

**COMMISSIONE PARLAMENTARE
PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA**

RESOCONTO STENOGRAFICO

INDAGINE CONOSCITIVA

3.

SEDUTA DI MARTEDÌ 27 SETTEMBRE 2016

PRESIDENZA DELLA VICEPRESIDENTE **ROSETTA ENZA BLUNDO**

INDICE

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:			
Blundo Rosetta Enza, <i>Presidente</i>	3	<i>zia e dell'adolescenza – SINPIA, e componente del Gruppo CRC</i>	5, 13
INDAGINE CONOSCITIVA SULLA SALUTE PSICOFISICA DEI MINORI		Greco Brunella, <i>Youth and New Media Unit di Save the Children Italia e componente del Gruppo CRC</i>	6, 14
Audizione di rappresentanti del Gruppo di lavoro per la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (CRC):		Mattesini Donella	12, 15
Blundo Rosetta Enza, <i>Presidente</i>	3, 10, 15	Padua Venera	11
Bechis Eleonora (Misto-AL-P)	12	Saulini Arianna, <i>Coordinatrice del Gruppo CRC e responsabile Save the Children Italia</i>	3, 14
Bertorotta Ornella	11	Taviani Silvia, <i>Coordinamento del Gruppo CRC</i>	10, 14
Costantino Antonella, <i>Presidente della Società italiana di neuropsichiatria dell'infan-</i>		Trillò Maria Edoarda, <i>Associazione culturale pediatri – ACP</i>	8, 14
		Zanin Giorgio (PD)	10

PAGINA BIANCA

PRESIDENZA DELLA VICEPRESIDENTE
ROSETTA ENZA BLUNDO

La seduta comincia alle 13.15.

(La Commissione approva il processo verbale della seduta precedente).

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che, se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche attraverso l'attivazione di impianti audiovisivi a circuito chiuso.

(Così rimane stabilito).

Audizione di rappresentanti del Gruppo di lavoro per la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (CRC).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla salute psicofisica dei minori, l'audizione di rappresentanti del Gruppo di Lavoro per la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (CRC).

Sono presenti oggi con noi la dottoressa Arianna Saulini, coordinatrice del Gruppo CRC e responsabile *Advocacy Save the Children Italia*; la dottoressa Maria Edarda Trillò dell'Associazione culturale pediatri – ACP; la dottoressa Brunella Greco, *Youth and New Media Unit* di *Save the Children Italia* e componente del Gruppo CRC; la dottoressa Antonella Costantino, Presidente della Società italiana di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza – SINPIA, e componente del Gruppo CRC; la dottoressa Silvia Taviani del Coordinamento del Gruppo CRC.

Diamo la parola alla dottoressa Arianna Saulini, coordinatrice del Gruppo CRC e responsabile *Advocacy Save the Children Italia*.

ARIANNA SAULINI, *Coordinatrice del Gruppo CRC e responsabile Advocacy Save the Children Italia*. Buongiorno, vi ringrazio prima di tutto per l'invito a questa audizione e anche perché l'oggetto della vostra indagine ci consente quest'anno di fare un *focus* su un tema di cui per la prima volta riusciamo a parlare dinanzi alla vostra Commissione.

Come sapete, il *network*, che attualmente è composto da 91 associazioni, ogni anno propone un rapporto di aggiornamento che fa il punto sulla situazione e sui diritti dell'infanzia in Italia, e tra i vari capitoli di cui si compone uno è dedicato specificatamente alla salute e all'assistenza.

In questo capitolo ci sono temi strettamente connessi all'ambito sanitario, ma l'accezione è molto più ampia, fino a ricomprendere il benessere dei minori a tutto campo, proprio per le connessioni indissolubili tra l'area sanitaria e l'area sociale, che avete messo in evidenza anche nell'oggetto della vostra indagine, e che credo vada tenuta presente nel promuovere politiche idonee.

Quest'anno abbiamo deciso di dedicare il rapporto, che cade nel venticinquesimo anniversario della CRC, della ratifica della Convenzione in Italia, alla fascia degli adolescenti, quindi dei minori dai 14 ai 18 anni. Come sapete, ogni anno l'introduzione è dedicata ad una fascia d'età e quest'anno abbiamo privilegiato gli adolescenti, in quanto si tratta di una fase di transizione tra l'infanzia e le politiche giovanili e spesso si perde il *focus* sugli adolescenti non solo dal punto di vista numerico (gli adolescenti sono una componente

significativa dei minori nel nostro Paese), ma anche rispetto alle possibili azioni di coinvolgimento dei ragazzi stessi.

Nella nostra introduzione abbiamo cercato di mettere in rilievo non solo le problematiche connesse all'adolescenza, perché spesso i media parlano di adolescenti solo con un'accezione negativa, citando quelli che fanno uso di sostanze e di alcol oppure vittime del cyberbullismo, o dei loro comportamenti sessuali o che praticano il *sexting*, adolescenti sedentari, fruitori dei *social network*, ma essi sono anche un'enorme risorsa poco valorizzata.

Dalla nostra introduzione emerge quindi l'esigenza di agganciarsi anche alle attuali politiche europee, che cercano di vedere gli adolescenti in chiave partecipativa rispetto alle loro possibilità, di considerarli come cittadini attivi e quindi di promuovere una reale partecipazione, che possa far emergere degli aspetti positivi.

Riferiamo anche dei dati positivi sull'adolescenza, laddove molti di loro partecipano ad attività sportive o di volontariato, come *caregivers* si fanno carico di familiari che vivono con loro e hanno bisogno di assistenza o non sono autosufficienti.

Mettiamo in rilievo le difficoltà delle transizioni scolastiche, in quanto è la fascia in cui si passa dal mondo della scuola al mondo del lavoro, con le dispersioni scolastiche e il noto fenomeno dei *neet*, gli adolescenti che non lavorano, non partecipano a percorsi formativi, o il passaggio in ambito sanitario dal pediatra di base al medico generico, quindi una fase veramente di passaggio in tanti aspetti, che andrebbe probabilmente sviluppata e vissuta in maniera più positiva.

L'invito è quello di leggere questa introduzione, che credo possa dare un inquadramento generale al rapporto. Rispetto ai temi che abbiamo selezionato per l'audizione odierna ovviamente invito a prendere visione dell'intero capitolo, dove si parla di numerosi temi attinenti alla sfera della salute, che vanno dai servizi di prevenzione all'ambiente, all'allattamento, al diritto alla continuità delle cure, alla salute mentale, ai comportamenti di abuso, alle dipendenze, alla questione dei minori con disabilità e

all'accesso ai servizi sanitari per minori stranieri.

Abbiamo pensato di concentrarci su alcuni aspetti anche in base alla composizione della delegazione odierna, ma ovviamente rimaniamo disponibili per eventuali, successivi incontri o per approfondimenti sulle altre questioni.

Mi preme fare un ultimo accenno alla questione della salute rispetto ad una trasversalità di questioni presenti nel nostro contesto, di cui parleranno anche le mie colleghe, legate al fatto che in Italia esiste un sistema relativo alla salute che non è uniforme in tutto il Paese, ci sono forti differenze su scala regionale, con dati che evidenziano forti carenze in alcuni settori soprattutto all'interno di alcune regioni, ma anche aspetti di eccellenza, di positività in alcuni contesti. Crediamo che quando si parla di salute e benessere psicofisico dei ragazzi si debba cercare di omologare e rendere omogeneo il discorso delle politiche per l'infanzia.

È molto importante tenere presente che questa Commissione ha dato parere favorevole al Piano infanzia, finalmente approvato ad agosto scorso, al cui interno, pur non essendoci specifiche risorse, ci sono elementi pertinenti a questa indagine, quali il sostegno alla genitorialità, che è uno dei temi fondamentali, la partecipazione attiva e il rafforzamento dei consultori familiari o di altre misure previste sul territorio.

Si chiama in causa il Ministero della salute in diverse delle azioni previste nel Piano infanzia, così come fanno molte delle raccomandazioni del rapporto, quindi sarebbe auspicabile su questo non un monitoraggio stretto da parte della Commissione, ma un'attenzione anche per capire l'evolversi di questo strumento approvato ad agosto e, per le azioni di pertinenza di questa indagine, sarebbe importante chiedere un impegno concreto ed effettivo affinché nel prossimo biennio queste azioni vengano portate a compimento e degli attori istituzionali ne siano responsabili.

È molto importante in questo ambito anche il Piano nazionale della prevenzione, che avrà una portata dal 2014 al 2018 ed è stato tradotto in piani regionali. Anche

rispetto a questo sarebbe importante un'attenzione particolare alla fascia dei minori anche in termini di prevenzione nei primi anni di vita.

Non vado oltre e lascerei subito la parola ad Antonella Costantino, Presidente della Società italiana di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza – SINPIA, e componente del Gruppo CRC.

ANTONELLA COSTANTINO, *Presidente della Società italiana di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza – SINPIA, e componente del Gruppo CRC.* Credo che Arianna Saulini abbia già introdotto il tema in modo adeguato e che il passaggio del testimone a me sia legato al fatto che l'area della neuropsichiatria infantile, della salute mentale e della disabilità è certamente quella rispetto alla quale i bisogni e i diritti dei bambini sono in situazione di maggiore criticità, e anche la situazione dei servizi che a questo dovrebbero rispondere appare particolarmente disomogenea.

Dai dati in nostro possesso, infatti, è una linea che spezza completamente a metà l'Italia, c'è una situazione dei servizi da metà centro e verso il sud assolutamente drammatica. A fronte di un bisogno che si assesta intorno al 12-15 per cento della popolazione, tenendo insieme sia la disabilità che la salute mentale da 0 a 18 anni, le risposte che i servizi riescono a garantire nei territori più « ricchi » arrivano al massimo al 6 per cento della popolazione, quindi a meno della metà di quelli che ne hanno bisogno.

Stiamo parlando di accesso, non di presa in carico, quindi un bambino su due non riesce neanche ad entrare nel sistema dei servizi e di quelli che riescono a entrare due su tre non riescono ad avere una presa in carico adeguata rispetto ai loro bisogni, considerando l'insieme del sistema dei servizi, della neuropsichiatria infantile e della riabilitazione accreditata.

In questo senso, quindi, la situazione è particolarmente critica, nonostante il miglioramento rispetto all'adolescenza. Un ultimo dato rispetto all'accesso ai servizi: il *trend* a cui si è assistito negli ultimi cinque anni nelle regioni nelle quali siamo in grado di monitorarlo e nelle quali c'è un sistema

di servizi minimamente strutturato (Piemonte, Lombardia, Veneto, Toscana, Emilia-Romagna) vede un aumento del 45 per cento in cinque anni degli accessi ai servizi, pari al 6-7 per cento di *trend* di aumento all'anno, e si tratta di accessi ampiamente prevedibili. Questo ci dà il quadro della situazione.

Particolarmente rilevante è il problema nel settore della salute mentale, intesa come disturbi psichiatrici che vediamo in adolescenza, ma evidentemente hanno le loro radici ben prima (questo è un altro aspetto importante da tenere a mente), rispetto ai quali di solito abbiamo la minore risposta da parte dei servizi mentre, se andiamo a guardare più in dettaglio cosa succede, è l'area nella quale i bisogni sono in maggiore aumento.

Per fornirvi dei dati della Lombardia, in mancanza di quelli a livello nazionale, dal punto di vista degli accessi in Pronto soccorso nella fascia d'età 14-18, abbiamo avuto, nel giro di un solo anno, dal 2013 al 2014, un aumento del 20 per cento; abbiamo avuto un aumento del 28 per cento dei ricoveri, del 40 per cento dei ricoveri in situazioni di urgenza, che vanno nella maggior parte dei casi in pediatria o in psichiatria degli adulti, e la psichiatria degli adulti è quella che vede il maggiore aumento di ricoveri di ragazzini adolescenti per l'assenza di posti letto adeguati e sufficienti in neuropsichiatria infantile.

Questo non significa che i ragazzini debbano venire ricoverati; la neuropsichiatria infantile italiana da sempre ha fatto la scelta di ricoverare il meno possibile, stiamo però parlando di 350 posti letto in tutta Italia su tutti i disturbi da 0 a 18 anni, inclusi quelli neurologici. Di questi una settantina è dedicata all'area della psichiatria dell'adolescenza, quindi a questo punto non ci stupisce il raddoppio dei ricoveri in psichiatria adulti negli ultimi due anni in Lombardia e il fatto che solo un terzo dei ragazzini che ne hanno bisogno riescano a trovare posto in neuropsichiatria infantile.

I posti su area psichiatrica in neuropsichiatria infantile in tutta Italia sono 70, i posti di comunità terapeutica in tutta Italia sono 550; adesso forse la Lombardia ne ha

aperti un'altra trentina, per cui saremo arrivati a quasi 600, ma, mentre il Piemonte ha parecchi posti, il 50 per cento dei ragazzini lombardi che hanno bisogno di una comunità terapeutica vanno fuori regione.

Questo è lo scenario, un gatto che si morde la coda; non perché i ragazzini debbano andare in comunità terapeutica o in ricovero, ma, se ci sono risorse insufficienti nei servizi, non si riesce ad operare una presa in carico mirata, intensiva, semiresidenziale o in parte domiciliare, per prevenire la necessità di ricovero e di inserimento in comunità terapeutica.

Questo è lo scenario dei ragazzini adolescenti, che si unisce al consumo di sostanze, che in alcuni casi è soltanto tale, ma spesso si ha una doppia diagnosi, quindi è un segnale chiaro di un disagio psichico che andrebbe considerato come tale, non semplicemente come consumo illegale.

Altrettanto critico, e forse tra le aree più critiche, è il passaggio a servizi per l'età adulta, certamente per l'area della disabilità, per la quale non c'è un servizio di riferimento, ma anche per l'area psichiatrica, rispetto alla quale, se non per le situazioni più gravi e complesse, di fatto il passaggio non esiste.

Tra i diversi disturbi psichiatrici dell'adolescenza, l'area di maggiore criticità dal punto di vista dello stigma e della mancanza di risposte su più livelli è quella del disturbo della condotta, del disturbo *borderline* di personalità, perché non contempla nemmeno l'esenzione prevista per il disturbo psicotico e il disturbo bipolare, a fronte di situazioni molto gravose in cui le famiglie devono rivolgersi al privato, quindi una situazione di grandissima criticità.

Questo è lo scenario di riferimento generale, che eventualmente possiamo approfondire.

BRUNELLA GRECO, *Youth and New Media Unit di Save the Children Italia e componente del Gruppo CRC*. Per il rapporto di monitoraggio della CRC io mi sono occupata della parte relativa alla relazione fra gli adolescenti e le tecnologie digitali nella misura in cui questa relazione cambia dinamiche relazionali e identitarie proprie

dell'adolescenza, instaurando nuovi modelli di comunicazione, di relazione e di stili di vita.

L'Istat sottolinea in un recente rapporto che siamo di fronte alla prima generazione di adolescenti per cui la connessione e l'utilizzo delle tecnologie digitali è una quotidianità, è connaturata al modo in cui vivono, soddisfano bisogni propri della loro età, quali quelli relazionali e di comunicazione, quelli sessuali, ma anche bisogni legati alla partecipazione, alla comunicazione, al diritto di essere informati.

Dal punto di vista dei diritti della CRC l'utilizzo delle tecnologie digitali e l'accesso a *internet* è una condizione che deve essere supportata e resa possibile in maniera consapevole e responsabile, perché consente di rispettare questi diritti e di utilizzare le potenzialità offerte dalle tecnologie digitali.

Questi ambienti digitali, che sono nati per un mondo adulto ma sono stati fatti propri dai ragazzi (non solo dagli adolescenti, ma anche dai preadolescenti) possono tuttavia esporre a condizioni di rischio. Il primo che viene in mente è quello del cyberbullismo, ma per rimanere in tema di sessualità e stili di vita, mi soffermerò sul fenomeno del *sexting* e dell'esposizione alla pornografia o a contenuti esplicitamente sessuali sia in termini di ricerca, sia in termini di produzione.

Questi rischi *online* vanno affrontati da un punto di vista prettamente educativo. Non che il mondo adulto non debba approntare e implementare delle misure di protezione, ma la nostra posizione mira a fornire delle competenze ai ragazzi che si trovano di fronte ad un mondo attraverso il quale sperimentano e crescono; delle competenze innanzitutto digitali, che l'Europa nella sua raccomandazione definisce un insieme complesso, fatto non solo di conoscenze tecniche, ma anche di abilità relazionali e di attitudini.

Queste competenze ovviamente sono a supporto della possibilità dei ragazzi di utilizzarle senza penalizzarne l'uso in modo consapevole, conoscendone le conseguenze, sapendo cosa fare laddove si presentino dei problemi sempre variabili e diversi, perché fenomeni che etichettiamo come cyberbul-

lismo, *sexting*, adescamento *online* sono fenomeni molto complessi, con caratteristiche molto articolate, sono spesso storie molto diverse le une dalle altre.

Nel rapporto sosteniamo la necessità che queste competenze siano accompagnate da un'educazione all'affettività, alla relazione, che però non ometta il riferimento esplicito anche all'educazione sessuale, intesa in senso olistico come la intende l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS). È chiaro a tutti che l'educazione sessuale mette gli adolescenti, i bambini e le bambine, i ragazzi e le ragazze in grado di effettuare delle scelte che migliorano la qualità della loro vita e contribuiscono a una società più giusta, perché prevengono situazioni di violenza e di abuso.

Vorrei spendere alcune parole rispetto ai fenomeni a cui ho accennato, il *sexting* e l'esposizione alla pornografia o pedopornografia. Il termine *sexting* deriva dalla contrazione tra due parole inglesi, *sex* e *texting*, e fa riferimento allo scambio consensuale tra persone minorenni di immagini più o meno esplicitamente sessuali.

Questo scambio consensuale espone da un punto di vista normativo ad una situazione molto particolare, perché per la legislazione del nostro Paese il materiale prodotto da questi ragazzi, anche se consenzienti, è materiale pedopornografico, quindi l'immissione in rete e la circolazione di tale materiale può configurare un reato di produzione e circolazione di materiali pedopornografici.

Il nostro *focus* tuttavia è più educativo e sottolineiamo l'aspetto della gestione delle conseguenze di questo scambio. Non parlo solo delle conseguenze relative al fatto che spesso si perde il controllo delle immagini o delle conversazioni relative a questo scambio, che è un aspetto importante, ma parlo anche delle conseguenze psicologiche e relazionali legate a come sperimento la mia sessualità.

È indubbio che le tecnologie digitali consentono di sperimentare e di eliminare quelle inibizioni naturali della preadolescenza e dell'adolescenza che creano anche condizioni positive, perché sono in una condizione protetta, non ho di fronte l'altra

persona, ma eliminano l'empatia e la capacità di confrontarsi con le reazioni dell'altro che ho di fronte, quindi di sperimentare delle sensazioni legate alla sfera sessuale che è prevalentemente fisica.

Per questo raccomandavo un'educazione all'affettività che non tralasci un'educazione esplicita della sfera sessuale, perché spesso nel fenomeno del *sexting* si constata il cedere a delle pressioni sociali, laddove il pegno d'amore una volta era la *password* del proprio profilo Facebook, adesso è una foto in cui mi dimostri che mi vuole bene.

Questa è una pressione su modelli e ruoli di genere che riguarda sia i ragazzi che le ragazze: entrambi i generi sono costretti ad uniformarsi per esposizione mediatica, mettere i modelli veicolati ad un certo tipo di sessualità che è performativa, in quanto faccio una *performance*.

Viene meno quindi tutto l'aspetto relazionale, che riguarda il modo diverso di comportarsi a seconda dell'età e della maturità – e la maturità sessuale è personale – laddove questo diventa ancora più difficile perché non riesco a riconoscere i miei confini, non ho strumenti per operare scelte consapevoli.

Questo mi sembra un aspetto molto importante, se teniamo in considerazione l'altro fenomeno, l'esposizione alla pornografia. I ragazzi e le ragazze (non è un mistero che questo accadesse anche prima delle tecnologie digitali) cercano informazioni sulla sessualità in ogni modo, spesso tralasciano il ruolo fondamentale degli adulti, perché questi sono assenti oppure non vengono ritenuti autorevoli su un tema così dedicato. C'è un grande tabù sulla sessualità: nella mia esperienza di formatrice constato che ne parlano tranquillamente ma in modo distaccato, perché in realtà c'è un grande tabù su questo aspetto.

Numerose ricerche – ahimè solo europee, manca un approfondimento a livello nazionale, ma ci arriveremo – dimostrano che i ragazzi ricercano informazioni sulla sessualità attraverso le tecnologie digitali (lo ricercano su qualunque aspetto, figuriamoci con questo!), e ciò li espone al rischio di incappare in informazioni non

coerenti o non adeguate alla loro maturità sessuale, alle loro necessità e ai loro bisogni, a volte anche in stereotipi e miti, ad esempio su come non rimanere incinta, miti che credevamo ormai sfatati, mentre invece ritroviamo *online* consigli di pratiche assolutamente inefficaci sulla prevenzione delle gravidanze indesiderate o sulla diffusione delle malattie sessualmente trasmissibili.

In più c'è un altro rischio, quello che ragazzi e ragazze, bambini e bambine possano essere esposti ad immagini che non potevano aspettarsi di incontrare, cioè a una rappresentazione della sessualità violenta o semplicemente inadeguata alla loro età, che li espone a una forma di abuso.

Chiudo questi due aspetti sui quali volevo portare l'attenzione, anche se il *focus* meriterebbe più tempo. L'educazione sentimentale e sessuale risulta a maggior ragione prioritaria in un'accezione di benessere e di corretti stili di vita, nella consapevolezza che le tecnologie digitali esistono e sono una grande risorsa anche nello sperimentare una sfera come quella sessuale, di cui però bisogna conoscere i vari aspetti.

Riguardo al *sexting* faccio un passo indietro, in quanto – oltre all'aspetto emotivo, relazionale, identitario che riguarda la valutazione di come mi sento dopo aver diffuso queste immagini e della reale volontà di farlo, c'è un aspetto preoccupante che riguarda anche gli adulti – perché i fatti di cronaca sono quotidianamente sui giornali, ossia che di queste immagini si perde il controllo. Quindi può non esserci niente di male nel farlo, ma il problema è la fiducia che si pone nelle persone, nei ragazzi e nelle ragazze che ricevono queste immagini e decidono di farne un uso che non era quello consensuale.

Questo uso è spesso l'immissione in rete di immagini, video, montaggi che rovinano le persone, rovinano la reputazione *online* di ragazzi e ragazze (riguarda entrambi i generi) in una società in cui la vita *offline* e *online* non vede distinzioni, dove non è possibile sostenere che esista un ambiente *online* dove faccio delle cose e uno *offline* su cui non ricadono, per cui ragazzi e

ragazze si trovano a dover gestire temi che noi non gestivamo, come la reputazione pubblica, la reputazione *online*, cosa vuol dire costruire una propria identità che ha anche un aspetto pubblico, dover scegliere cosa mettere in condivisione, cosa condividere e cosa mantenere privato, quanto siano privati i sentimenti.

Sottolineo l'urgenza di diffondere modelli di educazione sessuale e sentimentale nell'ambito scolastico, perché è in questi ambiti che si sviluppano queste dinamiche relazionali, che sono anche di prevenzione del cyberbullismo, fenomeno dovuto ad un'assenza di empatia, di relazione e di rispetto dell'altro, evidenziando come questi aspetti riguardino anche il mondo adulto e come genitori e insegnanti debbano essere sempre più supportati nella loro opera di educatori ed accedere a strumenti per relazionarsi in un'ottica di comunità educante con i propri figli. Grazie.

MARIA EDOARDA TRILLÒ, *Associazione culturale pediatri – ACP*. Porto il punto di vista della pediatria. Nell'ambito dell'assistenza ai bambini e alle bambine in Italia ci sono ancora diseguaglianze inaccettabili. Le prime sono quelle tra nord e sud del Paese sia nell'organizzazione delle cure che nella diagnosi e presa in carico soprattutto delle malattie croniche o che portano a disabilità, come la relatrice prima faceva notare.

C'è un'insufficienza di azioni di prevenzione e soprattutto di promozione della salute. Ci sono sicuramente delle eccellenze in questo Paese, per esempio la mortalità infantile è molto bassa, a livello nazionale è il 2,9 per mille, ma se andiamo a vedere la mortalità infantile nei bambini stranieri, è del 4,9 per mille nello stesso Paese, con le stesse condizioni.

Per quanto concerne l'accesso alle misure preventive, un'indagine condotta in Veneto ha evidenziato che, mentre solo il 32 per cento delle donne subsahariane sapeva come mettere il bambino per prevenire la morte in culla, quindi in posizione supina, il 70 per cento delle donne italiane ne era informato. In un sistema sanitario come il nostro, basato sull'equità, queste differenze sono inaccettabili, anche se per

alcune cose siamo tra le eccellenze in Europa.

Per i corsi pre-parto è lo stesso, in quanto il 70 per cento delle donne italiane accede ai corsi di preparazione alla nascita e al parto, ma soltanto il 24 per cento delle nord-africane e il 9 per cento delle cinesi. L'inclusione scolastica va molto bene fino alla scuola elementare e dell'obbligo, ma nell'adolescenza si assiste ad un calo rilevante.

Quali strategie utilizzare per garantire maggiore equità? Vorrei focalizzarmi su tre punti, primo fra i quali l'importanza della precocità degli interventi sui bambini molto piccoli, anche fin da quando sono nella pancia della madre, quindi le azioni dei primi mille giorni, dalla gravidanza fino al compimento del secondo anno di vita, infine l'importanza degli aspetti preventivi, ma anche dei servizi di prevenzione.

Nell'introduzione si faceva riferimento alla diminuzione di mandato e di personale nei consultori familiari, laddove, se questo *trend* continuerà, si manderanno alle ortiche quarant'anni di strategie sulla salute per la famiglia e per i bambini.

Vorrei tornare all'importanza del sistema integrato di accoglienza e sostegno a favore dei nuovi nati nei primi mille giorni di vita. La cosa importante è il raccordo delle prestazioni dal concepimento al terzo anno di vita e il monitoraggio delle gravidanze. Nel rapporto si evidenzia l'esigenza di un'anagrafe delle gravidanze, in modo che vengano tutte prese in carico; dell'accoglienza psico-sociosanitaria durante la gravidanza, anche attraverso il rafforzamento dei consultori familiari e il raccordo tra i punti nascita e i servizi territoriali, compresi i pediatri di libera scelta; delle dimissioni socio-sanitarie protette per tutti i nati e dell'attivazione di servizi territoriali e di residenza per le madri; dell'intervento di sostegno ai nuclei familiari con un'intensità proporzionale al bisogno, che assolva il compito di informazione, accompagnamento, presa in carico dei nuclei familiari particolarmente a rischio per la bassa istruzione delle madri, che è uno degli indicatori di rischio, o per le madri straniere di recente arrivo in Italia.

Questi sono progetti realizzabili con l'autorizzazione delle famiglie per tutte le donne gravide e la presa in carico di quelle con bisogni sociali più importanti. A ciò si aggiunga la promozione di azioni volte ad offrire un sostegno psicologico alla genitorialità e alle coppie e mamme extracomunitarie.

L'altro punto è quello delle vaccinazioni, che sono il più importante meccanismo di prevenzione dopo la scoperta dell'acqua potabile — perché, se non avessimo l'acqua potabile, saremmo tutti morti di diarrea — e subito dopo vengono le vaccinazioni.

Si sta invece notando una diminuzione delle coperture delle vaccinazioni che erano ormai consolidate. Per avere un blocco della circolazione degli agenti patogeni e dei virus bisogna invece raggiungere una copertura del 95 per cento, per le vaccinazioni cosiddette « obbligatorie » (tutte le vaccinazioni sono fortemente raccomandate, ormai non ci sono più obblighi di legge che costringano i genitori a vaccinare, ci vuole un'adesione consapevole), questo obiettivo del 95 per cento, che era consolidato per malattie come la poliomielite, il tetano, la pertosse, *Haemophilus*, si sta abbassando.

Purtroppo questo *trend* sembra stabilizzarsi in diminuzione, quindi non è solo un momento di crisi, ma è un momento di particolare allarme.

Nel Piano nazionale infanzia sono stati presi alcuni provvedimenti, perché la cosa più importante è diffondere in tutta la popolazione l'opportunità di accedere in maniera consapevole alle vaccinazioni e avere delle vaccinazioni gratuite, perché l'accesso gratuito alla vaccinazione è come l'acqua pubblica e l'acqua dei privati, quindi l'importante è aggiungere al *panel* delle vaccinazioni attualmente presenti quelle contro la varicella e contro il meningococco B e il raggiungimento delle fasce di età degli adolescenti maschi per la vaccinazione contro il papilloma virus.

Il terzo punto riguarda i bambini stranieri e l'assistenza attualmente garantita loro in varie forme, attraverso i Centri di identificazione (CIE), i Centri per richiedenti asilo (CARA), i Centri di accoglienza

straordinaria (CAS), gli *hotspot* per i migranti, lo SPRAR per i minori richiedenti asilo e rifugiati, le strutture per i minori non accompagnati, che non sono sistemi in grado di avere come obiettivo quello del mantenimento o del recupero della salute per quanto riguarda i bambini, le donne e le persone anziane.

Si tratta di un sistema che deve assolutamente essere rivisto, così come vanno rivisti in una impostazione di genere tutti i progetti e individuati in favore di queste popolazioni, perché nei centri di accoglienza e nelle case di famiglia le persone più deboli e facilmente messe da parte sono le donne, i bambini e le persone anziane.

Finalmente è stato approvato dalla Conferenza Stato-regioni (ma non attuato) il protocollo per l'identificazione e l'accertamento multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati. Fino adesso si faceva con la radiografia del polso sinistro, ma si è visto che non è attendibile, quindi è stato formalizzato questo nuovo protocollo.

SILVIA TAVIANI, *Coordinamento del Gruppo CRC*. Volevamo ricordare che questi sono soltanto alcuni dei punti messi nel capitolo salute, ovviamente alla fine di ogni paragrafo inseriamo le raccomandazioni specifiche e cerchiamo di essere più dettagliati nel trovare l'interlocutore giusto, tanto che rispetto al tema enorme della salute e dell'assistenza il Parlamento viene chiamato in causa solo relativamente al gioco d'azzardo, per raccomandare di porre in essere una legge quadro rispetto al tema, nonostante i fondi stanziati negli ultimi due anni in legge di stabilità.

Questa è solo una delle tante raccomandazioni al Parlamento, per le quali vi chiediamo di fungere da sentinelle, e potremmo mandare alla Commissione un elenco dettagliato di queste raccomandazioni specifiche.

Quest'anno siamo diventati un *network* di 91 organizzazioni con le più disparate professionalità, come è stato rappresentato oggi dalla presenza di una neuropsichiatra, di una pediatra e di una educatrice-formatrice esperta del tema, quindi ribadiamo la nostra disponibilità per eventuali, prossime audizioni.

PRESIDENTE. Vi ringraziamo per la vostra presenza e per il quadro così ricco che ci avete fornito. Se avevamo la certezza dell'importanza di questa indagine conoscitiva, voi ce ne avete confermata l'urgenza.

Noi abbiamo dei tempi ristretti perché cominceranno le votazioni in Aula alla Camera, quindi lascerei subito la parola ai colleghi che desiderino intervenire per porre quesiti o formulare osservazioni.

GIORGIO ZANIN. Mi pare che il quadro sia dettagliato, ovviamente la presentazione del rapporto prevederebbe una lunghissima parentesi in materia di adozioni internazionali, perché è un piatto che piange ormai da molto tempo, però il *focus* è la cura e la salute.

Sono estremamente interessato a molte delle sollecitazioni che avete fatto in maniera esplicita e diretta, perché è evidente che il numero dei posti letto con la richiesta in aumento è un tema che richiederebbe un approfondimento specifico, dunque mi permetto già di segnalare che sarà opportuno chiedere al Ministro della salute un'occasione di incontro specifico su questa materia, perché è del tutto evidente che il 6 per cento di richiesta annua deve avere risposte strutturali, non solo occasionali, dal momento che siamo di fronte non ad un terremoto, ma ad una tendenza e ad una serie di disturbi che si collegano al tema della costruzione dell'identità, dell'esposizione e del rapporto tra ciò che è pubblico e ciò che è privato.

Mi sembrano dinamiche di antropologia culturale molto dense, che come legislatori siamo chiamati ad anticipare per quanto possibile. Il problema centrale è cogliere eventuali suggerimenti, perché capiamo l'esigenza di un'azione educativa, di un'azione di sostegno per le famiglie e la scuola, però ci sono delle ricadute di carattere legislativo da immaginare. Alla Camera abbiamo appena votato la legge sul cyberbullismo, però è evidente che si tratta di una fattispecie diversa da quella approfondita nell'odierna audizione.

Sul tema della salute nei primi mille giorni sottolineo che con la legge di stabilità dell'anno passato, sul tema della cura

della prematurità si sono apportati importanti miglioramenti rispetto al conteggio del congedo. Considero infatti importante che la mamma cominci il congedo di maternità nel momento in cui il bimbo esce dall'ospedale e non si contino i cinque mesi da quando entra per partorire.

Questi sono aspetti che richiedono particolare cura come anche in materia di prematurità, laddove a livello nazionale i prematuri sono in costante crescita, dunque c'è un problema di fertilità che il ministro giustamente ha sottolineato, ma c'è un'altra serie di problemi enormi.

Le chiederei quindi un'idea su cui lavorare perché, al di là della descrizione, ci sono delle raccomandazioni in blu, sulle quali bisognerà capire se noi della Commissione bicamerale, che siamo una *lobby* teoricamente trasversale esplicita, riusciamo a mettere a punto provvedimenti circostanziati. Dico questo perché la legge di stabilità è in arrivo, dunque sarebbe importante avere degli stimoli, degli spunti circostanziati.

ORNELLA BERTOROTTA. Vi ringrazio per essere venuti, ho visto che questo *report* è fatto molto bene come ogni anno, ho dato una scorsa allo stanziamento dei fondi e ho visto che avete differenziato i fondi dai *bonus*, quindi volevo chiedervi se queste risorse date *una tantum* abbiano un effetto positivo, utile, se si trasformino in forme strutturali, perché mi sembra di evincere che raccomandiate di effettuare un monitoraggio permanente delle spese.

Proprio pensando all'imminente legge di stabilità mi chiedevo come la CRC venga finanziata e se questi fondi vengano distribuiti alle 91 associazioni oppure ogni associazione sia indipendente, per capire come funzioni il meccanismo dei fondi stanziati per voi e per le singole associazioni.

VENERA PADUA. A me rincresce molto dover soffocare il confronto perché avete fornito tanti *input* e ne abbiamo nel cuore talmente tanti che spiace chiudere in maniera così veloce, presidente, e forse dovremmo riflettere sul prossimo calendario perché mi sembra veramente un peccato

avere questa occasione con loro e non poter avere un confronto più sereno. Questo vuole essere un *input* a rivedersi di nuovo.

Partiamo dalla neuropsichiatria infantile, che è il nostro dolore e il nostro bisogno, sulla quale però dobbiamo organizzarci e fare un lavoro di squadra, perché in questa Commissione e in Commissione Sanità spesso cerchiamo di affrontare questo tema e questa è la sede più consona, anche perché si può fare un lavoro di squadra con entrambe le Camere.

Dobbiamo lavorare perché questi posti vengano implementati e ci sia una più equa distribuzione, perché ancora una volta (non voglio fare alcuna lamentazione, ridefinisco solo la fotografia che avete fatto voi) nel nostro Paese emergono diseguaglianze per cui un bambino o una bambina con problematiche uguali e sovrapponibili ha una sorte diversa a seconda del luogo di nascita, del codice di avviamento postale, fatto veramente insopportabile.

Dobbiamo lavorare per superare queste problematiche che sono tante e sono così drammaticamente aumentate (non abbiamo un Osservatorio nazionale, ci sono solo dei *flash* regionali), laddove un aumento del 45 per cento nell'accesso è straordinariamente preoccupante, quindi è opportuno chiedersi cosa ci sia dietro e cosa dobbiamo fare.

Qui torniamo al discorso della comunità educante e del sostegno ai genitori, cose che sappiamo ma che è opportuno realizzare sul serio in un discorso di sistema, perché il lavoro dei pediatri è sicuramente prezioso, ci ha permesso di ridurre la mortalità, ma non è ancora equamente distribuito; nutro qualche perplessità sul dato, che considero molto generoso, del 70 per cento delle donne italiane che accedono ai corsi di accompagnamento al parto, perché io li ho fatti, ma adesso che sono qua nel mio consultorio non c'è più nessuno che li faccia.

Ci sono andata anche fuori servizio, però poi mi hanno detto che non era prudente, e ora non lo fa più nessuno, quindi questo 70 per cento avrà il suo acme da qualche parte e il 3 per cento in altre

regioni, probabilmente sempre le stesse. I nostri bambini quindi non hanno pari opportunità già dalla pancia e come potremo superare questo *gap* se non si lavora in questo senso? Vi pongo queste domande conoscendo la vostra grande disponibilità.

Naturalmente le donne straniere hanno una doppia fragilità, sono donne e sono straniere. Vengo adesso da un incontro sui migranti, vi abbiamo lavorato tutta la mattina (per questo sono arrivata con qualche minuto di ritardo) e anche lì il problema che si pone è come i minori, che sono sempre in aumento, vengano accolti; quindi il discorso dei controlli e delle verifiche dei posti che accolgono, per valutare se siano strutture adeguate.

Il problema è sempre la prevenzione dal punto di vista sia sanitario che psicologico-pedagogico, perché nel nostro Paese facciamo tanto, nonostante le difficoltà e i punti d'ombra che purtroppo ci sono, da un punto di vista soprattutto medico-sanitario, ma nell'accompagnare i genitori in questo percorso educativo facciamo ancora poco, anche per la complessità della comunità in cui si vive.

Ho apprezzato molto quello che la dottoressa diceva sull'utilizzo delle tecnologie, anche se io, forse perché non sono nata digitale e ho un'ignoranza crassa anche se cerco di crescere, temo che questi strumenti vengano lasciati in mano a bambini piccoli, perché adesso i bambini non vanno ancora all'asilo ma spesso hanno questi oggetti in mano. Sicuramente sono strumenti utili e preziosi, ma somministrati come si deve: a un bambino di due anni posso dare un libro, non un aggeggio del genere! Credo che questo percorso sia più giusto.

Siccome questo nostro lavoro continuerà, con il concorso della loro esperienza, visto che ci sono tutte queste figure rappresentative di tutti i mondi, potremmo incontrarci di nuovo per mettere giù velocemente delle cose per la legge di stabilità, perché è un momento prezioso e quindi rivederci a breve giro (intanto leggerò con attenzione vostro materiale) e fare almeno un incontro. Vi chiedo quindi collaborazione, se mi posso permettere, presidente.

ELEONORA BECHIS. Ringrazio anch'io per la vostra presenza che è molto utile, sarebbe stato bello riuscire a fare un'audizione proprio sul vostro rapporto, perché ho visto che gli argomenti sono tanti.

Ho apprezzato innanzitutto che i dati da voi forniti sono piuttosto recenti, riferendosi al 2015 e non al 2012, come in tutti gli altri rapporti che abbiamo. Purtroppo arrivano dall'Istat, mentre vorremmo che arrivassero dal Ministero, ma siamo ottimisti.

Mi preoccupano i dati per quanto riguarda la dispersione scolastica, perché è a scuola che trascorrono la maggior parte del tempo i ragazzi, che entrano alle 8 e spesso escono alle 15 o alle 16, e non ci sono attività che li coinvolgano dopo la scuola, quindi si ritrovano da soli in casa davanti ad un *computer* oppure in strada, alla mercé di tutto quello che possono trovare.

Per il resto mi riservo di leggere molto attentamente questo piano, perché ho già intravisto due o tre grandi argomenti che purtroppo non fanno parte di questo ciclo di audizioni. Grazie.

DONELLA MATTESINI. Mi permetto di fare una valutazione e due o tre domande rapidissime. Apprezzo molto e vi ringrazio di aver fatto questo *focus* partendo dagli adolescenti, perché dobbiamo parlare di minori, quindi dello sviluppo dalla nascita, però questa attenzione verso gli adolescenti è una necessità insostituibile, anche perché quando parliamo di vaccinazioni parliamo di una disattenzione del mondo degli adulti; però si tratta di bambini e quando il genitore è convinto poi il vaccino si fa.

Nel percorrere la vita, sebbene da quando si nasce si sia un soggetto di diritto, l'esercizio del diritto, la costruzione della propria autonomia e dell'identità emerge nel momento in cui cambia il rapporto dei genitori con i figli. C'è un momento in cui questo rapporto diventa difficile, si sfilaccia e queste ragazze e ragazzi rimangono soli, quindi vi ringrazio perché penso che sia il punto di partenza al quale intrecciare vari aspetti.

Abbiamo la legge di stabilità, ma abbiamo anche un appuntamento importante che passerà attraverso le Commissioni po-

litiche sociali e sanità, i Livelli essenziali di assistenza (LEA). Come componenti della bicamerale dovremmo lavorare con i nostri colleghi per verificare cosa c'è e cosa manca nei LEA, e promuovere una battaglia. Sto pensando alla questione dei consultori, che è un elemento fondamentale che abbiamo più volte sottolineato; sto pensando alla ripresa del lavoro che facciamo in Senato sulla legge sulla procreazione medicalmente assistita, e ovunque emerge la necessità di restituire al territorio e quindi alle famiglie un luogo unico di primo approccio e di accompagnamento. Ritengo quindi che questa sia la battaglia fondamentale e occorrerebbe verificare se dentro i LEA questo percorso sia previsto.

La difficoltà della salute mentale per minori e adolescenti sta dentro al silenzio e alla difficoltà di tutta la salute mentale, perché in questo momento anche parlando di adulti siamo in grande difficoltà. Si è rotta una cultura, perché per realizzare la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari ci abbiamo messo molto e ancora facciamo una fatica enorme, ci sono regioni commissariate, le Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) non si fanno e la salute mentale è tornata ad essere un tabù.

È però intollerabile ascoltare i dati solo regionali che ci avete fornito in mancanza di dati nazionali, da cui bisogna partire anche per il tema della doppia diagnosi. Vorrei chiedervi quindi se abbiate qualche dato in più, perché questo segnala un elemento di disagio che, se non accolto, porta a un disagio ulteriore o comunque alla doppia diagnosi e alla difficoltà di accesso.

Ci avete detto infatti che solo il 6 per cento riesce ad accedere ai servizi per la salute mentale, però poi per la presa in carico si scende ancora, quindi c'è il tema enorme di garantire la prevenzione, anche questo da vedere i LEA nella legge di stabilità.

Siccome dentro la rete consultoriale è centrale la figura del pediatra, secondo voi (la senatrice Padua ha fatto una proposta di legge in merito) l'innalzamento dell'età per usufruire del pediatra sino a 18 anni può essere un elemento importante? Que-

sta è una delle norme che potremmo provare a inserire.

ANTONELLA COSTANTINO, *Presidente della Società italiana di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza – SINPIA, e componente del Gruppo CRC*. Attaccherei al discorso dei 18 anni per i pediatri il fatto che tassativamente i 18 anni sono fondamentali nella salute mentale e il tentativo fatto da più parti di cominciare a prenderli in psichiatria dell'adulto dai 16 o 12 anni non va bene, perché è un altro universo, appuntamenti evolutivi diversi, c'è il ruolo della famiglia che la psichiatria dell'adulto non è abituata a considerare, c'è il ruolo della scuola nella quotidianità.

Se lavoriamo insieme a cavallo dei 18 anni va benissimo, ma è veramente un altro mondo. Doppia diagnosi: i dati sugli adolescenti con disturbi psichiatrici evidenziano che almeno nel 20 per cento dei casi (di più non siamo certi) c'è anche un abuso di sostanze tra quelli che hanno un disturbo psichiatrico e buona parte dei soggetti in grave criticità in adolescenza hanno cominciato ad avere difficoltà molti anni prima, magari difficoltà diverse, ma molti anni prima.

In realtà non è vero che è un'epidemia, nel senso che, se andiamo a filtrare i dati epidemiologici, non se ne ammalano davvero di più: cambia la configurazione e ne arrivano di più, perché la famiglia, il sociale e la comunità reggono meno rispetto alla salute mentale e perché rispetto alla disabilità salviamo sempre più prematuri che poi verranno seguiti da noi per problemi lievi o gravi, e infine per una serie di altri problemi che non erano rilevanti quando lavoravamo prevalentemente i campi, dalla dislessia al Disturbo con *deficit* di attenzione e iperattività (ADHD), ma oggi sono rilevanti per vivere in questo mondo. Non sono cambiati quindi i numeri in assoluto, ma è cambiata l'esigenza dei ragazzini di essere seguiti per avere una vita decente nel mondo di adesso.

Lo snodo chiave dell'aver un sistema informativo è fondamentale, e, se continuiamo a dire che facciamo delle cose ma non mettiamo nelle leggi di stabilità il modo per utilizzare le risorse in un'ottica di organiz-

zazione omogenea di servizi che garantisca risposte, andiamo davvero poco lontano, e purtroppo il regolamento sugli *standard* ospedalieri va a dimezzare i pochi letti che ci sono, che non è un problema da niente, anche se capisco che quelli chirurgici siano da contenere.

MARIA EDOARDA TRILLÒ, *Associazione culturale pediatri – ACP*. Vorrei ribadire l'importanza dei consultori familiari, perché ho lavorato per 30 anni in un consultorio familiare come pediatra con presa in carico dei ragazzi fino ai 18 anni.

ARIANNA SAULINI, *Coordinatrice del Gruppo CRC e responsabile Advocacy Save the Children Italia*. Un'ultimissima cosa sul tema della salute mentale dei minori stranieri, in cui entra un problema amplificato per cento sia dei nati qua – che hanno una serie di difficoltà multiple, che vanno mirate prima perché sono prevenibili, mentre così rischiamo di lasciare una situazione di grandissima difficoltà – che, ancora di più per i minori stranieri non accompagnati, tanto più se rifugiati o asilanti, rispetto ai quali il problema della gestione post-traumatica e del non immaginare che compiano 18 anni e tutto sia a posto, è assolutamente cruciale.

SILVIA TAVIANI, *Coordinamento del Gruppo CRC*. Volevo solo riprendere lo spunto che ci ha dato rispetto ai LEA, perché credo che sia importante, vista la vostra composizione e la possibilità di essere in Commissioni differenti, che quando si discute di strumenti così importanti e trasversali ci sia la possibilità per i componenti della Commissione infanzia che fanno anche parte delle Commissioni salute o affari sociali di far sì che riflessioni condivise in questa sede trovino una ricaduta in documenti importanti come i LEA.

Riprendendo quanto detto in apertura, credo che sia importante adottare (non so con quali strumenti, magari invitando dei rappresentanti del Ministero della salute) delle azioni precise che sono nel Piano infanzia, tra le quali promuovere il sostegno alla genitorialità attraverso il rafforza-

mento del sistema dei consultori, quindi c'è un piano approvato che prevede un'azione specifica e sarebbe importante capire chi se ne farà carico nei prossimi due anni e con quali obiettivi.

Credo che questo possa essere il ruolo veramente forte della vostra Commissione, di monitoraggio e pungolo per verificare che quell'azione effettivamente sia presa in carico dal Ministero della salute.

BRUNELLA GRECO, *Youth and New Media Unit di Save the Children Italia e componente del Gruppo CRC*. Rispetto alla domanda sulle indicazioni normative, vorrei sottolineare che l'educazione all'affettività non è una disposizione legislativa effettiva in Italia, nel senso che il Ministero dell'istruzione ha emanato « La buona scuola » (legge n. 107 del 2015), e il comma 16 dell'articolo 1 nomina in modo ambiguo e vago una « promozione ed educazione alle pari opportunità », ma mancano ancora le linee di indirizzo per la realizzazione e implementazione di queste disposizioni, e non si capisce come avvenga la prima formazione degli insegnanti rispetto ai temi dell'educazione affettiva.

Inoltre non è un tema curricolare, come invece in altri Paesi europei; non è un tema prioritario su cui esista una legislazione vincolante in Italia, quindi, se parliamo di prevenzione e di educazione in ambito scolastico, non c'è. In più sottolineiamo il fatto che questo è un tema che riguarda i consultori e in generale le *équipes* multidisciplinari, gli assistenti sociali, ma anche gli operatori delle forze dell'ordine che vengono attenzionati su questi temi e che spesso si trovano ad esporre di nuovo le ragazzine alla vittimizzazione perché fanno rivedere loro le immagini.

Ovviamente c'è da lavorare in un'ottica di prevenzione e di educazione non solo nel sistema scolastico con cui si raggiunge parte degli adulti e dei ragazzi, ma in tutti quei luoghi, consultori in *primis* ma non solo, tutti quei servizi multidisciplinari e sociali, il Tribunale minorile, operatori e forze dell'ordine che si confrontano con questi nuovi fenomeni che sono *border* nella loro definizione, in quanto hanno un lato che sfocia nel ledere la normativa soprattutto

per quanto riguarda la *privacy* e dall'altro sono questioni da trattare in termini educativi e di presa in carico.

DONELLA MATTESINI. Ricordo ai colleghi che questa settimana il Ministro Lorenzin sarà in Commissione sanità ad illustrare i LEA, quindi sarebbe il caso di intervenire.

Siccome i LEA vanno approvati entro trenta giorni e sono stati consegnati a Camera e Senato qualche giorno fa, sarebbe davvero utile convocare rapidamente la Ministra Lorenzin e chi segue la questione dei LEA per la Conferenza Stato-regioni, per

poter avere un luogo di confronto, di ascolto, ma anche di suggerimento.

PRESIDENTE. Ringrazio tutti gli auditi per il loro prezioso contributo e dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 14.35.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE
DELLA CAMERA DEI DEPUTATI

DOTT. RENZO DICKMANN

*Licenziato per la stampa
il 18 aprile 2017*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO



17STC0022360