori sanitari da parte dei colleghi *no vax*.

BOLDRINI (PD). Ringrazio anch'io la dottoressa Mangiacavalli, con la quale peraltro siamo in stretta correlazione, per quanto ci ha riferito con una relazione non dico esaustiva, ma ricca di dati che a noi possono essere utili per il documento finale sul tema della violenza legato al sistema sanitario nazionale. Tutto quello che oggi ci è stato detto è per noi fondamentale, trattandosi di spunti di riflessione che ci arrivano dagli operatori e che noi altrimenti non potremmo avere; noi abbiamo dati dal punto di vista statistico, ma riportati da chi vive certe situazioni sono un'altra cosa. La relazione è stata ricca di spunti anche per quanto riguarda il tema della formazione, cui riconosco un'importanza grandissima, non solo per gli operatori ma anche per le direzioni strategiche, perché è fondamentale: se infatti, a fronte delle eventuali richieste, non viene sensibilizzata la direzione strategica della struttura, non se ne fa nulla e anche questo è un altro grande problema.

Ringrazio anche per il fatto che è stata messa in evidenza la violenza subita dalle donne non già all'interno della famiglia, ma nello svolgimento della loro attività lavorativa; anche questo è un altro tema che dovremmo monitorare e il testo della relazione ci sarà utile per recuperare tutti questi dati.

Tornando alla violenza di genere, è interessante anche quanto ci è stato riferito sulla proposta riguardante l'inserimento di un *flag* da parte degli infermieri, che potrebbe essere utile per un monitoraggio. Se nessuno infatti coglie certi segnali, se non li si monitora e non se ne tiene conto, non si evidenzia nulla.

L'altro aspetto importante sul quale dobbiamo insistere, sia come Commissione parlamentare di inchiesta sul femminicidio ma anche come Commissione sanità, riguarda il fatto che nelle nuove strutturazioni di sanità digitale, ma anche nelle famose centrali operative territoriali (COT), che dovranno essere costituite con una serie di fondi importanti che verranno messi a disposizione, si mettano assolutamente in rete i dati con tutte le caratteristiche di *privacy* necessarie. Sappiamo che sarà una bella problematica, ma se i dati di una singola azienda sanitaria o di due aziende sanitarie sul territorio (con decodifiche o quello che vogliamo) non colloquiano fra di loro, non ce ne facciamo nulla. Come diceva giustamente la dottoressa Mangiacavalli, se ci si rivolge al pronto soccorso dell'ospedale della propria città e poi magari anche a un'altra struttura, se queste non colloquiano fra di loro, ci sono due accessi per lo stesso motivo ma nessuno ne tiene conto. La rete dei pronto soccorso è dunque sicuramente importante.

Una questione non meno importante è quella riguardante la violenza sugli anziani, su cui purtroppo spesso leggiamo dalla cronaca notizie che ci lasciano allibiti. La formazione è fondamentale anche per quanto i *caregiver*, che spesso non sono neanche di nazionalità italiana. L'assistenza

domiciliare è gestita da strutture, ma dobbiamo occuparci anche di chi propone assistenza, obbligando quindi anche gli enti che erogano questo tipo di servizio; c'è quindi anche questo tema che bisogna prendere in considerazione.

Ho visto che avete fatto tantissimi corsi di formazione per il riconoscimento dei segnali. Avete uno *staff* di esperti che si occupi di formazione in questa materia? A livello nazionale, le *best practice* sono uniformemente diffuse sul territorio o sono localizzate? Noi abbiamo parlato della Toscana, ma ci piacerebbe sapere se questo modello è stato divulgato. Mi riferisco al codice rosa, che è altro dal codice rosso. Vi sono infatti due temi distinti: il codice rosa, a mio parere, è più un sistema di raccolta dati nell'ambito sanitario; il codice rosso è più che altro una procedura avanzata per quanto riguarda gli aspetti giuridici. Sono quindi due cose diverse, ma altrettanto importanti.

Ritengo – e lo dico anche al Presidente – che la rilevazione della violenza, in questo caso soprattutto sulle donne (perché abbiamo visto quale sia l'emergenza), debba essere considerata nell'ambito della medicina di genere. Evidenzio questo aspetto perché – come ha detto molto bene la dottoressa Mangiacavalli – non si tengono in considerazione i costi della violenza di genere e poi anche dei professionisti. A mio parere, infatti, non si tengono in considerazione i costi del *follow up*, che vanno dalla presa in carico, alle radiografie, alla riabilitazione (che viene fatta normalmente da una persona che cade e si fa male, figuriamoci se non la debba fare una donna che viene sbattuta per terra), alla presa in carico anche di carattere psicologico, che è fondamentale. A mio parere, occorre rilevare i costi della violenza di genere e considerarli nell'ambito della medicina di genere, dal momento che questo tipo di violenza viene perpetrata su un determinato genere e ne è tipica. A mio avviso, quindi, i costi devono essere annoverati in quella fattispecie; parliamo infatti di strutture del servizio sanitario. La violenza di genere non è solo un problema giuridico. Noi stiamo lavorando tantissimo soprattutto con i giudici e con le procure; va benissimo, ma il tema della salute, secondo me, deve essere trattato a parte e in maniera ulteriore. Attualmente non abbiamo mai differenziato, cosa che invece ritengo dovremmo fare.

Noi abbiamo esaminato la legge sulla violenza sugli operatori sanitari. Era stato istituito un osservatorio su tale tipo di violenza per capire effettivamente a quale grado arrivino le percentuali di violenza. Vorremmo capire, visto che la dottoressa Mangiacavalli è la rappresentante di una delle principali federazioni di operatori sanitari, se effettivamente si è costituito quell'osservatorio, come sta funzionando e se si tengono in considerazione i costi della violenza che viene perpetrata nei confronti degli operatori.

Credo che la formazione sia fondamentale e importante, sia per gli operatori professionisti della sanità, sia a livello della famiglia. Tutta una stratificazione della popolazione avrebbe bisogno di un supporto psicologico; è questa la cosa più importante, perché la violenza si verifica nell'ambito dei nuclei familiari, soprattutto (è vero) nelle famiglie meno

agiate dal punto di vista economico, ma a volte anche nelle famiglie benestanti, perché la violenza di genere non riconosce reddittualità. Dobbiamo davvero interrogarci sulle problematiche dei disagi psichici: ce ne sono tantissimi, dai giovani che agiscono violenza nei confronti dei genitori, agli adulti che agiscono nei confronti delle donne. I femminicidi spesso sono la conseguenza dell'aggravamento di una situazione che non viene né percepita né aiutata a risolversi, quindi penso che dovremmo aggiungere anche questo tema a supporto degli operatori sanitari, che vanno spesso in *burnout* (e – come hanno dichiarato – in questi due anni di pandemia molto di più di prima), prevedendo corsi per affrontare lo *stress* lavoro correlato. Sicuramente per loro, ma anche per la società, occorre considerare questo aspetto.

LUNESU (L-SP-PSd'Az). Ringrazio la dottoressa Mangiacavalli. Ho ascoltato la sua relazione, molto esaustiva, su una tematica che noi seguiamo tantissimo, soprattutto nel territorio.

Proprio per questo motivo desidero renderla partecipe del disegno di legge n. 2594, che ho presentato qualche giorno fa in Senato, e ho illustrato in Sardegna in occasione di un evento intitolato «Prima che accada. La prevenzione della violenza di genere e della violenza assistita per la tutela di donne e minori». Sono fiera che questo mio disegno di legge sia stato incardinato proprio ieri in Commissione giustizia, con un *iter* velocissimo, a differenza di altri disegni di legge che avevamo presentato tempo fa. Il mio disegno di legge procede in parallelo su tutte le tematiche che riguardano la violenza: parlo infatti di prevenzione, attraverso la riforma sanitaria, quindi attraverso la medicina del territorio, delle case della comunità. Nel testo prevedo uno sportello d'ascolto nelle case della comunità che saranno istituite nei nostri territori (una ogni 40.000-50.000 abitanti, così come da proposta) e che saranno sicuramente utilissime anche per contrastare la violenza familiare e la violenza domestica.

Occorre soffermarsi su questo tema perché in effetti – come diceva lei, dottoressa – la prevenzione è molto importante, ma lo è anche la formazione; infatti, all'interno di queste strutture ci dovrà essere del personale formato, come ha sostenuto lei. È molto importante soprattutto recepire le prime avvisaglie e i primi segnali di aggressività, anche per quanto riguarda gli uomini autori di violenza. Il supporto dovrà quindi essere dato all'intera famiglia che ha bisogno, non soltanto alla donna ma anche all'uomo che magari accusa i primi segnali di aggressività e che potrà recarsi da qualcuno che finalmente lo sostenga, lo ascolti e lo aiuti. Si tratta di un supporto psicologico che è molto importante.

Lei ha parlato anche della violenza su anziani e su operatori sanitari: sono tematiche che noi sicuramente dovremo affrontare e la ringrazio per gli stimoli, perché davvero c'è ancora tanto da fare. Tuttavia, a parer mio, stiamo percorrendo una strada giusta, molto sentita anche nei territori.

Ho organizzato l'evento di cui le parlavo e vi hanno partecipato persone non necessariamente riferite al partito di cui faccio parte: ho invitato una mia collega senatrice del Friuli, un iraniano che sta da quarant'anni in

Italia, un'avvocata di Cagliari; quella mattina sono venute a Cagliari oltre 150 persone, che ascoltavano in maniera veramente attentissima. Si tratta quindi di una tematica davvero sentita, su cui stiamo lavorando.

PRESIDENTE. Rispetto alle denunce di violenza sugli operatori sanitari (sulle operatrici sanitarie, direi), è possibile avere contezza di quante vengono perpetrate proprio all'interno del luogo di lavoro? Una parziale risposta me l'ha già data riferendosi alle manifestazioni *no vax* dell'ultimo periodo.

Da quello che lei può sapere, il codice rosa viene applicato in modo abbastanza uniforme sul nostro territorio nazionale dagli operatori sanitari, che sono i primi a intervenire durante il *triage*?

Percentualmente avete i dati relativi alle difficoltà incontrate, dal momento in cui si intercetti una possibile vittima di violenza, nell'attivare le procedure? Quanto percentualmente la vittima è disposta a collaborare al primo ingresso in pronto soccorso o sul territorio?

MANGIACAVALLI. Ringrazio le senatrici che mi danno modo di precisare meglio alcune riflessioni che ho fatto durante la mia esposizione.

Parto dalla questione dell'osservatorio per la violenza sugli operatori sanitari, che è stato ricostituito a livello ministeriale e al quale la nostra federazione partecipa assieme alle altre. Da quando è stato ricostituito (quindi nel 2022) sono stati organizzati un paio di incontri. È un osservatorio al cui interno operano tutte le federazioni nazionali, le organizzazioni sindacali e anche la parte datoriale, quindi è molto ampio. Esso ha principalmente la funzione di raccogliere dati in questa fase.

La senatrice Boldrini poneva quesiti sia sull'aspetto legato alla formazione, sia sull'applicazione del codice rosa.

Per quanto riguarda la diffusione in Italia della formazione, come federazione nazionale proponiamo una formazione aperta a tutti i 460.000 infermieri: abbiamo una piattaforma FAD sulla quale registriamo un accesso diffuso da parte di tutte le Regioni italiane. Ci sono poi Regioni che, a prescindere dalla tipologia, sono un po' più sensibili alla formazione, altre un po' meno, ma di fatto devo dire che la nostra proposta di formazione raggiunge tutti i territori provinciali.

Non altrettanto avviene rispetto al codice rosa. È vero che è stato istituito con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 2017, dopo l'esperienza regionale della Toscana, però è anche vero che non si trova ancora (e questa potrebbe essere una funzione dell'osservatorio) la mappatura di tutte le buone pratiche esistenti. Non esiste una mappatura delle cosiddette buone pratiche e non sono particolarmente diffuse, se non a macchia di leopardo.

Per quanto riguarda le violenze subite, disponiamo di dati INAIL: si tratta di 5.000 infermieri all'anno, su un totale di 11.000 denunce di aggressioni agli operatori sanitari. Attraverso lo studio condotto con otto università italiane, abbiamo rilevato circa 130.000 persone che hanno subito violenza durante il lavoro, che corrispondono a circa il 32 per cento di

tutti gli infermieri. Questo è un dato grezzo, ma possiamo sicuramente provare a interpretarlo e le stime sono quelle che illustravo in precedenza: lavorare nell'area della salute mentale comporta un rischio quattro volte maggiore rispetto alle condizioni attuali, nell'area del pronto soccorso sei volte maggiore, nell'area domiciliare due volte maggiore.

PRESIDENTE. Ci riferiamo a violenze subite dai colleghi o da parte dei pazienti?

MANGIACAVALLI. Noi non abbiamo un osservatorio sui nostri ordini professionali. Si è trattato prevalentemente di aggressioni verbali, insulti, minacce, ma anche via *mail*. Di fatto, la maggior parte delle volte è stata allertata la Polizia postale. Aggressioni fisiche non ne abbiamo. Prevalentemente se ne occupano la Digos o la Polizia postale, perché sono minacce ricevute via posta, via *mail*, imbrattamenti delle sedi, invettive lanciate contro le finestre quando c'è la riunione del consiglio direttivo dell'ordine; questo è il tipo di violenza.

Condivido quanto sostenuto dalle senatrici intervenute per quanto riguarda il tema della medicina di genere e l'idea di prevedere un'esenzione temporanea per i *follow-up* si pone in questa logica, così come abbiamo previsto l'esenzione temporanea per il *follow-up* dei pazienti Covid: ciò ha reso visibile questo elemento. Credo sia arrivato il momento di definire un codice di esenzione o di riconoscimento per queste prestazioni ambulatoriali; è vero che la donna ha bisogno magari di più prestazioni specialistiche, però la logica di fornire un pacchetto e di prenderla in carico nell'ambito di un percorso definito credo si possa ipotizzare normativamente anche con la visibilità di un codice da nomenclatore tariffario.

Peraltro, come ci insegnano gli illuministi, iniziare a contare un fenomeno significa anche dargli una valenza e pesarlo; fin quando non si conta si può anche negarne l'esistenza, come quando non si contavano le infezioni ospedaliere o le cadute dei pazienti. Sicuramente quindi occorre iniziare a contare il fenomeno, anche per valorizzarlo poi come costo, sia in funzione del mancato guadagno connesso all'attività professionale di una persona, sia come costo per il sistema sanitario nazionale, che non è solo quello visibile nel momento acuto, ma anche tutto quello che citava prima la senatrice Boldrini in relazione alla ricomposizione di un percorso successivo decisamente più lungo.

Questa osservazione mi consente di aggiungere un'altra riflessione che avevo dimenticato nella relazione. È ancora poco diffuso in Italia – e con ciò intendo veramente poco diffuso, con poche eccezioni – il percorso di presa in carico dei soggetti maltrattanti. Anche questo deve essere previsto, ma è davvero poco diffuso, ad eccezione di un'esperienza in Lombardia. Non possiamo neanche parlare di uomini, perché magari non sono solo loro, ma di autori di violenza in genere; possono essere i *caregiver*, i figli, a volte – raramente – anche le donne stesse. Si tratta di un importante tema culturale e di formazione, perché queste persone

vengono spesso isolate e non prese in carico, mentre hanno un bisogno che è decisamente complesso.

L'altra riflessione che desidero fare parte dallo spunto della senatrice Lunesu. I centri antiviolenza presenti in Italia sono 302, quindi 0,05 centri ogni 10.000 abitanti; credo che già il dato da solo sia significativo. Potrebbe essere interessante fare una considerazione (che, devo dire, non avevo ancora fatto, quindi la ringrazio), ossia quella di collegare i centri antiviolenza, in una logica *hub and spoke*, alle case della comunità e al PNRR. Infatti, se la casa della comunità deve diventare quel presidio di prossimità in cui il cittadino, tramite la porta unica di accesso (PUA), manifesta un bisogno e poi sono gli operatori della PUA (amministrativi, sanitari e sociali) che traducono quel bisogno in una domanda, allora occorre formare quegli operatori, perché anche loro possono intercettare qualche segno.

Inoltre sarebbe utile collegare i centri antiviolenza alle case della comunità o prevedere che, all'interno di esse, ad esempio di quelle previste come *hub*, ci possa essere un collegamento diretto con un centro antiviolenza. Il problema è che i centri sono ancora troppo pochi e – come dicevo prima – fanno fatica a essere finanziati. Inoltre ci sono problemi nel reperire gli operatori, perché nel centro antiviolenza lavorano psicologi e assistenti sociali ma difficilmente infermieri, perché hanno una funzione di presa in carico e di costruzione di un percorso protetto. Ritengo comunque che sia un suggerimento interessante quello di esplorare una possibile sinergia tra le case della comunità, intese come presidio di prossimità, e i centri antiviolenza. Mi riservo quindi di leggere il disegno di legge presentato dalla senatrice Lunesu.

Non so se ho risposto a tutte le domande.

PRESIDENTE. Avevo chiesto se avete un'idea, anche approssimativa, quando un operatore sanitario al pronto soccorso o nello svolgimento della sua funzione pensa di intercettare una vittima di violenza, di quale sia percentualmente la risposta da parte della vittima stessa.

MANGIACAVALLI. Nel 2020 le rilevazioni ai sensi del codice rosa hanno riguardato, su tutti i maltrattamenti subiti, per il 7,6 per cento dei casi gli abusi, per lo 0,18 per cento casi di *stalking* e per il restante 92 per cento violenza fisica; questo è il dato di cui disponiamo. Il 13 per cento dei casi è stato rilevato sui minori e, di questo 13 per cento, in più del 78 per cento dei casi si è trattato di maltrattamenti e nel 22 per cento di abusi. L'11 per cento del totale riguarda gli *over 60*, come si diceva prima.

Tuttavia non sappiamo che esito abbiano avuto, perché non lo sa neanche il sistema sanitario, a causa della frammentazione che vi è all'interno. Infatti, una volta che il pronto soccorso invia una persona al centro antiviolenza, ne perde le tracce. L'azienda lo può sapere; per esempio, nella mia attività di direttore sociosanitario, io lo so, ma perché chiedo annualmente i dati al centro antiviolenza e li metto in proporzione agli ac-

cessi che abbiamo avuto in pronto soccorso e alle rilevazioni fatte nei nostri territori, rispetto poi agli esiti che ci sono stati al centro antiviolenza. La problematica comunque deriva dalla frammentazione del sistema, quindi può essere utile provare a ricomporre la rete, perché in questo momento non possiamo avere un ritorno rispetto all'invio al centro antiviolenza.

PRESIDENTE. Dottoressa Mangiacavalli, la ringrazio moltissimo. Purtroppo dobbiamo concludere i nostri lavori a causa dell'approssimarsi dell'inizio dei lavori dell'Assemblea, anche se ci sarebbe ancora molto da dire. Aspettiamo la sua relazione e le invieremo la relazione che abbiamo presentato sugli uomini maltrattanti. Se conferma la sua disponibilità, la contatteremo ancora quando avremo predisposto la relazione sull'argomento della violenza di genere.

Dichiaro conclusa l'audizione.

I lavori terminano alle ore 9,30.