

CAMERA DEI DEPUTATI N. 2151

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

ROMANIELLO, ROSTAN, PALAZZOTTO, ACUNZO, DAVIDE AIELLO, BARZOTTI, BOLOGNA, BUOMPANE, CABRAS, CAPPELLANI, CATALDI, CILLIS, CIPRINI, CORNELI, D'ARRANDO, SABRINA DE CARLO, DE GIROLAMO, DEIANA, DEL MONACO, EHM, FRUSONE, GALIZIA, ALBERTO MANCA, MARTINCIGLIO, MELICCHIO, MENGA, NAPPI, PIGNATONE, RAFFA, SCERRA, SERRITELLA, ELISA TRIPODI, VILLANI

Disposizioni per la prevenzione del suicidio e degli atti di autolesionismo

Presentata l'8 ottobre 2019

ONOREVOLI COLLEGHI! — Per suicidio si intende il gesto di natura autolesionista più estremo attraverso il quale una persona si procura intenzionalmente la morte.

In occasione della Giornata mondiale per la prevenzione del suicidio (10 settembre), promossa dall'Organizzazione mondiale della sanità e dall'Associazione internazionale per la prevenzione del suicidio, l'Istituto nazionale di statistica ha diffuso i dati di sintesi sul fenomeno, nonché i dati provvisori riferiti all'anno 2015. In tale

anno i suicidi sono stati 6,5 ogni 100.000 abitanti (3.935 decessi).

Il suicidio è un fenomeno non *gender-neutral*: ogni 100.000 abitanti, i deceduti per suicidio sono 10,4 fra gli uomini e 2,8 fra le donne. Anche il gradiente per titolo di studio si riscontra tra gli uomini, ma non tra le donne: 14,8 suicidi ogni 100.000 uomini con nessun titolo di studio o con un basso livello di istruzione e 9,2 suicidi ogni 100.000 uomini con la laurea o con un titolo di studio superiore.

Il suicidio è un fenomeno *age-related*: si osservano, infatti, quozienti crescenti al crescere dell'età (1,4 suicidi ogni 100.000 abitanti fino a 24 anni di età e 10,4 suicidi ogni 100.000 abitanti oltre i 65 anni).

A livello territoriale, il nord-est presenta i livelli di mortalità più elevati (8,3 suicidi ogni 100.000 abitanti), il sud quelli più contenuti (4,5 ogni 100.000 abitanti).

Il suicidio è un fenomeno a spiccata stagionalità: andamento crescente nella prima metà dell'anno – maggio, giugno e luglio i mesi più critici – e decrescente nel secondo semestre.

Le modalità più frequenti sono l'impiccagione e il soffocamento (48,9 per cento), la precipitazione (19,2 per cento) e l'uso di arma da fuoco o di esplosivi (11,3 per cento).

In un numero non trascurabile di suicidi sono compresenti stati morbosi rilevanti: malattie mentali nel 13 per cento dei casi, e malattie fisiche nel 6 per cento dei decessi, come risulta nel triennio di analisi 2011-2013.

L'incidenza del suicidio aumenta con l'età, raggiungendo un picco dopo i 45 anni di età per gli uomini e dopo i 55 anni per le donne. Gli ultrasessantacinquenni tentano meno frequentemente il suicidio rispetto ai giovani, ma i loro tentativi hanno più probabilità di avere esito fatale. Tra gli individui che non si sono mai sposati il tasso di mortalità per suicidio è circa il doppio rispetto ai coniugati, mentre quello tra persone vedove o divorziate è maggiore rispetto ai *single*; esso, inoltre, è maggiore tra i soggetti affetti da una patologia organica, che è riscontrabile in una percentuale di suicidi oscillante tra il 25 per cento e il 75 per cento.

Ancora oggi è difficile individuare con esattezza le cause all'origine del suicidio e spesso le ragioni che spingono a tale gesto sono più di una. Spesso si riscontrano:

sentimenti di impotenza di fronte a una situazione di vita percepita come senza via di uscita (problemi economici, di rapporti interpersonali, legati a un lutto o a una malattia eccetera);

disturbi psicologici (depressione, disturbo bipolare, schizofrenia);

consumo di alcol o di stupefacenti;
altre cause.

In molti casi il soggetto desidera provocarsi dolore e non la morte, quale modo per gestire le proprie emozioni, ma anche in tali situazioni si rende necessaria un'assistenza sanitaria immediata.

Tra i fattori di rischio vi sono:

l'età: il suicidio è tendenzialmente più comune nelle persone con più di 65-70 anni;

il genere: tra tutti i gruppi di età, nella maggior parte del mondo le donne tendono a mostrare tassi più elevati di comportamento suicida non fatale, mentre gli uomini sono associati a un tasso molto più elevato di suicidio riuscito;

l'orientamento sessuale: essere omosessuale o *transgender* e trovarsi di fronte a pregiudizi e difficoltà di inserimento sociale può aumentare il rischio di comportamenti suicidari;

un passato caratterizzato da precedenti tentativi di suicidio o da violenza in famiglia, tra cui l'abuso fisico o sessuale;

l'essere affetti da patologie connesse alla salute mentale; si stima che il 90 per cento delle persone che tentano il suicidio soffre di uno o più *deficit* mentali, spesso non diagnosticati: depressione, che causa un grave calo del tono dell'umore, stanchezza, perdita di interesse, disperazione e mancanza di prospettive; disturbo bipolare, che causa alterazioni rapide e particolarmente intense del tono dell'umore (circa un paziente su tre tenta il suicidio almeno una volta, in quanto sono associate a un rischio venti volte maggiore rispetto alla popolazione generale); schizofrenia, condizione a lungo termine in grado di provocare allucinazioni, deliri e cambiamenti nel comportamento si stima che una persona su venti abbia successo nell'intento di suicidarsi; il rischio più elevato si rileva al momento della comparsa dei sintomi); disturbo della personalità *borderline*, caratterizzato da emozioni instabili, da alterazioni del pensiero e del comportamento e

da carattere avventato o impulsivo; anoressia nervosa, uno dei più gravi disturbi dell'alimentazione;

l'essere affetti da una malattia grave o soffrire di dolore cronico;

l'errato stile di vita: abuso di alcol, droghe o farmaci;

una vita professionale e sociale caratterizzata da: incertezza professionale; insoddisfazione professionale; difficoltà economiche; problemi legali; problemi scolastici, sociali o disciplinari, riferito a bambini o adolescenti; l'aver contratto debiti; l'assenza di una dimora; la carcerazione;

l'esercizio di professioni che espongono a potenziali vie di accesso al suicidio (ad esempio, i militari);

problemi nella vita relazionale;

eventi di vita stressanti, come la perdita di una persona cara o la rottura di un rapporto affettivo;

il bullismo;

la genetica e la storia familiare, in particolare i precedenti familiari di disturbi mentali o di abuso di sostanze stupefacenti;

precedenti familiari di suicidio: non si esclude, infatti, che una tendenza suicida possa avere, in parte, basi genetiche; le persone che portano a termine il suicidio o che hanno pensieri o comportamenti suicidi hanno più probabilità di avere nella propria storia familiare casi di suicidio. Mentre sono necessarie ulteriori ricerche per verificare appieno un'eventuale componente genetica, si ritiene che possa esistere un collegamento genetico ai comportamenti impulsivi che possono portare al suicidio. La base esperienziale (esistenziale) è, invece, confermata.

Tra gli altri fattori:

la disponibilità di armi da fuoco in casa;

l'esposizione al comportamento suicida altrui, come membri della famiglia, coetanei o immagini pubblicate dai *media*;

l'essere di sesso maschile: gli uomini hanno più probabilità delle donne di portare a termine il suicidio perché utilizzano, in genere, mezzi più efficaci, come un'arma da fuoco;

l'essere omosessuali in una famiglia non solidale o in un ambiente ostile.

Tra i fattori di rischio, infine, vanno ricordati, e trattati adeguatamente, i fenomeni del bullismo e del cyberbullismo, attraverso il cattivo uso della rete.

Da un'indagine del 2017 è emerso che il 46 per cento degli adolescenti che subisce bullismo prende in considerazione l'ipotesi del suicidio. Il bullismo via *web* provoca ansia sociale, disturbi depressivi, pensieri suicidari, autolesionismo, isolamento sociale (e *social*), assenze scolastiche, disturbi alimentari e abuso di alcol e droghe.

In quest'ottica diventa fondamentale affrontare l'argomento nelle scuole, in modo strutturato ed efficace, e la formazione degli insegnanti costituisce un aspetto irrinunciabile.

Altro fenomeno emergente legato al suicidio è il cosiddetto *revenge porn*, ossia la diffusione non consensuale di immagini intime, sul quale il legislatore è intervenuto con l'approvazione del « codice rosso » (legge 19 luglio 2019, n. 69). Il *revenge porn* è diventato noto alla cittadinanza a seguito del caso di Tiziana Cantone che, nel 2016, si tolse la vita dopo che alcuni suoi video privati, contenenti immagini attinenti alla sua sfera sessuale, erano stati diffusi in rete. Tiziana Cantone non è stata l'unica, anzi sono tantissime le donne vittime di questo tipo di violenza.

L'Italia si colloca tra i Paesi a basso rischio di suicidio; tuttavia, sono circa 4.000 le persone che, ogni anno, si tolgono la vita nel nostro Paese: una perdita di vite umane di gran lunga maggiore di quante se ne registrano per omicidio e, considerato che il suicidio rientra tra le cause di morte che vengono considerate completamente evitabili con opportuni interventi di prevenzione, l'obiettivo auspicabile corrisponde a nessun decesso. È singolare, invece, l'assenza di una legislazione che regoli la materia.

La proporzione di uomini sul totale dei suicidi è andata aumentando nel tempo e, attualmente, oltre i tre quarti dei decessi per suicidio sono di genere maschile. Quasi l'80 per cento dei suicidi sono uomini, con un rapporto di genere che è andato aumentando linearmente nel tempo, passando da 2,1 nel 1980 a 3,8 nel 2011.

Gli ultrasessantacinquenni rappresentano circa un terzo dei decessi per suicidio e la proporzione tra i due generi negli anziani è simile (circa un terzo di tutti i suicidi).

In valore assoluto, anche in Italia, come nel resto del mondo, la quota maggiore di suicidi si registra tra le persone anziane: circa una persona suicida su tre ha più di 70 anni, con una proporzione analoga per i due generi. Tuttavia, i suicidi rappresentano solo lo 0,2 per cento del totale dei decessi tra gli italiani ultrasettantenni e il 12 per cento tra i giovani di età compresa tra 15 e 29 anni.

Il suicidio in Italia rappresenta la seconda causa di morte più frequente tra gli uomini di età compresa tra 15 e 29 anni, con un numero di vittime analogo a quello causato dai tumori (13 per cento), inferiore solo a quello causato dagli incidenti stradali (35 per cento); per le donne di pari età, invece, la mortalità per suicidio si colloca al terzo posto nella graduatoria delle cause di decesso, con una proporzione analoga a quella delle malattie cardiovascolari (8 per cento), preceduta soltanto dai decessi per tumore (26 per cento) e per incidenti stradali (24 per cento).

Sia per gli uomini che per le donne la mortalità per suicidio cresce all'aumentare dell'età, ma, mentre per le donne l'aumento tende ad essere costante, per gli uomini si evidenzia un incremento esponenziale a partire dai 65 anni di età.

Per quanto riguarda le donne, invece, la mortalità per suicidio aumenta significativamente fino circa ai 50 anni di età, per poi aumentare più lentamente nelle classi di età successive.

L'andamento per età e genere della mortalità per suicidio suggerisce che la dinamica di questo fenomeno è influenzata anche da fattori di natura demografica,

sociale ed economica e dalla complessa interazione tra questi ambiti e la sfera individuale del soggetto e come sia, quindi, riduttivo limitare la ricerca delle cause al solo ambito psichiatrico. Infatti, per gli uomini la mortalità per suicidio comincia ad aumentare in modo esponenziale proprio in coincidenza con il pensionamento, che frequentemente coincide anche con la fuoriuscita dei figli dalla famiglia di origine, eventi che spesso si associano a una riduzione del ruolo sociale rivestito e a un restringimento dell'ampiezza e della densità delle reti di relazione; tutto ciò, contestualmente al peggioramento dello stato di salute generale, legato al naturale processo di invecchiamento, può aumentare il rischio di isolamento sociale, che, a sua volta, concorre ad aumentare il rischio di suicidio.

Il suicidio è un fenomeno discontinuo, come evidenzia l'esame dell'andamento della mortalità per suicidio negli ultimi quarant'anni. Si osserva un periodo di aumento a partire dalla metà degli anni Settanta che prosegue fino alla metà degli anni Ottanta, per diminuire negli anni seguenti.

L'assistenza in caso di malattia mentale può certamente aiutare a prevenire molti casi di suicidio. Poiché la depressione e l'abuso delle sostanze stupefacenti o dell'alcol sono legati al suicidio, il trattamento di questi disturbi può aiutare nella prevenzione di eventi tragici.

Chi intende determinare la propria morte cancella il tempo che lo separa dalla morte naturale. Il tempo a disposizione è doloroso ed è sentito come non meritevole di essere vissuto. Il futuro, il progetto di vita è il vuoto, il nulla, la morte.

Ma chi intende suicidarsi, prima di farlo, si accerta che il suo futuro sia davvero il vuoto. Solo quando tutto è perso maturano l'intenzione e, infine, la decisione: solo quando non resta nulla per la persona.

La presente proposta di legge intende evitare che nella vita di una persona ci sia il nulla e che la persona senta intorno a sé il vuoto totale, favorendo la conoscenza del fenomeno del suicidio, i comportamenti ad esso connessi e i fattori e le cause che possono determinarlo.

Inoltre, si intende migliorare i sistemi di intervento e la formazione del personale, favorire la possibilità di inserimento nel proprio contesto sociale, promuovere la ricerca scientifica, nonché limitare i rischi causati dal cattivo uso della rete. Infine, attraverso l'istituzione di un apposito nu-

mero verde, si vuole dare un'ultima possibilità di essere assistita alla persona che abbia intenzione di commettere questo gesto, affinché possa intravedere un'ultima luce che impedisca l'avvento del buio, del definitivo nulla.

PROPOSTA DI LEGGE

Art. 1.

(Definizioni)

1. Ai fini della presente legge, si definisce « suicidio » il gesto di natura autolesionista più estremo, attraverso il quale una persona si procura intenzionalmente la morte.

2. Ai fini della presente legge, si definisce « tentativo di suicidio » la sequenza di azioni volontarie messa in atto da un soggetto che, al momento dell'avvio di tale sequenza, prevede che l'effetto delle sue azioni lo porterà alla morte.

Art. 2.

(Piano di interventi)

1. Lo Stato, avvalendosi del Servizio sanitario nazionale, d'intesa con le regioni e con le province autonome di Trento e di Bolzano, nell'ambito dei rispettivi piani sanitari e nei limiti delle risorse del Fondo sanitario nazionale, predispone progetti obiettivi, azioni programmatiche e idonee iniziative dirette a prevenire e a trattare i comportamenti di cui all'articolo 1.

2. Gli interventi di cui al comma 1 perseguono i seguenti obiettivi:

a) istituire un numero verde e un sito *internet* dedicati all'emergenza relativa ai suicidi e ai tentativi di suicidio e per l'informazione su essi;

b) provvedere all'assunzione di personale qualificato e alla formazione del personale già operante presso le aziende ospedaliere e le aziende sanitarie locali al fine di garantire l'intervento di tale personale, ventiquattro ore su ventiquattro, in caso di emergenza connessa a un tentativo di suicidio;

c) individuare in modo precoce il rischio di suicidio e istituire presso i servizi

di pronto soccorso un codice identificativo per registrare i tentativi di suicidio;

d) ottimizzare le modalità di cura dei soggetti vittime di gesti autolesionisti, di ideazione suicidaria o di tentativi di suicidio;

e) prevedere interventi di *postvention*, cioè interventi di supporto, dopo un suicidio, della famiglia, degli amici e dei conoscenti della vittima nonché di ogni altro soggetto che sia venuto a conoscenza dell'evento e che, a causa di esso, si trovi in uno stato di sofferenza tale da far presumere un aumento del rischio di tentativo di suicidio; prevedere interventi per la prevenzione del rischio di cui alla presente lettera;

f) agevolare l'inserimento dei soggetti vittime di gesti autolesionisti, di ideazione suicidaria o di tentativi di suicidio nelle attività scolastiche, sportive, sociali e lavorative;

g) incentivare, in collaborazione con le regioni e con le province autonome di Trento e di Bolzano, la realizzazione di iniziative culturali, di volontariato civico e di aggregazione finalizzate al coinvolgimento nella vita della comunità di soggetti in condizioni di fragilità psichica, sociale o economica ovvero a rischio di suicidio, prevedendo, altresì, l'inserimento di tali soggetti, da parte dei comuni e degli enti locali competenti, nei progetti utili alla collettività istituiti dal decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali 22 ottobre 2019, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 5 dell'8 gennaio 2020;

h) promuovere l'educazione sanitaria della popolazione in materia di rischio relativo al suicidio;

i) provvedere alla formazione e all'aggiornamento professionali del personale scolastico, a partire dalla scuola primaria, in materia di rischio relativo al suicidio; incentivare la realizzazione di progetti dedicati e di momenti di confronto nelle scuole secondarie di primo e di secondo grado per migliorare la conoscenza e la prevenzione del suicidio nell'età dell'adolescenza, evi-

denziando i rischi derivanti dal bullismo, dal cyberbullismo e da ogni fenomeno che possa comportare un disagio tale da condurre a pratiche di autolesionismo, a ideazione suicidaria o al suicidio; realizzare *peer support programs*, cioè programmi per assicurare il sostegno tra coetanei, nonché programmi, realizzati in ambito scolastico e no, finalizzati a promuovere e a favorire le relazioni tra coetanei, a migliorare le competenze sociali, a favorire il supporto all'interno di un gruppo e a incentivare l'impegno in campo sociale come strumenti per prevenire il suicidio di soggetti ad alto rischio;

l) avviare progetti di collaborazione con università, ospedali e centri di ricerca pubblici al fine di predisporre unità didattiche atte ad approfondire la problematica relativa ai tentativi di suicidio e ai suicidi, in particolare nell'ambito dei corsi di studio universitari attinenti alla materia;

m) incentivare i soggetti di cui alla lettera *l)* alla realizzazione di ricerche sulle cause del suicidio e sullo sviluppo di piani di intervento aggiornati e innovativi in materia di prevenzione del suicidio;

n) prevedere l'istituzione di borse di studio in materia di prevenzione del suicidio.

Art. 3.

(Prevenzione del pericolo di istigazione al ricorso a pratiche di autolesionismo e al suicidio on line)

1. Il Ministro dell'interno, di concerto con i Ministri della salute, del lavoro e delle politiche sociali e delle infrastrutture e dei trasporti, sentite le associazioni maggiormente rappresentative a livello nazionale dei fornitori di connettività alla rete *internet*, stabilisce, con proprio decreto, da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, i criteri e le modalità per impedire l'accesso, da parte dei minori, ai siti *internet* che diffondono messaggi suscettibili di rappresentare, per il loro contenuto, un concreto pericolo di istigazione al ricorso a pratiche

di autolesionismo e a ideazioni suicidarie, idonee a provocare e a diffondere i comportamenti di cui all'articolo 1.

Art. 4.

(Numero verde)

1. Presso il Ministero della salute è istituito un numero verde dedicato all'emergenza relativa ai suicidi, attivo ventiquattro ore su ventiquattro, finalizzato a fornire un servizio di prima assistenza psicologica da parte di personale dotato di adeguate competenze, nonché a comunicare prontamente, nei casi di urgenza o su richiesta della persona a rischio, al servizio sanitario di urgenza ed emergenza medica la necessità di un intervento immediato.

2. Al fine dell'istituzione del numero verde di cui al comma 1, il Ministero della salute può avvalersi, come operatore telefonico specializzato, anche di linee telefoniche dedicate esistenti, trasferendo le telefonate a essi indirizzate dal citato numero verde.

3. Nel sito *internet* istituzionale del Ministero della salute è istituita una sezione dedicata all'informazione, alla prevenzione e all'emergenza relativa ai comportamenti di cui all'articolo 1.

Art. 5.

(Determinazione precoce e prevenzione)

1. Ai fini dell'individuazione precoce del rischio di suicidio, il Ministro della salute, sentiti gli esperti in materia di tutela della salute mentale, quali i rappresentanti dell'ordine professionale degli psicologi, delle principali associazioni degli psichiatri e delle associazioni delle famiglie delle vittime di suicidio, adotta le linee guida per la determinazione precoce e per la prevenzione del suicidio, formulando un protocollo di attività utili e necessarie a individuare e a prevenire gesti autolesionisti o comportamenti che possano portare al suicidio, ovvero condotte suscettibili di far ritenere che un soggetto abbia intenzione di porre fine alla propria vita.

2. Ai fini della prevenzione dei comportamenti di cui all'articolo 1 della presente legge, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in seguito ad apposite intese sancite in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tenuto conto delle linee guida di cui al comma 1 del presente articolo e dei criteri e delle metodologie indicati con specifico atto di indirizzo e coordinamento del Ministro della salute e sentito l'Istituto superiore di sanità, indicano alle aziende ospedaliere e alle aziende sanitarie locali gli interventi più idonei per:

a) definire un programma per la formazione e l'aggiornamento professionali degli operatori sanitari sul fenomeno del suicidio al fine di individuare precocemente i soggetti a rischio;

b) prevenire le complicanze e monitorare le patologie associate a gesti autolesionisti;

c) definire le attività di controllo per i soggetti a rischio di suicidio;

d) prevedere, a carico dell'operatore sanitario competente che accerti che le cause del disagio sono effetto di procedimenti giudiziari ovvero dell'esecuzione di sanzioni o di pene, l'obbligo di tempestivo avviso all'autorità giudiziaria competente;

e) prevedere la realizzazione di campagne informative finalizzate a disincentivare il possesso di armi, con particolare riferimento a minori, adolescenti e persone in condizioni di fragilità psichica, sociale o economica.

3. Per la realizzazione degli interventi di cui al comma 2, le aziende sanitarie locali si avvalgono dei presidi accreditati dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano, con documentata esperienza di attività diagnostica e terapeutica specifica, e di centri regionali e provinciali di riferimento, cui spetta il coordinamento dei presidi, al fine di garantire la tempestiva individuazione del rischio di gesti autolesionisti che possano portare al suicidio,

anche mediante specifici controlli concordati a livello nazionale.

Art. 6.

(Obblighi)

1. I servizi sanitari di urgenza ed emergenza medica, i presidi sanitari, i medici di medicina generale, le farmacie, i servizi psichiatrici di diagnosi e cura, le istituzioni pubbliche e, ove si renda necessario, le Forze di polizia che ricevono dal soggetto a rischio di suicidio, o da persone a conoscenza di comportamenti o intenzioni suicidarie altrui, notizia di tali fatti, hanno l'obbligo, oltre che di salvaguardare l'integrità fisica del soggetto, di facilitare il contatto tra il soggetto stesso e le strutture dedicate all'emergenza relativa ai suicidi.

Art. 7.

(Misure particolari per i minori)

1. Nel caso di minori a rischio di suicidio, l'operatore sanitario competente ha facoltà di procedere al servizio di primo accoglimento senza darne notizia agli esercenti la responsabilità genitoriale o a chi ne fa le veci, senza che ciò comporti responsabilità professionale e deontologica.

2. L'operatore sanitario competente che ritenga necessario procedere con un piano di interventi nell'esclusivo interesse del minore di cui al comma 1 ha l'obbligo di segnalare ai servizi sociali o al tribunale per i minorenni il rifiuto di sottoporre al piano il minore da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale o di chi ne fa le veci.

Art. 8.

(Misure particolari per le Forze di polizia e per le Forze armate)

1. L'operatore sanitario competente che prende in carico un appartenente alle Forze di polizia o alle Forze armate, nonché un civile che coadiuva l'attività di tali Forze, qualora ne ravvisi la necessità e al fine di

prevenire il pericolo di suicidio, informa, senza che ciò costituisca violazione del segreto professionale, il responsabile sanitario del corpo presso il quale il soggetto presta servizio.

2. Nei casi di cui al comma 1, l'operatore sanitario competente deve essere sentito dagli organi militari incaricati di emettere gli eventuali provvedimenti conseguenti allo stato di salute mentale del soggetto prima della loro adozione.

3. Qualora si rilevi una maggiore incidenza di suicidi, di gesti autolesionistici o di gravi sofferenze psichiche negli appartenenti alle Forze di polizia o alle Forze militari e nei civili di cui al comma 1 rispetto alla popolazione civile, è previsto l'obbligo di sottoporre tali soggetti ad almeno un colloquio di supporto psicologico ogni sei mesi.

Art. 9.

(Educazione sanitaria, aggiornamento professionale e formazione primaria)

1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, i consultori familiari di cui alla legge 29 luglio 1975, n. 405, provvedono alla realizzazione degli interventi previsti dall'articolo 2, comma 2, lettere *h*) e *i*), della presente legge.

Art. 10.

(Formazione e assunzione di personale qualificato)

1. Entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Servizio sanitario di urgenza ed emergenza 112, le aziende ospedaliere, le aziende sanitarie locali, i servizi psichiatrici di diagnosi e cura, i presidi di cui all'articolo 5, comma 3, e le Forze di polizia attivano specifici corsi di formazione destinati al personale in materia di prevenzione del suicidio e di trattamento del soggetto a rischio di suicidio, in base alle funzioni esercitate dallo stesso personale. La frequenza dei corsi è obbligatoria per il per-

sonale individuato dall'amministrazione di appartenenza.

2. Al fine di assicurare l'omogeneità dei corsi previsti dal comma 1, i relativi contenuti sono definiti con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, di concerto con i Ministri della salute, per la pubblica amministrazione, dell'interno e della giustizia.

3. Entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, le aziende ospedaliere e le aziende sanitarie locali attivano un servizio in favore dei soggetti a rischio di suicidio, che opera ventiquattro ore su ventiquattro e in caso di emergenza, provvedendo, altresì, all'assunzione di operatori sanitari competenti in materia.

Art. 11.

(Prevenzione)

1. Il presidio sanitario che prende in carico un soggetto a rischio di comportamenti di cui all'articolo 1 ha l'obbligo di:

a) attivare un servizio di controllo al fine di osservare e di monitorare lo stato di salute del soggetto preso in carico e il suo inserimento ai sensi dell'articolo 2, comma 2, lettere f) e g);

b) prevedere interventi di *postvention* ad alta frequenza nei contesti nei quali il rischio di suicidio può diffondersi per contagio o per imitazione;

c) incentivare l'accesso agli interventi di *postvention* di cui all'articolo 2, comma 2, lettera e).

Art. 12.

(Ricerca scientifica universitaria)

1. Il Ministero dell'università e della ricerca, ai fini di cui all'articolo 2, comma 2, lettere l), m) e n), prevede adeguati strumenti di ricerca e finanziamenti per la concessione di borse di studio in materia di prevenzione del suicidio.

Art. 13.

(Relazione annuale alle Camere)

1. Il Ministro della salute presenta alle Camere una relazione annuale sullo stato delle conoscenze e delle nuove acquisizioni scientifiche sui comportamenti di cui all'articolo 1, con particolare riferimento ai problemi concernenti l'individuazione precoce del rischio di suicidio, il monitoraggio dei comportamenti a rischio di suicidio e gli effetti derivanti dall'attuazione della presente legge.

Art. 14.

(Disposizioni finali)

1. Con decreto da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro della salute individua, nell'ambito del Ministero della salute, la struttura competente a coordinare gli interventi di cui all'articolo 2, comma 2.

2. La struttura individuata ai sensi del comma 1 del presente articolo provvede, altresì, alla raccolta dei dati relativi ai comportamenti di cui all'articolo 1 acquisiti ai sensi della presente legge; aggiorna, con cadenza semestrale, le statistiche relative ai suicidi e ai tentativi di suicidio nonché ai risultati degli interventi previsti dalla presente legge e le trasmette, in via informatica, alle università, agli ospedali e ai centri di ricerca pubblici di cui all'articolo 2, comma 2, lettera l).

Art. 15.

(Copertura finanziaria)

1. All'onere derivante all'attuazione degli interventi di cui all'articolo 2, comma 2, lettere f), g) e h), pari a 20 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2020, si provvede a valere sulle risorse del Fondo sanitario nazionale destinate a progetti di prevenzione e di educazione alla salute.

2. All'onere derivante dall'attuazione degli interventi di cui all'articolo 2, comma 2, lettere m) e n), pari a 5 milioni di euro

annui a decorrere dall'anno 2020, si provvede mediante corrispondente riduzione delle proiezioni per gli anni 2020 e 2021 dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2019-2021, nell'ambito del programma « Fondi di riserva e speciali » della missione « Fondi da ripartire » dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2019, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute e l'accantonamento relativo al Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca.

3. Agli ulteriori oneri derivanti dall'attuazione della presente legge, valutati in 55 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2020, si provvede mediante un apposito fondo per la prevenzione del suicidio da istituire nello stato di previsione del Ministero della salute.

4. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.



18PDL0084170