

525.

Allegato A

## DOCUMENTI ESAMINATI NEL CORSO DELLA SEDUTA COMUNICAZIONI ALL'ASSEMBLEA

### INDICE

	PAG.		PAG.
<b>Organizzazione dei tempi di esame: pdl n. 2763</b> .....	3	Corte di giustizia dell'Unione europea (Annunzio di sentenze) .....	12
<b>Comunicazioni</b> .....	5	Provvedimenti concernenti amministrazioni locali (Annunzio) .....	12
Missioni vevolevoli nella seduta del 16 giugno 2021 .....	5	Regione Emilia-Romagna (Trasmissione di un documento) .....	12
Progetti di legge (Annunzio; Adesione di deputati a proposte di legge; Adesione di deputati a proposte di inchiesta parlamentare; Ritiro di sottoscrizioni a proposte di legge; Assegnazione a Commissione in sede referente) .....	5, 6	Nomine ministeriali (Comunicazione) .....	13
Corte dei conti (Trasmissione di un documento) .....	6	Richiesta di parere parlamentare su atti del Governo .....	13
Documenti ministeriali (Trasmissione) .....	6, 7	Atti di controllo e di indirizzo .....	13
Commissario per la realizzazione del progetto sportivo dei campionati mondiali di sci alpino – Cortina 2021 (Trasmissione di un documento) .....	7	<i>ERRATA CORRIGE</i> .....	13
Parlamento europeo (Annunzio di risoluzioni) .....	7	<b>Proposta di legge: S. 728 – D'iniziativa dei senatori: Vallardi ed altri: Norme per la valorizzazione delle piccole produzioni agroalimentari di origine locale (Approvata dal Senato) (A.C. 2115-A)</b> .....	14
Progetti di atti dell'Unione europea (Annunzio) .....	10	Parere della I Commissione .....	14
		Parere della V Commissione .....	14
		Articoli e relative proposte emendative	
		Articolo 1 .....	14
		Articolo 2 .....	15

**N. B.** Questo allegato reca i documenti esaminati nel corso della seduta e le comunicazioni all'Assemblea non lette in aula.

	PAG.		PAG.
Articolo 3 .....	16	Iniziative di competenza in relazione a recenti dichiarazioni del Presidente della Repubblica d'Austria circa le prospettive di concessione della grazia a terroristi altoatesini, nonché in relazione all'extradizione dell'ex terrorista Heinrich Oberleiter – 3-02334 .....	70
Articolo 4 .....	17	Elementi e iniziative di competenza in merito al ritorno in Italia del signor Enrico Forti, detenuto negli Stati Uniti – 3-02335 .....	71
Articolo 5 .....	18	Iniziative di competenza per il rilancio del comparto dell'edilizia in relazione all'aumento dei prezzi dei materiali per le costruzioni, al fine di preservare i progetti del Piano nazionale di ripresa e resilienza e l'efficacia degli incentivi fiscali – 3-02338 ..	72
Articolo 6 .....	18	Iniziative di competenza a sostegno delle imprese e dei consumatori in relazione al fenomeno del rialzo dei prezzi delle materie prime – 3-02339 .....	73
Articolo 7 .....	19	Termini e modalità attuative in ordine all'erogazione delle risorse previste dai recenti provvedimenti legislativi al fine di favorire la ripresa delle attività commerciali – 3-02340 .....	74
Articolo 8 .....	19	Iniziative di competenza per il rilancio del comparto automobilistico italiano, anche in vista della transizione verso la mobilità elettrica – 3-02341 .....	75
Articolo 9 .....	19	<b>Mozioni Fitzgerald Nissoli, Invidia, Formentini, Pezzopane, Mollicone, Ungaro ed altri n. 1-00359 (Ulteriore nuova formulazione) e Fitzgerald Nissoli, Invidia, Formentini, Pezzopane, Mollicone, Ungaro ed altri n. 1-00359 (Nuova formulazione) concernenti iniziative di carattere diplomatico volte a salvaguardare l'eredità culturale italiana negli Stati Uniti, con particolare riferimento alla figura di Cristoforo Colombo</b> .....	76
Articolo 10 .....	20	Mozioni .....	76
Articolo 11 .....	20		
Articolo 12 .....	21		
Articolo 13 .....	22		
Articolo 14 .....	23		
Ordini del giorno .....	23		
<b>Mozioni Lorenzin, D'Arrando, Panizzut, Bagnasco, Noja, Stumpo ed altri n. 1-00472 (Nuova formulazione), Lorenzin ed altri n. 1-00472, Panizzut ed altri n. 1-00495 e Bellucci ed altri n. 1-00496 concernenti iniziative in materia di salute mentale</b> ...	27		
Mozioni .....	27		
<b>Interrogazioni a risposta immediata</b> .....	69		
Iniziative volte a includere con riserva, nelle graduatorie di luglio 2021, gli insegnanti risultati idonei alle selezioni del V ciclo dei percorsi di specializzazione per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità – 3-02336 .....	69		
Iniziative volte a garantire la riapertura in sicurezza degli istituti scolastici per l'avvio del nuovo anno scolastico e la ripresa dell'attività didattica in presenza per gli studenti di ogni ordine e grado – 3-02337 .....	70		

## ORGANIZZAZIONE DEI TEMPI DI ESAME: PDL N. 2763

**PDL N. 2763 — DISPOSIZIONI CONCERNENTI LA RINEGOZIAZIONE DEI CONTRATTI DI LOCAZIONE DI IMMOBILI DESTINATI AD ATTIVITÀ COMMERCIALI, ARTIGIANALI E RICETTIVE PER L'ANNO 2021 IN CONSEGUENZA DELL'EPIDEMIA DI COVID-19**

Tempo complessivo: 13 ore, di cui:

- discussione sulle linee generali: 7 ore;
- seguito dell'esame: 6 ore.

	<i>Discussione generale</i>	<i>Seguito dell'esame</i>
<b>Relatore per la maggioranza</b>	<b>20 minuti</b>	<b>20 minuti</b>
<b>Relatore di minoranza</b>	<b>10 minuti</b>	<b>10 minuti</b>
<b>Governo</b>	<b>20 minuti</b>	<b>20 minuti</b>
<b>Richiami al Regolamento</b>	<b>10 minuti</b>	<b>5 minuti</b>
<b>Tempi tecnici</b>		<b>10 minuti</b>
<b>Interventi a titolo personale</b>	<b>1 ora e 6 minuti</b>	<b>55 minuti</b> <i>(con il limite massimo di 8 minuti per il complesso degli interventi di ciascun deputato)</i>
<b>Gruppi</b>	<b>5 ore e 54 minuti</b>	<b>4 ore</b>
<i>MoVimento 5 Stelle</i>	<i>38 minuti</i>	<i>45 minuti</i>
<i>Lega – Salvini premier</i>	<i>35 minuti</i>	<i>39 minuti</i>
<i>Partito Democratico</i>	<i>34 minuti</i>	<i>32 minuti</i>
<i>Forza Italia – Berlusconi presidente</i>	<i>33 minuti</i>	<i>29 minuti</i>
<i>Fratelli d'Italia</i>	<i>31 minuti</i>	<i>21 minuti</i>
<i>Italia Viva</i>	<i>31 minuti</i>	<i>19 minuti</i>
<i>Coraggio Italia</i>	<i>31 minuti</i>	<i>18 minuti</i>
<i>Liberi e Uguali</i>	<i>30 minuti</i>	<i>16 minuti</i>
<b>Misto:</b>	<b>31 minuti</b>	<b>21 minuti</b>
<i>L'Alternativa c'è</i>	<i>11 minuti</i>	<i>8 minuti</i>
<i>Centro Democratico</i>	<i>5 minuti</i>	<i>3 minuti</i>

<i>Facciamo eco – Federazione dei Verdi</i>	<i>4 minuti</i>	<i>2 minuti</i>
<i>Noi con l'Italia - USEI-Rinascimento ADC</i>	<i>4 minuti</i>	<i>2 minuti</i>
<i>Minoranze Linguistiche</i>	<i>3 minuti</i>	<i>2 minuti</i>
<i>Azione - +Europa - Radicali Italiani</i>	<i>2 minuti</i>	<i>2 minuti</i>
<i>MAIE - PSI</i>	<i>2 minuti</i>	<i>2 minuti</i>

**COMUNICAZIONI****Missioni valevoli  
nella seduta del 16 giugno 2021.**

Ascani, Ascari, Battelli, Bergamini, Boschi, Brescia, Brunetta, Campana, Cancelleri, Carfagna, Carinelli, Casa, Castelli, Cavandoli, Cenni, Cirielli, Colletti, Colucci, Comaroli, Corda, Covolo, Davide Crippa, D'Incà, Dadone, Daga, Delmastro Delle Vedove, Luigi Di Maio, Di Stefano, Durigon, Fassino, Gregorio Fontana, Ilaria Fontana, Franceschini, Frusone, Gallinella, Garavaglia, Gava, Gebhard, Gelmini, Gerardi, Giachetti, Giacomoni, Giorgetti, Grande, Grimoldi, Guerini, Invernizzi, Iovino, Lapia, Liuni, Lollobrigida, Lombardo, Loreface, Losacco, Lupi, Macina, Maggioni, Magi, Mandelli, Marattin, Melilli, Migliore, Molinari, Molteni, Montaruli, Morelli, Mulè, Mura, Muroi, Nardi, Nesci, Occhiuto, Orlando, Paita, Parolo, Perantoni, Polidori, Rampelli, Rizzo, Rosato, Rotta, Ruocco, Sasso, Scalfarotto, Schullian, Serracchiani, Carlo Sibilìa, Sisto, Spadoni, Speranza, Tabacci, Tasso, Testamento, Vignaroli, Viscomi, Zoffili.

*(Alla ripresa pomeridiana della seduta).*

Ascani, Ascari, Battelli, Bergamini, Bianchi, Enrico Borghi, Boschi, Brescia, Brunetta, Campana, Cancelleri, Carfagna, Carinelli, Casa, Castelli, Maurizio Cattoi, Cavandoli, Cenni, Cirielli, Colletti, Colucci, Comaroli, Corda, Covolo, Davide Crippa, D'Incà, Dadone, Daga, Delmastro Delle Vedove, Luigi Di Maio, Di Stefano, Dieni, Durigon, Ehm, Fassino, Gregorio Fontana,

Ilaria Fontana, Franceschini, Frusone, Gallinella, Garavaglia, Gava, Gebhard, Gelmini, Gerardi, Giachetti, Giacomoni, Giorgetti, Grande, Grimoldi, Guerini, Invernizzi, Iovino, Lapia, Liuni, Lollobrigida, Lombardo, Loreface, Losacco, Lupi, Macina, Maggioni, Magi, Mandelli, Marattin, Melilli, Migliore, Molinari, Molteni, Montaruli, Morelli, Mulè, Mura, Muroi, Nardi, Nesci, Occhiuto, Orlando, Paita, Parolo, Perantoni, Polidori, Rampelli, Rizzo, Rosato, Rotta, Ruocco, Sasso, Scalfarotto, Schullian, Serracchiani, Carlo Sibilìa, Sisto, Spadoni, Spena, Speranza, Stumpo, Tabacci, Tasso, Testamento, Vignaroli, Viscomi, Vito, Raffaele Volpi, Zoffili.

**Annunzio di proposte di legge.**

In data 15 giugno 2021 è stata presentata alla Presidenza la seguente proposta di legge d'iniziativa del deputato:

TURRI: « Modifica all'articolo 9 del decreto legislativo 28 maggio 2010, n. 85, concernente la disciplina dell'attribuzione, a titolo non oneroso, di beni immobili statali alle regioni e agli enti locali » (3163).

Sarà stampata e distribuita.

**Adesione di deputati a proposte di legge.**

La proposta di legge costituzionale PEZZOPANE ed altri: « Modifiche agli ar-

ticoli 9 e 117 della Costituzione, in materia di tutela del patrimonio naturale » (2914) è stata successivamente sottoscritta dal deputato Andrea Romano.

#### **Adesione di deputati a proposte di inchiesta parlamentare.**

La proposta di inchiesta parlamentare SANI ed altri: « Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sulle cause e sulle responsabilità dell'incidente avvenuto presso Freginals, in Spagna, il 20 marzo 2016, nel quale morirono sette studentesse italiane » (Doc. XXII, n. 50) è stata successivamente sottoscritta dal deputato Andrea Romano.

#### **Ritiro di sottoscrizioni a proposte di legge.**

In data 15 giugno 2021 il deputato Galantino ha comunicato di ritirare la propria sottoscrizione alla proposta di legge:

TORTO ed altri: « Norme in materia di reclutamento e stato giuridico dei ricercatori universitari di ruolo a tempo indeterminato e dei ricercatori a tempo determinato e sulla programmazione del fabbisogno organico delle università nonché modifiche alla disciplina relativa all'assunzione del personale » (783).

#### **Assegnazione di un progetto di legge a Commissione in sede referente.**

A norma del comma 1 dell'articolo 72 del Regolamento, il seguente progetto di legge è assegnato, in sede referente, alla sottoindicata Commissione permanente:

*I Commissione (Affari costituzionali):*

PROPOSTA DI LEGGE COSTITUZIONALE VALLASCAS: « Modifiche alla parte II della Costituzione in materia di composizione e funzioni delle Camere, superamento del bicameralismo paritario nonché disciplina della decretazione d'ur-

genza e della questione di fiducia » (2890) *Parere delle Commissioni III, V, VI, XIV e Commissione parlamentare per le questioni regionali.*

#### **Trasmissione dalla Corte dei conti.**

Il Presidente della Sezione del controllo sugli enti della Corte dei conti, con lettera in data 16 giugno 2021, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 7 della legge 21 marzo 1958, n. 259, la determinazione e la relazione riferite al risultato del controllo eseguito sulla gestione finanziaria dell'Istituto nazionale di fisica nucleare (INFN), per l'esercizio 2019, cui sono allegati i documenti rimessi dall'ente ai sensi dell'articolo 4, primo comma, della citata legge n. 259 del 1958 (Doc. XV, n. 425).

Questi documenti sono trasmessi alla V Commissione (Bilancio) e alla VII Commissione (Cultura).

#### **Trasmissione dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali.**

Il Ministero del lavoro e delle politiche sociali ha trasmesso un decreto ministeriale recante variazioni di bilancio tra capitoli dello stato di previsione del medesimo Ministero, di pertinenza di centri di responsabilità diversi, autorizzate, in data 26 marzo 2021, ai sensi dell'articolo 33, comma 4-*quinquies*, della legge 31 dicembre 2009, n. 196.

Questo decreto è trasmesso alla V Commissione (Bilancio), alla XI Commissione (Lavoro) e alla XII Commissione (Affari sociali).

#### **Trasmissione dal Ministro della giustizia.**

Il Ministro della giustizia, con lettera in data 15 giugno 2021, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 19 della legge 30 giugno 2009, n. 85, la relazione sull'attività del labora-

torio centrale per la banca dati nazionale del DNA, riferita al primo e al secondo semestre 2020 (Doc. CLXI, n. 2).

Questa relazione è trasmessa alla I Commissione (Affari costituzionali) e alla II Commissione (Giustizia).

#### **Trasmissione dal Ministro per i rapporti con il Parlamento.**

Il Ministro per i rapporti con il Parlamento, con lettera in data 16 giugno 2021, ha trasmesso il parere reso dalla Conferenza unificata, nella seduta del 3 giugno 2021, sul disegno di legge di conversione del decreto-legge 18 maggio 2021, n. 65, recante misure urgenti relative all'emergenza epidemiologica da COVID-19 (atto Camera n. 3119).

Questo parere è trasmesso alla XII Commissione (Affari sociali).

#### **Trasmissione dal Commissario per la realizzazione del progetto sportivo dei campionati mondiali di sci alpino – Cortina 2021.**

Il Commissario per la realizzazione del progetto sportivo dei campionati mondiali di sci alpino – Cortina 2021, con lettera in data 15 giugno 2021, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 61, comma 2, del decreto-legge 24 aprile 2017, n. 50, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 giugno 2017, n. 96, l'integrazione del piano degli interventi per la realizzazione del progetto sportivo delle finali di coppa del mondo e dei campionati mondiali di sci alpino 2021 a Cortina d'Ampezzo.

Questa documentazione è trasmessa alla VII Commissione (Cultura) e alla VIII Commissione (Ambiente).

#### **Annunzio di risoluzioni del Parlamento europeo.**

Il Parlamento europeo ha trasmesso le seguenti risoluzioni e decisioni, approvate

nella tornata dal 26 al 29 aprile 2021, che sono assegnate, ai sensi dell'articolo 125, comma 1, del Regolamento, alle sottoindicate Commissioni, nonché, per il parere, alla III Commissione (Affari esteri) e alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea), se non già assegnate alle stesse in sede primaria:

Risoluzione legislativa relativa alla posizione del Consiglio in prima lettura in vista dell'adozione del regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che istituisce il programma quadro di ricerca e innovazione Orizzonte Europa e ne stabilisce le norme di partecipazione e diffusione, e che abroga i regolamenti (UE) n. 1290/2013 e (UE) n. 1291/2013 (Doc. XII, n. 853) – *alle Commissioni riunite VII (Cultura) e X (Attività produttive)*;

Risoluzione legislativa sul progetto di decisione del Consiglio relativa all'istituzione del programma specifico di attuazione di Orizzonte Europa – il programma quadro di ricerca e innovazione (Doc. XII, n. 854) – *alle Commissioni riunite VII (Cultura) e X (Attività produttive)*;

Risoluzione legislativa sulla proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio relativo all'Istituto europeo di innovazione e tecnologia (rifusione) (Doc. XII, n. 855) – *alle Commissioni riunite VII (Cultura) e X (Attività produttive)*;

Risoluzione legislativa sulla proposta di decisione del Parlamento europeo e del Consiglio relativa all'agenda strategica per l'innovazione dell'Istituto europeo di innovazione e tecnologia (EIT) 2021-2027: promuovere il talento e la capacità di innovazione in Europa (Doc. XII, n. 856) – *alle Commissioni riunite VII (Cultura) e X (Attività produttive)*;

Risoluzione legislativa sulla proposta di decisione del Parlamento europeo e del Consiglio che modifica la decisione n. 1313/2013/UE su un meccanismo unionale di protezione civile (Doc. XII, n. 857) – *alla VIII Commissione (Ambiente)*;

Risoluzione legislativa relativa alla posizione del Consiglio in prima lettura in vista dell'adozione del regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che istituisce il programma relativo al mercato interno, alla competitività delle imprese, tra cui le piccole e medie imprese, al settore delle piante, degli animali, degli alimenti e dei mangimi e alle statistiche europee (programma per il mercato unico) e che abroga i regolamenti (UE) n. 99/2013, (UE) n. 1287/2013, (UE) n. 254/2014, e (UE) n. 652/2014 (Doc. XII, n. 858) — *alla X Commissione (Attività produttive)*;

Risoluzione legislativa relativa alla posizione del Consiglio in prima lettura in vista dell'adozione del regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio sul Fondo europeo di adeguamento alla globalizzazione per i lavoratori espulsi dal lavoro (FEG) e che abroga il regolamento (UE) n. 1309/2013 (Doc. XII, n. 859) — *alla XI Commissione (Lavoro)*;

Risoluzione legislativa sulla posizione del Consiglio in prima lettura in vista dell'adozione del regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che istituisce il programma Cittadini, uguaglianza, diritti e valori e abroga il regolamento (UE) n. 1381/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio e il regolamento (UE) n. 390/2014 del Consiglio (Doc. XII, n. 860) — *alla I Commissione (Affari costituzionali)*;

Risoluzione legislativa relativa alla posizione del Consiglio in prima lettura in vista dell'adozione del regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che istituisce il programma Giustizia e abroga il regolamento (UE) n. 1382/2013 (Doc. XII, n. 861) — *alla II Commissione (Giustizia)*;

Risoluzione legislativa relativa alla posizione del Consiglio in prima lettura in vista dell'adozione del regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che istituisce il programma spaziale dell'Unione e l'Agenzia dell'Unione europea per il programma spaziale e che abroga i

regolamenti (UE) n. 912/2010, (UE) n. 1285/2013 e (UE) n. 377/2014 e la decisione n. 541/2014/UE (Doc. XII, n. 862) — *alla X Commissione (Attività produttive)*;

Risoluzione legislativa sulla proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che istituisce un piano di gestione pluriennale del tonno rosso nell'Atlantico orientale e nel Mediterraneo, modifica i regolamenti (CE) n. 1936/2001, (UE) 2017/2107 e (UE) 2019/833 e abroga il regolamento (UE) 2016/1627 (Doc. XII, n. 863) — *alla XIII Commissione (Agricoltura)*;

Risoluzione legislativa relativa alla posizione del Consiglio in prima lettura in vista dell'adozione del regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio relativo al contrasto della diffusione di contenuti terroristici *online* (Doc. XII, n. 864) — *alle Commissioni riunite II (Giustizia) e IX (Trasporti)*;

Risoluzione legislativa relativa alla posizione del Consiglio in prima lettura in vista dell'adozione del regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che istituisce il programma antifrode dell'Unione e abroga il regolamento (UE) n. 250/2014 (Doc. XII, n. 865) — *alle Commissioni riunite VI (Finanze) e XIII (Agricoltura)*;

Risoluzione legislativa relativa alla posizione del Consiglio in prima lettura in vista dell'adozione del regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio relativo ai diritti e agli obblighi dei passeggeri nel trasporto ferroviario (rifusione) (Doc. XII, n. 866) — *alla IX Commissione (Trasporti)*;

Risoluzione legislativa relativa alla posizione del Consiglio in prima lettura in vista dell'adozione del regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che istituisce il Fondo europeo per la difesa e abroga il regolamento (UE) 2018/1092 (Doc. XII, n. 867) — *alle Commissioni riunite IV (Difesa) e X (Attività produttive)*;

Risoluzione legislativa relativa alla posizione del Consiglio in prima lettura in vista dell'adozione del regolamento del

Parlamento europeo e del Consiglio che istituisce il programma Europa digitale e abroga la decisione (UE) 2015/2240 (Doc. XII, n. 868) — *alle Commissioni riunite IX (Trasporti) e X (Attività produttive)*;

Risoluzione legislativa relativa alla posizione del Consiglio in prima lettura in vista dell'adozione del regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che istituisce un programma per l'ambiente e l'azione per il clima (LIFE), e abroga il regolamento (UE) n. 1293/2013 (Doc. XII, n. 869) — *alla VIII Commissione (Ambiente)*;

Risoluzione legislativa sulla proposta di regolamento del Consiglio recante modifica del regolamento (UE) n. 389/2012 relativo alla cooperazione amministrativa in materia di accise per quanto concerne il contenuto dei registri elettronici (Doc. XII, n. 870) — *alla VI Commissione (Finanze)*;

Risoluzione legislativa sul progetto di decisione del Consiglio relativa alla conclusione, a nome dell'Unione, dell'accordo in forma di scambio di lettere tra l'Unione europea e il Regno di Norvegia ai sensi dell'articolo XXVIII dell'accordo generale sulle tariffe doganali e sul commercio (GATT) 1994 in merito alla modifica delle concessioni per tutti i contingenti tariffari inclusi nell'elenco CLXXV dell'Unione europea a seguito del recesso del Regno Unito dall'Unione europea (Doc. XII, n. 871) — *alla III Commissione (Affari esteri)*;

Risoluzione legislativa sul progetto di decisione del Consiglio relativa alla conclusione dell'accordo volontario di partenariato tra l'Unione europea e la Repubblica di Honduras sull'applicazione delle normative nel settore forestale, sulla *governance* e sul commercio del legname e dei suoi derivati importati nell'Unione europea (Doc. XII, n. 872) — *alla III Commissione (Affari esteri)*;

Risoluzione sull'attuazione degli aspetti di sicurezza stradale del « pacchetto controlli tecnici » (Doc. XII, n. 873) — *alla IX Commissione (Trasporti)*;

Risoluzione sui residui chimici nel Mar Baltico, sulla base delle petizioni nn. 1328/2019 e 0406/2020 (Doc. XII, n. 874) — *alla VIII Commissione (Ambiente)*;

Risoluzione non legislativa sul progetto di decisione del Consiglio relativa alla conclusione dell'accordo volontario di partenariato tra l'Unione europea e la Repubblica di Honduras sull'applicazione delle normative nel settore forestale, sulla *governance* e sul commercio del legname e dei suoi derivati importati nell'Unione europea (Doc. XII, n. 875) — *alla III Commissione (Affari esteri)*;

Decisione sulla conclusione di un accordo interistituzionale tra il Parlamento europeo, il Consiglio dell'Unione europea e la Commissione europea su un registro per la trasparenza obbligatorio (Doc. XII, n. 876) — *alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea)*;

Risoluzione sul progetto di regolamento della Commissione che modifica gli allegati II, III e IV del regolamento (CE) n. 396/2005 del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda i livelli massimi di residui di aclonifen, acrinatrina, *Bacillus pumilus* QST 2808, clorantranilipirolo, etirimol, lufenurone, penthiopyrad, picloram e *Pseudomonas sp.* ceppo DSMZ 13134 in o su determinati prodotti (Doc. XII, n. 877) — *alla XII Commissione (Affari sociali)*;

Risoluzione sul progetto di regolamento della Commissione che modifica gli allegati II, III e IV del regolamento (CE) n. 396/2005 del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda i livelli massimi di residui di acequinocil, acibenzolar-s-metile, *Bacillus subtilis* ceppo IAB/BS03, emamectina, flonicamid, flutolanil, fosetil, imazamox e oxathiapiprolin in o su determinati prodotti (Doc. XII, n. 878) — *alla XII Commissione (Affari sociali)*;

Risoluzione legislativa concernente il progetto di decisione del Consiglio relativa alla conclusione, a nome dell'Unione, dell'accordo sugli scambi e la cooperazione

tra l'Unione europea e la Comunità europea dell'energia atomica, da una parte, e il Regno Unito di Gran Bretagna e Irlanda del Nord, dall'altra, e dell'accordo tra l'Unione europea e il Regno Unito di Gran Bretagna e Irlanda del Nord sulle procedure di sicurezza per lo scambio e la protezione di informazioni classificate (Doc. XII, n. 879) — *alla III Commissione (Affari esteri)*;

Risoluzione sull'esito dei negoziati UE-Regno Unito (Doc. XII, n. 880) — *alla III Commissione (Affari esteri)*;

Risoluzione sulla protezione del suolo (Doc. XII, n. 881) — *alla VIII Commissione (Ambiente)*;

Risoluzione sull'assassinio di Daphne Caruana Galizia e lo Stato di diritto a Malta (Doc. XII, n. 882) — *alla III Commissione (Affari esteri)*;

Risoluzione sulle leggi sulla blasfemia in Pakistan, in particolare il caso di Shaqufa Kausar e Shafqat Emmanuel (Doc. XII, n. 883) — *alla III Commissione (Affari esteri)*;

Risoluzione sulla Russia, il caso di Alexei Navalny, il dispiegamento militare ai confini con l'Ucraina e gli attacchi russi nella Repubblica ceca (Doc. XII, n. 884) — *alla III Commissione (Affari esteri)*;

Risoluzione sulla garanzia europea per l'infanzia (Doc. XII, n. 885) — *alla XII Commissione (Affari sociali)*;

Risoluzione sull'accessibilità e l'abordabilità dei test COVID (Doc. XII, n. 886) — *alla XII Commissione (Affari sociali)*;

Decisione sul scarico per l'esecuzione del bilancio generale dell'Unione europea per l'esercizio 2019, sezione III — Commissione e agenzie esecutive (Doc. XII, n. 887) — *alla V Commissione (Bilancio)*.

#### **Annunzio di progetti di atti dell'Unione europea.**

Il Consiglio dell'Unione europea, in data 14, 15 e 16 giugno 2021, ha tra-

smesso, ai sensi del Trattato sull'Unione europea, i seguenti documenti, che sono assegnati, ai sensi dell'articolo 127 del Regolamento, alle sottoindicate Commissioni, con il parere della XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea):

Posizione del Consiglio in prima lettura in vista dell'adozione della direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio sulla razionalizzazione delle misure per promuovere la realizzazione della rete transeuropea dei trasporti (TEN-T) (10537/1/20 REV 1), corredata dalla relativa motivazione (10537/1/20 REV 1 ADD 1), che è assegnata alle Commissioni riunite VIII (Ambiente) e IX (Trasporti);

Posizione del Consiglio in prima lettura in vista dell'adozione del regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che istituisce il meccanismo per collegare l'Europa e abroga i regolamenti (UE) n. 1316/2013 e (UE) n. 283/2014 (6115/2/21 REV 2), corredata dalla relativa motivazione (6115/2/21 REV 2 ADD 1), che è assegnata alle Commissioni riunite IX (Trasporti) e X (Attività produttive);

Posizione del Consiglio in prima lettura in vista dell'adozione del regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che istituisce il Fondo asilo, migrazione e integrazione (6486/2/21 REV 2), corredata dalla relativa motivazione (6486/2/21 REV 2 ADD 1), che è assegnata in sede primaria alla I Commissione (Affari costituzionali);

Posizione del Consiglio in prima lettura in vista dell'adozione del regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che istituisce, nell'ambito del Fondo per la gestione integrata delle frontiere, lo Strumento di sostegno finanziario per la gestione delle frontiere e la politica dei visti (6487/2/21 REV 2), corredata dalla relativa motivazione (6487/2/21 REV 2 ADD 1), che è assegnata alla I Commissione (Affari costituzionali);

Posizione del Consiglio in prima lettura in vista dell'adozione del regolamento

del Parlamento europeo e del Consiglio che istituisce il Fondo Sicurezza interna (6488/1/21 REV 1), corredata dalla relativa motivazione (6488/1/21 REV 1 ADD 1), che è assegnata alla I Commissione (Affari costituzionali);

Posizione del Consiglio in prima lettura in vista dell'adozione del regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che istituisce il Fondo europeo per gli affari marittimi, la pesca e l'acquacoltura e che modifica il regolamento (UE) 2017/1004 (6975/3/21 REV 3), corredata dalla relativa motivazione (6975/3/21 REV 3 ADD 1), che è assegnata in sede primaria alla XIII Commissione (Agricoltura).

La Commissione europea, in data 15 giugno 2021, ha trasmesso, in attuazione del Protocollo sul ruolo dei Parlamenti allegato al Trattato sull'Unione europea, i seguenti progetti di atti dell'Unione stessa, nonché atti preordinati alla formulazione degli stessi, che sono assegnati, ai sensi dell'articolo 127 del Regolamento, alle sottoindicate Commissioni, con il parere, se non già assegnati alla stessa in sede primaria, della XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea):

Relazione della Commissione al Parlamento europeo e al Consiglio sull'esercizio del potere di adottare atti delegati conferito alla Commissione a norma del regolamento (UE) n. 1337/2011 relativo alle statistiche europee sulle colture permanenti (COM(2021) 306 final), che è assegnata in sede primaria alla XIII Commissione (Agricoltura);

Proposta di regolamento del Consiglio che modifica il regolamento (UE) 2020/1706 del Consiglio per quanto riguarda l'inclusione di contingenti tariffari autonomi dell'Unione per taluni prodotti della pesca (COM(2021) 308 final), corredata dal relativo allegato (COM(2021) 308 final – Annex), che è assegnata in sede primaria alla XIII Commissione (Agricoltura);

Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo a norma dell'articolo

294, paragrafo 6, del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea riguardante la posizione del Consiglio ai fini dell'adozione di un regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che istituisce il meccanismo per collegare l'Europa e abroga i regolamenti (UE) n. 1316/2013 e (UE) n. 283/2014 (COM(2021) 309 final), che è assegnata in sede primaria alle Commissioni riunite IX (Trasporti) e X (Attività produttive);

Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo a norma dell'articolo 294, paragrafo 6, del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea riguardante la posizione del Consiglio ai fini dell'adozione di una direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio sulla razionalizzazione delle misure per promuovere la realizzazione della rete transeuropea dei trasporti (TEN-T) (COM(2021) 310 final), che è assegnata in sede primaria alle Commissioni riunite VIII (Ambiente) e IX (Trasporti).

Il Dipartimento per le politiche europee della Presidenza del Consiglio dei ministri, in data 15 giugno 2021, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 6, commi 1 e 2, della legge 24 dicembre 2012, n. 234, progetti di atti dell'Unione europea, nonché atti preordinati alla formulazione degli stessi.

Questi atti sono assegnati, ai sensi dell'articolo 127 del Regolamento, alle Commissioni competenti per materia, con il parere, se non già assegnati alla stessa in sede primaria, della XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea).

Con la predetta comunicazione, il Governo ha altresì richiamato l'attenzione sui seguenti documenti, già trasmessi dalla Commissione europea e assegnati alle competenti Commissioni, ai sensi dell'articolo 127 del Regolamento:

Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo e al Consiglio relativa al quadro di riferimento dell'efficacia dell'attuazione per il bilancio dell'Unione europea nell'ambito del QFP 2021-2027 (COM(2021) 366);

Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo e al Consiglio – Verso una pesca più sostenibile nell’Unione europea: situazione attuale e orientamenti per il 2022 (COM(2021) 279 final);

Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo e al Consiglio – Adeguamento tecnico del quadro finanziario pluriennale per il 2022 conformemente all’articolo 4 del regolamento (UE, Euratom) 2020/2093 del Consiglio che stabilisce il quadro finanziario pluriennale per il periodo 2021-2027 (COM(2021) 365 final).

#### **Annunzio di sentenze della Corte di giustizia dell’Unione europea.**

Il Dipartimento per le politiche europee della Presidenza del Consiglio dei ministri ha trasmesso, in data 1° giugno 2021, le seguenti sentenze della Corte di giustizia dell’Unione europea, relative a cause in cui la Repubblica italiana è parte o adottate a seguito di domanda di pronuncia pregiudiziale proposta da un’autorità giurisdizionale italiana, che sono inviate, ai sensi dell’articolo 127-*bis* del Regolamento, alle sottoindicate Commissioni, nonché alla XIV Commissione (Politiche dell’Unione europea):

Sentenza della Corte (Prima sezione) del 6 maggio 2021, causa C-142/20, Analisi G. Caracciolo Srl contro Regione siciliana – Assessorato regionale della salute – Dipartimento regionale per la pianificazione e altri. Domanda di pronuncia pregiudiziale proposta dal Consiglio di giustizia amministrativa per la Regione siciliana Ravvicinamento delle legislazioni – Regolamento (CE) n. 765/2008 – Norme in materia di accreditamento e vigilanza del mercato per quanto riguarda la commercializzazione dei prodotti – Unico organismo nazionale di accreditamento – Rilascio del certificato di accreditamento agli organismi di valutazione della conformità – Organismo di accreditamento avente sede in uno Stato terzo – Articolo 56 del Trattato sul funzionamento dell’Unione europea (TFUE) – Articolo 102 del TFUE

– Articoli 20 e 21 della Carta dei diritti fondamentali dell’Unione europea – Validità (Doc. XIX, n. 127) – *alla X Commissione (Attività produttive)*;

Sentenza della Corte (Quarta sezione) del 20 maggio 2021, causa C-128/19, Azienda sanitaria provinciale di Catania contro Assessorato della salute della Regione siciliana. Domanda di pronuncia pregiudiziale proposta dalla Corte suprema di cassazione. Aiuti di Stato – Settore agricolo – Abbattimento di animali affetti da malattie infettive – Indennizzo degli allevatori – Obblighi di notifica e di *standstill* – Articolo 108, paragrafo 3, del TFUE – Nozioni di « aiuti esistenti » e di « nuovi aiuti » – Regolamento (CE) n. 659/1999 – Esenzioni per categorie di aiuti – Regolamento (UE) n. 702/2014 – Aiuti *de minimis* – Regolamento (UE) n. 1408/2013 (Doc. XIX, n. 128) – *alle Commissioni riunite XII (Affari sociali) e XIII (Agricoltura)*.

#### **Annunzio di provvedimenti concernenti amministrazioni locali.**

Il Ministero dell’interno, con lettere in data 10 giugno 2021, ha trasmesso, ai sensi dell’articolo 141, comma 6, del testo unico delle leggi sull’ordinamento degli enti locali, di cui al decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, i decreti del Presidente della Repubblica di scioglimento dei consigli comunali di Cambiagio (Milano), Foggia, Genazzano (Roma), Lesa (Novara) e Solopaca (Benevento).

Questa documentazione è depositata presso il Servizio per i Testi normativi a disposizione degli onorevoli deputati.

#### **Trasmissione dalla Regione Emilia-Romagna.**

La Regione Emilia-Romagna, con lettera in data 15 giugno 2021, ha trasmesso, ai sensi dell’articolo 19-*bis*, comma 6, della legge 11 febbraio 1992, n. 157, la relazione

sullo stato di attuazione delle deroghe in materia di protezione della fauna selvatica e di prelievo venatorio, previste dall'articolo 9 della direttiva 2009/147/CE, riferita alla stagione venatoria 2020-2021.

Questa relazione è trasmessa alla XIII Commissione (Agricoltura).

#### **Comunicazione di nomine ministeriali.**

La Presidenza del Consiglio dei ministri, con lettere in data 14 giugno 2021, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 19, comma 9, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, le seguenti comunicazioni concernenti il conferimento, ai sensi del comma 4 del medesimo articolo 19, di incarichi di livello dirigenziale generale, che sono trasmesse alla I Commissione (Affari costituzionali), nonché alle sottoindicate Commissioni:

*alla VIII Commissione (Ambiente) la comunicazione concernente i seguenti incarichi nell'ambito del Ministero delle infrastrutture e della mobilità sostenibili:*

all'ingegnere Stefano Baccharini, l'incarico di presidente della Prima sezione del Consiglio superiore dei lavori pubblici; all'ingegnere Antonio Lucchese, l'incarico di presidente della Seconda sezione del Consiglio superiore dei lavori pubblici;

*alla IX Commissione (Trasporti) la comunicazione concernente i seguenti incarichi nell'ambito del Ministero delle infrastrutture e della mobilità sostenibili:*

all'ingegnere Pasquale D'Anzi, l'incarico *ad interim* di direttore della Direzione generale territoriale del Sud, nell'ambito del Dipartimento per i trasporti e la navigazione;

al dottor Angelo Mautone, l'incarico di direttore della Direzione generale per il trasporto pubblico locale, la mobilità pubblica sostenibile e gli interventi nel settore

del trasporto ferroviario regionale, nell'ambito del Dipartimento per i trasporti e la navigazione.

#### **Richiesta di parere parlamentare su atti del Governo.**

Il Presidente del Consiglio dei ministri, con lettera in data 15 giugno 2021, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto-legge 18 aprile 2019, n. 32, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 giugno 2019, n. 55, la richiesta di parere parlamentare sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri recante l'individuazione di ulteriori interventi infrastrutturali da realizzare ai sensi del citato articolo 4 e dei commissari straordinari individuati per ciascuna opera **(262)**.

Questa richiesta è assegnata, ai sensi del comma 4 dell'articolo 143 del Regolamento, alle Commissioni riunite VIII (Ambiente) e IX (Trasporti), che dovranno esprimere il prescritto parere entro il 6 luglio 2021. È altresì assegnata, ai sensi del comma 2 dell'articolo 96-ter del Regolamento, alla V Commissione (Bilancio), che dovrà esprimere i propri rilievi sulle conseguenze di carattere finanziario entro il 26 giugno 2021.

#### **Atti di controllo e di indirizzo.**

Gli atti di controllo e di indirizzo presentati sono pubblicati nell'*Allegato B* al resoconto della seduta odierna.

#### **ERRATA CORRIGE**

Nell'*Allegato A* ai resoconti della seduta del 14 giugno 2021, a pagina 4, seconda colonna, alla diciottesima riga, le parole: « (COM(2021) 280 final) » devono intendersi sostituite dalle seguenti: « (COM(2021) 366 final) ».

**PROPOSTA DI LEGGE: S. 728 – D'INIZIATIVA DEI SENATORI:  
VALLARDI ED ALTRI: NORME PER LA VALORIZZAZIONE  
DELLE PICCOLE PRODUZIONI AGROALIMENTARI DI ORI-  
GINE LOCALE (APPROVATA DAL SENATO) (A.C. 2115-A)**

**A.C. 2115-A – Parere della I Commissione**

PARERE DELLA I COMMISSIONE SULLE  
PROPOSTE EMENDATIVE PRESENTATE

NULLA OSTA

sugli emendamenti contenuti nel fascicolo  
n. 1.

**A.C. 2115-A – Parere della V Commissione**

PARERE DELLA V COMMISSIONE SUL  
TESTO DEL PROVVEDIMENTO E SULLE  
PROPOSTE EMENDATIVE PRESENTATE

Sul testo del provvedimento in oggetto:

PARERE FAVOREVOLE

con le seguenti condizioni, volte a ga-  
rantire il rispetto dell'articolo 81 della  
Costituzione:

*All'articolo 4, comma 4, sostituire le  
parole: del bilancio dello Stato con le  
seguenti: della finanza pubblica;*

*All'articolo 8, comma 3, aggiungere, in  
fine, le parole: e, comunque, senza nuovi o  
maggiori oneri per la finanza pubblica;*

e con la seguente osservazione:

*Si valuti l'opportunità di sostituire la  
rubrica dell'articolo 13 con la seguente:  
Clausola di invarianza finanziaria.*

Sugli emendamenti trasmessi dall'Assem-  
blea:

PARERE CONTRARIO

sugli emendamenti 9.1 e 11.50 in  
quanto suscettibili di determinare nuovi o  
maggiori oneri per la finanza pubblica  
privi di idonea quantificazione e coper-  
tura;

NULLA OSTA

sulle restanti proposte emendative conte-  
nute nel fascicolo n. 1.

**A.C. 2115-A – Articolo 1**

ARTICOLO 1 DELLA PROPOSTA DI  
LEGGE NEL TESTO DELLA COMMIS-  
SIONE

Art. 1.

*(Finalità e principi)*

1. Fatta salva la facoltà per gli impren-  
ditori agricoli di svolgere la vendita diretta

ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 18 maggio 2001, n. 228, la presente legge è volta a valorizzare e promuovere la produzione, trasformazione e vendita, da parte degli imprenditori agricoli e ittici, di limitati quantitativi di prodotti alimentari primari e trasformati, di origine animale o vegetale, ottenuti a partire da produzioni aziendali, riconoscibili da una specifica indicazione in etichetta, nel rispetto dei seguenti principi:

a) principio della salubrità: la sicurezza igienico-sanitaria dell'alimento prodotto;

b) principio della localizzazione: la possibilità di commercializzare, in ambito locale, i prodotti che derivano esclusivamente dalla propria produzione primaria;

c) principio della limitatezza: la possibilità di produrre e commercializzare esclusivamente ridotte quantità di alimenti in termini assoluti;

d) principio della specificità: la possibilità di produrre e commercializzare esclusivamente le tipologie di prodotti individuate dal decreto di cui al comma 1 dell'articolo 11.

2. Ai fini della presente legge con la dizione « PPL – piccole produzioni locali », di seguito denominate « PPL », si definiscono i prodotti agricoli di origine animale o vegetale primari o ottenuti dalla trasformazione di materie prime derivanti da coltivazione o allevamento svolti esclusivamente sui terreni di pertinenza dell'azienda, destinati all'alimentazione umana, ottenuti presso un'azienda agricola o ittica, destinati, in limitate quantità in termini assoluti, al consumo immediato e alla vendita diretta al consumatore finale nell'ambito della provincia in cui si trova la sede di produzione e delle province contermini.

3. Ferme restando le deroghe previste dall'articolo 1, paragrafo 3, lettere d) ed e), del regolamento (CE) n. 853/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004, per la fornitura diretta di piccoli quantitativi di carni provenienti da pollame e lagomorfi e di piccoli quantitativi

di selvaggina selvatica o di carne di selvaggina selvatica, i prodotti ottenuti da carni di animali provenienti dall'azienda agricola devono derivare da animali regolarmente macellati in un macello riconosciuto che abbia la propria sede nell'ambito della provincia in cui si trova la sede di produzione o delle province contermini.

## PROPOSTE EMENDATIVE

### ART. 1

*(Finalità e principi)*

*Al comma 1, lettera a), aggiungere, in fine, le parole: , nel rispetto e in compatibilità con i controlli di natura igienico-sanitaria condotti dalle ASL.*

**1.4.** Ciaburro, Caretta.

*Al comma 1, lettera a), aggiungere, in fine, le parole: , nel rispetto e in compatibilità con i controlli di natura igienico-sanitaria condotti dalle ASL e delle disposizioni normative vigenti in materia.*

**1.4.** *(Testo modificato nel corso della seduta)* Ciaburro, Caretta.

**(Approvato)**

*Al comma 3, dopo le parole: in un macello aggiungere le seguenti: registrato o*

**1.50.** Manzato, Viviani, Bubisutti, Gastaldi, Germanà, Golinelli, Liuni, Lolini, Loss, Tarantino.

**(Approvato)**

### A.C. 2115-A – Articolo 2

ARTICOLO 2 DELLA PROPOSTA DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL SENATO

### Art. 2.

*(Ambito di applicazione)*

1. La presente legge si applica agli imprenditori agricoli di cui all'articolo

2135 del codice civile, agli imprenditori apistici di cui all'articolo 3 della legge 24 dicembre 2004, n. 313, e agli imprenditori ittici di cui all'articolo 4 del decreto legislativo 9 gennaio 2012, n. 4, titolari di un'azienda agricola o ittica, che lavorano e vendono prodotti primari o ottenuti dalla trasformazione di materie prime derivanti da coltivazione o allevamento svolti esclusivamente sui terreni di pertinenza dell'azienda stessa, e collocati, ai fini della vendita, in contenitori o confezioni di tipo adeguato. Sono ricomprese le aziende agricole o ittiche associate a tal fine o che svolgono o partecipano a identiche attività riconosciute o registrate ai sensi della normativa vigente. Rientrano altresì nell'ambito di applicazione della presente legge, purché dotati dei necessari requisiti, gli istituti tecnici e professionali a indirizzo agrario e alberghiero-ristorativo che, nello svolgimento della propria attività didattica, producono o trasformano piccole quantità di prodotti primari e trasformati. Gli introiti derivanti dalle eventuali attività di vendita diretta sono destinati esclusivamente al finanziamento delle spese didattiche e funzionali degli istituti.

2. Fatte salve le disposizioni regionali e delle province autonome in materia di agriturismo, gli imprenditori agricoli che, nell'ambito delle attività di agriturismo di cui alla legge 20 febbraio 2006, n. 96, somministrano pasti, spuntini e bevande o vendono i prodotti della propria azienda agricola possono avvalersi di prodotti PPL, anche di altre aziende agricole che abbiano la propria sede nell'ambito della stessa provincia o delle province confinanti, ottenuti in conformità alla presente legge. Tuttavia, qualora scelgano di produrre nella propria azienda un prodotto del « paniere PPL » di cui al comma 1 dell'articolo 11, non possono produrre analogo prodotto al di fuori delle modalità previste dalla presente legge.

3. La produzione primaria è svolta in terreni di pertinenza aziendale sulle superfici condotte in proprietà, affitto o altro titolo riscontrabile, compresi i prodotti dell'apicoltura, di cui all'articolo 2 della legge 24 dicembre 2004, n. 313, di esclu-

siva produzione aziendale. L'attività apistica, di cui al citato articolo 2 della legge 24 dicembre 2004, n. 313, non è correlata necessariamente alla gestione del terreno.

4. È fatta salva, in ogni caso, la facoltà per gli imprenditori agricoli di vendere direttamente anche i prodotti PPL ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 18 maggio 2001, n. 228.

### A.C. 2115-A – Articolo 3

#### ARTICOLO 3 DELLA PROPOSTA DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE

##### Art. 3.

##### *(Etichettatura)*

1. I prodotti PPL sono venduti nel rispetto delle vigenti disposizioni europee, di cui al regolamento (UE) n. 1169/2011 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 25 ottobre 2011, e nazionali, di cui al decreto legislativo 15 dicembre 2017, n. 231, concernenti l'etichettatura, la presentazione e la pubblicità dei prodotti alimentari. Tali prodotti possono indicare nell'etichetta, in maniera chiara e leggibile, affinché sia comprensibile al consumatore, la dicitura « PPL – piccole produzioni locali » seguita dal nome del comune o della provincia di produzione e dal numero di registrazione dell'attività, rilasciato dall'autorità sanitaria locale a seguito di sopralluogo preventivo svolto in azienda, secondo le modalità individuate con il decreto di cui all'articolo 11.

2. Sono fatte salve le vigenti disposizioni in materia di indicazione obbligatoria della sede e dell'indirizzo dello stabilimento di produzione o di confezionamento, di cui al decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 145, nonché le vigenti disposizioni in materia di etichettatura dei prodotti agricoli e alimentari a denominazione di origine protetta, indicazione geografica protetta e specialità tradizionale garantita di cui al regolamento (UE)

n. 1151/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 21 novembre 2012, dei vini e dei prodotti vitivinicoli di cui al regolamento (UE) n. 1308/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 17 dicembre 2013, dei prodotti vitivinicoli aromatizzati di cui al regolamento (UE) n. 251/2014 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 26 febbraio 2014, dei prodotti biologici di cui al regolamento (UE) 2018/848 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 30 maggio 2018, e delle bevande spiritose di cui al regolamento (CE) n. 110/2008 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 15 gennaio 2008.

3. Gli operatori, al fine di garantire il rispetto dei requisiti cogenti in termini di rintracciabilità delle produzioni ai sensi del regolamento (CE) n. 178/2002 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 28 gennaio 2002, provvedono alla conservazione dell'opportuna documentazione e al mantenimento di idonee registrazioni dalla fase di produzione alla fase di commercializzazione. A tale scopo sono conservati i documenti commerciali e qualsiasi altra documentazione già prevista dalla normativa vigente, secondo le modalità e per la durata individuate con il decreto di cui all'articolo 11.

#### **A.C. 2115-A – Articolo 4**

#### **ARTICOLO 4 DELLA PROPOSTA DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE**

##### **Art. 4.**

##### *(Logo PPL)*

1. Con decreto del Ministro delle politiche agricole alimentari e forestali, da adottare, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro dello sviluppo economico, sentita la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, è istituito il logo « PPL – piccole produzioni locali » per i prodotti di cui all'articolo 1 della

presente legge. La forma del logo è scelta mediante svolgimento di un concorso di idee. Con il decreto di cui al primo periodo sono altresì stabilite le condizioni e le modalità di attribuzione del logo nonché le modalità di svolgimento del concorso di idee, assicurando il rispetto della clausola di invarianza finanziaria di cui al comma 4. Il medesimo decreto definisce altresì le modalità di verifica e di attestazione della provenienza dei prodotti dalla provincia in cui si trova la sede di produzione o dalle province contermini, gli adempimenti relativi alla loro tracciabilità e le modalità con cui è fornita una corretta informazione al consumatore. Il concorso di idee per la scelta della forma del logo PPL è bandito entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

2. Il logo è esposto nei luoghi di vendita diretta, nei mercati, negli esercizi commerciali o di ristorazione ovvero negli spazi espositivi appositamente dedicati o è comunque posto in evidenza all'interno dei locali, anche degli esercizi della grande distribuzione, ed è pubblicato nelle piattaforme informatiche di acquisto o distribuzione che forniscono i prodotti di cui all'articolo 1.

3. Il logo non può essere apposto sui prodotti, sulle loro confezioni né su qualsiasi imballaggio utilizzato per la vendita.

4. Le amministrazioni pubbliche interessate provvedono all'attuazione del presente articolo nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato.

#### **PROPOSTE EMENDATIVE**

##### **ART. 4**

##### *(Logo PPL)*

*Sopprimere il comma 3.*

**4.50.** Manzato, Viviani, Bubisutti, Gastaldi, Germanà, Golinelli, Liuni, Lolini, Loss, Tarantino.

***(Approvato)***

*Al comma 4, sostituire le parole: del bilancio dello Stato con le seguenti: della finanza pubblica.*

**4.200. (da votare ai sensi dell'articolo 86, comma 4-bis, del Regolamento)**

*(Approvato)*

#### **A.C. 2115-A – Articolo 5**

ARTICOLO 5 DELLA PROPOSTA DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL SENATO

Art. 5.

*(Consumo immediato e vendita diretta)*

1. Nell'ambito della provincia in cui ha sede l'azienda e delle province contermini, entro il territorio regionale, il consumo immediato e la vendita diretta al consumatore finale dei prodotti PPL possono avvenire:

a) presso la propria azienda e presso esercizi di vendita a questa funzionalmente connessi compresa la malga, purché gestiti dal medesimo imprenditore agricolo o ittico;

b) nell'ambito di mercati, fiere e altri eventi o manifestazioni, da parte del medesimo imprenditore agricolo o ittico;

c) negli esercizi di commercio al dettaglio o di somministrazione in ambito locale che riforniscono direttamente il consumatore finale, purché tale fornitura sia limitata al 50 per cento della produzione annuale dell'azienda produttrice.

2. I comuni, nel caso di apertura di mercati alimentari locali di vendita diretta in aree pubbliche ai sensi del decreto del Ministro delle politiche agricole alimentari e forestali 20 novembre 2007, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 301 del 29 dicembre 2007, possono riservare agli imprenditori agricoli o ittici esercenti la

vendita diretta dei prodotti PPL spazi adeguati nell'area destinata al mercato, qualora disponibili.

3. Gli esercizi commerciali possono dedicare ai prodotti PPL appositi spazi di vendita in modo da renderli immediatamente visibili.

#### PROPOSTA EMENDATIVA

ART. 5

*(Consumo immediato e vendita diretta)*

*Al comma 1, lettera c), sopprimere le parole da: purché tale fornitura fino alla fine della lettera.*

**5.50.** Manzato, Viviani, Bubisutti, Gastaldi, Germanà, Golinelli, Liuni, Lolini, Loss, Tarantino.

*(Approvato)*

#### **A.C. 2115-A – Articolo 6**

ARTICOLO 6 DELLA PROPOSTA DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL SENATO

Art. 6.

*(Requisiti generali applicabili ai locali e alle attrezzature)*

1. Al fine di garantire la sicurezza del prodotto finito, l'imprenditore è tenuto al rispetto della normativa generale in materia di igiene degli alimenti e delle disposizioni della presente legge.

2. Gli imprenditori agricoli o ittici che intendono produrre e commercializzare i prodotti PPL devono rispettare i requisiti previsti dal regolamento (CE) n. 852/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004.

3. I locali già registrati ai sensi del citato regolamento (CE) n. 852/2004 sono ritenuti conformi anche ai requisiti igienici previsti dalla presente legge.

#### A.C. 2115-A – Articolo 7

#### ARTICOLO 7 DELLA PROPOSTA DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE

Art. 7.

*(Semplificazione delle norme in materia di requisiti strutturali dei locali destinati alle attività)*

1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, nel rispetto dei regolamenti (CE) n. 852/2004, sull'igiene dei prodotti alimentari, e n. 853/2004, in materia di igiene per gli alimenti di origine animale, del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004, in applicazione dei principi di flessibilità e semplificazione previsti nei medesimi regolamenti (CE), le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono stabilire, al fine di semplificare la normativa in materia, i requisiti strutturali dei locali destinati alle attività di lavorazione, produzione e vendita dei prodotti PPL, anche allo scopo di preservare le caratteristiche e le tradizioni territoriali degli stessi.

#### A.C. 2115-A – Articolo 8

#### ARTICOLO 8 DELLA PROPOSTA DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL SENATO

Art. 8.

*(Sezione internet per le piccole produzioni locali)*

1. È istituita, nell'ambito del sito *internet* istituzionale del Ministero delle poli-

tiche agricole alimentari e forestali, un'apposita sezione per la raccolta di tutte le informazioni utili ai fini della valorizzazione dei prodotti PPL.

2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano forniscono, nell'ambito delle loro competenze e per i prodotti dei rispettivi territori, tutte le informazioni utili ai fini dell'aggiornamento della sezione del sito *internet* di cui al comma 1.

3. All'attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo si provvede nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

#### PROPOSTA EMENDATIVA

ART. 8

*(Sezione internet per le piccole produzioni locali)*

*Al comma 3, aggiungere, in fine, le parole: e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.*

**8.200. (da votare ai sensi dell'articolo 86, comma 4-bis, del Regolamento)**

*(Approvato)*

#### A.C. 2115-A – Articolo 9

#### ARTICOLO 9 DELLA PROPOSTA DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL SENATO

Art. 9.

*(Corsi di formazione)*

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono istituire corsi di formazione per il personale addetto alla lavorazione, alla preparazione, alla tra-

sformazione, al confezionamento, al trasporto e alla vendita dei prodotti PPL. I corsi si svolgono nella regione o provincia autonoma nel cui territorio ha luogo l'attività dell'azienda, nell'ambito territoriale provinciale di riferimento.

2. Il corso, ove istituito, deve essere frequentato entro quindici mesi dalla registrazione dell'attività e in ogni caso prima dell'avvio delle lavorazioni, a meno che l'operatore interessato, o il personale che lo coadiuva, non abbia ricevuto un addestramento o una formazione in materia di igiene alimentare giudicati adeguati da parte dell'autorità competente rispetto alla tipologia di prodotti PPL di interesse.

3. I corsi di formazione hanno lo scopo di far acquisire nozioni relativamente alle corrette prassi operative e buone prassi di igiene nella lavorazione, trasformazione e vendita dei prodotti PPL nonché, ove necessario, a elementi di microbiologia, valutazione del rischio e procedure di autocontrollo secondo la metodologia HACCP.

#### **A.C. 2115-A – Articolo 10**

ARTICOLO 10 DELLA PROPOSTA DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL SENATO

Art. 10.

*(Attività di controllo)*

1. Fermo quanto previsto dal decreto legislativo 15 dicembre 2017, n. 231, sulle competenze del Dipartimento dell'Ispettorato centrale della tutela della qualità e repressione frodi dei prodotti agroalimentari del Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali per l'accertamento delle violazioni e l'irrogazione delle sanzioni in materia di etichettatura degli alimenti, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e gli enti locali, nell'ambito delle rispettive competenze, per il tramite dei servizi veterinari e dei

servizi di igiene degli alimenti e della nutrizione delle aziende sanitarie locali competenti per territorio, esercitano i controlli per l'accertamento delle infrazioni delle disposizioni della presente legge. A tal fine le amministrazioni competenti possono avvalersi degli organi di polizia amministrativa locale, anche attraverso l'istituzione, nell'ambito degli stessi, di appositi gruppi di intervento.

#### **A.C. 2115-A – Articolo 11**

ARTICOLO 11 DELLA PROPOSTA DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE

Art. 11.

*(Disposizioni applicative)*

1. Il Ministro delle politiche agricole alimentari e forestali, di concerto con il Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e acquisito il parere delle Commissioni parlamentari competenti per materia, con proprio decreto ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, adotta un regolamento contenente i criteri e le linee guida sulla base dei quali le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nell'ambito della propria autonomia, individuano per i propri territori:

a) il « paniere PPL », definito come l'elenco delle tipologie dei prodotti agricoli e ittici, anche trasformati, con l'indicazione dei relativi limitati quantitativi in termini assoluti, che rientrano nella disciplina dei prodotti PPL di cui alla presente legge, nel rispetto dei principi di cui all'articolo 1, comma 1, ed entro i limiti massimi previsti, per ciascuna tipologia di prodotti PPL, dal decreto di cui al presente

comma, che stabilisce altresì le modalità per l'aggiornamento delle categorie dei prodotti e dei relativi limiti massimi;

b) le modalità per l'ammissione, su domanda degli interessati, alle procedure semplificate per i prodotti PPL previste dalla presente legge;

c) le misure da applicare e i controlli igienico-sanitari da effettuare sui prodotti PPL, anche per gli aspetti non espressamente contemplati dalla presente legge, prevedendo in ogni caso, all'atto della domanda di ammissione, un sopralluogo preventivo in azienda, con oneri a carico del richiedente, per verificare il possesso dei requisiti necessari e, per il primo anno di attività, autocontrolli su tutti i lotti di produzione;

d) le modalità di utilizzo dell'etichettatura PPL e del logo PPL di cui rispettivamente agli articoli 3 e 4, nonché i relativi controlli.

2. Sono fatte salve, ove compatibili con il regolamento di cui al comma 1, le disposizioni in materia di prodotti PPL eventualmente già emanate dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano.

3. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e gli enti locali adottano le iniziative di loro competenza per assicurare la valorizzazione e la promozione dei prodotti PPL.

4. Le disposizioni della presente legge sono applicabili nelle regioni a statuto speciale e nelle province autonome di Trento e di Bolzano compatibilmente con i rispettivi statuti e le relative norme di attuazione.

5. È facoltà delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e di Bolzano nel cui territorio siano presenti minoranze linguistiche riconosciute istituire l'etichettatura PPL ed il logo PPL di cui rispettivamente agli articoli 3 e 4 in forma bilingue.

6. Sono fatte salve le disposizioni vigenti per la produzione dei prodotti agricoli e alimentari a denominazione di ori-

gine protetta, indicazione geografica protetta e specialità tradizionale garantita di cui al regolamento (UE) n. 1151/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 21 novembre 2012, dei vini e dei prodotti vitivinicoli di cui al regolamento (UE) n. 1308/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 17 dicembre 2013, dei prodotti vitivinicoli aromatizzati di cui al regolamento (UE) n. 251/2014 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 26 febbraio 2014, dei prodotti biologici di cui al regolamento (UE) 2018/848 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 30 maggio 2018, e delle bevande spiritose di cui al regolamento (CE) n. 110/2008 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 15 gennaio 2008, e in materia di commercializzazione, di cui al regolamento di esecuzione (UE) n. 543/2011 della Commissione del 7 giugno 2011 e ogni altra disposizione speciale, a livello nazionale ed europeo, in materia agroalimentare.

7. Ai prodotti PPL offerti in vendita diretta si applicano le vigenti disposizioni di carattere fiscale.

#### **A.C. 2115-A – Articolo 12**

#### **ARTICOLO 12 DELLA PROPOSTA DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE**

Art. 12.

(Sanzioni)

1. Salvo che il fatto costituisca reato, l'operatore che immetta sul mercato prodotti agricoli o alimentari qualificandoli come prodotti PPL, in violazione delle disposizioni di cui all'articolo 1, o utilizzi l'etichettatura di cui all'articolo 3 o il logo di cui all'articolo 4 in assenza dei requisiti di cui all'articolo 1 è soggetto alla sanzione amministrativa pecuniaria del pagamento di una somma da 1.600 euro a 9.500 euro.

2. Fermo restando quanto previsto al comma 1 del presente articolo, in caso di uso del logo di cui all'articolo 4 in assenza

dei requisiti di cui all'articolo 1, l'autorità amministrativa dispone altresì la sanzione accessoria della sospensione della licenza d'uso del logo stesso per un periodo da uno a tre mesi. In caso di reiterazione della violazione l'autorità amministrativa dispone la revoca della licenza d'uso del logo.

3. Il Dipartimento dell'Ispettorato centrale della tutela della qualità e repressione frodi dei prodotti agroalimentari del Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali è designato quale autorità competente all'irrogazione delle sanzioni amministrative pecuniarie previste dal presente articolo.

#### **A.C. 2115-A – Articolo 13**

ARTICOLO 13 DELLA PROPOSTA DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE

Art. 13.

*(Disposizioni finanziarie)*

1. Dall'attuazione della presente legge non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

2. Le amministrazioni interessate provvedono agli adempimenti previsti dalla presente legge con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

#### **PROPOSTA EMENDATIVA**

ART. 13

*(Disposizioni finanziarie)*

*Sostituire la rubrica con la seguente: (Clausola di invarianza finanziaria).*

**13.100.** La Commissione.

***(Approvato)***

#### **A.C. 2115-A – Articolo 14**

ARTICOLO 14 DELLA PROPOSTA DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL SENATO

Art. 14.

*(Entrata in vigore)*

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

#### **A.C. 2115-A – Ordini del giorno**

ORDINI DEL GIORNO

La Camera,

premessò che:

la proposta di legge in esame, seconda lettura di un testo presentato presso il Senato della Repubblica, mira alla disciplina delle cosiddette Piccole produzioni locali (PPL);

varie Regioni, in Italia, hanno normato e tutelato le produzioni agroalimentari tradizionali e locali, nonché il ruolo degli operatori produttivi, come contadini ed allevatori, in quanto presidi a tutela della biodiversità e del patrimonio agroalimentare nazionale;

esistono vari e numerosi prodotti agroalimentari tipici di determinate località sul territorio nazionale, prevalentemente tutelati dall'operato degli agricoltori;

questi prodotti, per la maggior parte, non sono diffusi attraverso i canali della grande distribuzione organizzata, e trovano quindi diffusione nei canali di cucina e vendita locale;

gli agricoltori che curano queste produzioni svolgono indubbiamente una

attività a presidio e tutela della biodiversità nazionale, attività spesso non sufficientemente riconosciuta;

nelle aree interne questi agricoltori, con la loro attività manutentiva, sono veri e propri custodi del territorio, anche in ottica di contrasto al dissesto idrogeologico,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di valorizzare il ruolo degli agricoltori attivi nella produzione di frutta, verdura, ortaggi, tuberi ed altri generi alimentari di origine agricola, comunque denominati, a vocazione fortemente tipica, tradizionale e territoriale, anche mediante l'erogazione di apposite agevolazioni economiche.

9/2115-A/1. Caretta, Ciaburro.

La Camera,

premesso che:

la proposta di legge in esame, seconda lettura di un testo presentato presso il Senato della Repubblica, mira alla disciplina delle cosiddette Piccole produzioni locali (PPL);

alcune Regioni hanno normale questo tipo particolare di produzioni agroalimentari tipiche, che rappresentano una forma di valorizzazione di specificità ed eccellenze gastronomiche locali e territoriali;

la proposta di legge in oggetto pone, in un certo qual modo, modalità di produzione e somministrazione delle predette PPL assimilabili ai disciplinari in vigore per il mondo della ristorazione;

non a caso tra le disposizioni del testo in esame figura l'istituzione di corsi di formazione per gli operatori PPL che siano assimilabili ai corsi HACCP;

in ogni caso, l'impianto normativo in esame, senza interventi di supervisione, indirizzo e controllo da parte del Governo, rischia di fornire gli estremi per un abuso,

mettendo in concorrenza i produttori di PPL con gli omonimi produttori della più ampia fascia legata alla produzione agroalimentare;

il predetto contesto richiede dunque una gestione della normativa di attuazione del testo in esame tale da garantire in ogni caso il benessere dei consumatori,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di disporre nell'ambito delle proprie competenze le necessarie misure attuative volte a garantire la sicurezza alimentare ed il benessere dei consumatori nell'ambito applicativo relativamente alle regole di stoccaggio e produzione delle piccole produzioni locali.

9/2115-A/2. Ciaburro, Caretta.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame reca disposizioni per valorizzare le piccole produzioni agroalimentari di origine locale;

il settore agroalimentare nazionale genera un volume d'affari di circa mezzo trilione di euro, ossia il 25 per cento del PIL italiano;

nel 2020 le *startup agrifood* hanno visto investimenti per un totale di circa 30 miliardi di dollari a livello globale, ciò rappresenta una crescita di oltre il 30 per cento sull'anno precedente;

il mercato della *smart agriculture* costituisce circa il 10 per cento delle *startup* italiane;

tecnologie come IoT, *big data*, intelligenza artificiale, *blockchain* stanno radicalmente trasformando settori importanti dell'economia italiana. L'agricoltura, comparto strategico per la Nazione, sta attraversando profonde trasformazioni, che si affiancano alle grandi sfide su scala globale come la sostenibilità, i cambiamenti climatici e la povertà alimentare.

Anche in questo contesto, la diffusione di nuove tecnologie digitali può contribuire al suo rilancio;

la missione 2 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, « Rivoluzione verde e transizione ecologica » con l'investimento 2.3 « Innovazione e meccanizzazione nel settore agricolo e alimentare » ha tra gli obiettivi, da raggiungere entro il 2026, quello di sviluppare una filiera agro-alimentare sostenibile, migliorando le prestazioni ambientali e la competitività delle aziende agricole;

L'introduzione di tecniche di agricoltura di precisione e l'utilizzo di tecnologie, sono elementi imprescindibili per la riduzione delle emissioni e la sostenibilità ambientale e sono in grado di aiutare gli agricoltori a trasformare più rapidamente i loro metodi di produzione. La digitalizzazione del comparto agricolo, pertanto, gioca un ruolo fondamentale per ottenere migliori risultati ambientali, aumentare la resilienza climatica e ottimizzare i processi produttivi;

L'innovazione digitale può contribuire a migliorare la competitività del settore agroalimentare italiano, garantendo maggiore qualità, trasparenza, tracciabilità oltre all'ottimizzazione dei processi di produzione, coltivazione e allevamento. L'automazione permette di difendere la qualità delle produzioni, abbattendo i costi di gestione, monitorando l'intero ciclo di produzione e scegliendo il momento migliore per intervenire;

la trasformazione digitale delle aziende agricole attraverso la raccolta, la trasmissione e l'elaborazione dei dati avviene grazie a sensori interconnessi e agli algoritmi di intelligenza artificiale, supportando così l'attività degli agricoltori che, in questo modo, avrebbero informazioni sull'intero processo produttivo e sulla qualità dei prodotti. Queste tecnologie comportano così una maggiore produzione di cibo con minori sprechi;

il mercato italiano della *smart agriculture* coinvolge potenzialmente 1.200.000

aziende agricole e già nel 2020 valeva 540 milioni di euro, registrando una crescita del 20 per cento annuo dal 2019. Le sperimentazioni in ambito agricoltura 4.0 hanno dimostrato le ampie possibilità che questo settore può esprimere in termini di innovazione dei processi e tracciamento delle filiere, sebbene il tasso di crescita sia notevolmente rallentato rispetto all'incremento di valore del 270 per cento registrato nel 2018 e soltanto il 3-4 per cento dei campi risulta effettivamente coinvolto da processi di trasformazione digitale;

al fine di accelerare i processi di transizione ecologica e digitale delle imprese agricole, soprattutto di piccole e medie dimensioni e rilanciare i prodotti agricoli *Made in Italy*, accanto ai meccanismi di incentivo tramite credito d'imposta e super ammortamento dedicati all'acquisto di beni strumentali in conto capitale, è indispensabile prevedere uno strumento di incentivo alla domanda di servizi che integrino insieme alle componenti *hardware* e IoT, connettività, *software* e *cloud as a service*;

il 3 marzo 2015 il Governo ha approvato la Strategia italiana per la banda ultralarga, al fine di sviluppare sull'intero territorio nazionale una rete ultraveloce e creare un'infrastruttura di telecomunicazioni coerente con gli obiettivi dell'Agenda digitale europea, mediante la riduzione del divario infrastrutturale e di mercato esistente;

nell'ambito della Strategia richiamata, il Comitato Banda Ultra Larga (Cobul) ha sviluppato un piano di contributi alla connettività in favore di famiglie e imprese, il cosiddetto « Piano *voucher* connettività », che prevede l'erogazione di *voucher* da utilizzarsi per la fruizione di servizi di connessione a banda ultralarga;

il decreto 7 agosto 2020 del Ministero dello sviluppo economico, recante « piano *voucher* sulle famiglie a basso reddito », ha dato avvio alla cosiddetta « Fase I », con una dotazione di risorse pubbliche pari a 204 milioni di euro. Tale intervento consiste nell'erogazione alle fa-

miglie con Isee inferiore a 20.000 euro di un *voucher* del valore di 500 euro, da utilizzare per la fruizione di servizi di connettività a banda ultralarga, congiuntamente all'ottenimento di un dispositivo in comodato d'uso; la cosiddetta « Fase II » del Piano prevede, invece, l'estensione della misura alle imprese e alle famiglie con Isee fino a 50.000 euro e l'erogazione di *voucher* destinati esclusivamente all'acquisto di servizi di connettività. A differenza della precedente, l'intervento di prossima attuazione non ha, dunque, carattere sociale, ma è finalizzato alla trasformazione digitale del Paese mediante l'incentivo al ricorso alla rete in banda ultralarga;

le piccole e medie imprese rappresentano il cuore del tessuto economico e produttivo dell'Italia, ma scontano, tuttora, un divario in termini di competitività in quanto impossibilitate a usufruire al meglio di quei servizi digitali che rappresentano un vero e proprio abilitatore per la loro trasformazione e la crescita economica;

secondo l'indice Desi 2020 della Commissione europea, a fronte di un aumento nel nostro Paese del 6 per cento del tasso di diffusione delle reti fisse ad altissima capacità (Vhcn) tra il 2019 e il 2020, il livello di digitalizzazione delle piccole e medie imprese è rimasto invece invariato. Al netto dell'incremento dell'uso dei *social network*, il ricorso ai servizi *cloud* da parte delle imprese è infatti rimasto stabile (utilizzati dal 15 per cento) a fronte di una media dell'Unione europea del 18 per cento. Anche l'uso dei *big data* non ha visto miglioramenti nel raffronto con la relazione Desi del 2019 (stabile al 7 per cento) e, anzi, risulta in diminuzione rispetto al 9 per cento registrato nell'analisi del 2018 (media Unione europea del 12 per cento);

la missione 1, componente 2, investimento 3 del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr), recante interventi in materia di reti in banda ultralarga, prevede che, sulla base di un'approfondita

analisi del « Piano *Voucher* » attualmente in corso, si provveda ad « aggiornarlo e, se necessario, potenziarlo per massimizzare l'impatto del sussidio pubblico erogato »;

nel Regno Unito, abitazioni e imprese unicamente situate in aree rurali o particolarmente svantaggiate possono usufruire dei *voucher* per coprire i costi di installazione di connessione Gigabit, modello risultato vincente e di successo,

impegna il Governo:

a valutare l'opportunità di introdurre misure di sostegno finalizzate ad accelerare i processi di transizione ecologica e digitale delle imprese agricole, con specifico riferimento alle imprese dedite alla piccola produzione di origine locale, quali l'introduzione di un *voucher* destinato all'acquisto di servizi innovativi integrati per la *smart agriculture* al fine di poter incrementare la trasformazione digitale del settore agricolo migliorandone l'efficienza e la sostenibilità;

a valutare l'opportunità di adottare iniziative, anche di carattere normativo, volte a destinare quota parte delle risorse stanziare per la cosiddetta « Fase II » del « Piano *Voucher* », primariamente, al sostegno delle imprese, in linea con quanto previsto nel Pnrr e con l'obiettivo di favorire la loro trasformazione digitale.

9/2115-A/3. Mollicone.

La Camera,

premesso che;

il provvedimento in esame reca disposizioni in materia di valorizzazione e promozione delle piccole produzioni agro-alimentari di origine locale;

tra le Piccole Produzioni Locali (PPL) rientrano aziende alimentari con un ridotto circuito commerciale che realizzano prodotti alimentari tradizionali del territorio;

si definiscono eroici i vini prodotti da vigneti che sono presenti in zone im-

pervie per collocazione e pendenza nelle quali il microclima svolge un ruolo determinante nella loro definizione e nelle loro qualità organolettiche;

le caratteristiche della viticoltura eroica sono definite dal CERVIM, il Centro di Ricerca, Studi, Salvaguardia, Coordinamento e Valorizzazione per la Viticoltura Montana il quale determina le peculiarità che permettono alla produzione vinicola di essere definita eroica;

le caratteristiche definite dal CERVIM determinano in modo chiaro e preciso le peculiarità morfologiche che contraddistinguono i territori che ospitano i vitigni eroici i quali possono sorgere in aree con una pendenza del terreno superiore a 30 per cento, a un'altitudine superiore ai 500 metri sul livello del mare, su piccole isole o avvalendosi di terrazzamenti o gradoni;

al CERVIM sono associate le Regioni che presentano sul loro territorio una viticoltura di montagna, o in condi-

zioni assimilabili, quali Valle d'Aosta, Lombardia, Veneto, Galizia e Isole Canarie per la Spagna e Auvergne Rhône-Alpes per la Francia e vi aderiscono inoltre organismi regionali che rappresentano Liguria e Sicilia per l'Italia, Stiria per l'Austria, Banyuls-Collioure per la Francia, Mosella e Geisenheim per la Germania, Priorato per la Spagna;

le condizioni orografiche creano impedimenti alla meccanizzazione e all'estensione della coltura mantenendo un livello di produzione quantitativamente bassa e fortemente legata al lavoro manuale,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di prevedere tempestive iniziative normative finalizzate a sostenere e riconoscere le peculiarità della produzione vitivinicola rappresentata da cosiddetti « vini eroici ».

9/2115-A/4. Mantovani.

**MOZIONI LORENZIN, D'ARRANDO, PANIZZUT, BAGNASCO, NOJA, STUMPO ED ALTRI N. 1-00472 (NUOVA FORMULAZIONE), LORENZIN ED ALTRI N. 1-00472, PANIZZUT ED ALTRI N. 1-00495 E BELLUCCI ED ALTRI N. 1-00496 CONCERNENTI INIZIATIVE IN MATERIA DI SALUTE MENTALE**

**Mozioni**

La Camera,

premesso che:

l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) definisce la salute come « uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza di malattia »;

occorre tenere in considerazione, così come specificato in un messaggio del maggio 2020 del *World Economic Forum*, i bisogni dei bambini e degli adolescenti in ogni dibattito/decisione di adozione di misure restrittive secondo lo slogan « Non per noi, ma con noi »;

al momento si calcola che una persona su quattro nel mondo sia colpita da disturbi mentali e l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) indica come il disagio mentale rappresenti per i sistemi sanitari e sociosanitari una questione centrale. La depressione si attesta « tra le prime cause di disabilità a livello mondiale » e il suicidio, che colpisce 800 mila persone ogni anno, è la seconda causa di morte per i giovani di età compresa fra i 15 e i 29 anni;

nell'Unione europea i problemi di salute mentale colpiscono circa 84 milioni di persone (più di un cittadino su sei) e ogni anno vengono spesi a livello europeo 600 miliardi di euro, il 4 per cento del prodotto interno lordo, per le conseguenze

della cattiva salute mentale. Oggi, le patologie mentali costituiscono il gruppo nosologico più numeroso (secondo soltanto alle malattie neoplastiche) e corrispondono al 21 per cento del totale delle patologie con un carico economico che supera i 3 miliardi di euro l'anno;

i dati Eurostat affermano che i letti per le cure psichiatriche in Europa nel 2018 erano in media 73 ogni 100.000 abitanti (nel 2004 erano 79) con notevole differenza fra i Paesi al primo posto, Belgio (135 posti) e Germania (128) e il fanalino di coda, l'Italia, con solo 9 letti ogni 100.000 abitanti (dietro Cipro con 18, e l'Irlanda con 34). Questo genera un problema oggettivo nell'assistenza ai malati psichiatrici e nella tutela dei più giovani. L'Istat ha stimato 4.000 suicidi complessivi ogni anno nel nostro Paese, di questi, oltre il 5 per cento riguarda i giovani sotto i 24 anni;

secondo il Rapporto italiano sulla salute mentale del 2018, gli utenti psichiatrici assistiti dai servizi specialistici sono 837.027 e le prestazioni erogate dai servizi territoriali ammontano a 11.039.492, con una media di 14,2 prestazioni per utente. Le giornate di presenza presso strutture residenziali sono pari a 10.234.718 per 28.895 utenti, mentre gli accessi nelle strutture semiresidenziali sono pari a 1.478.244 per 26.544 persone. Per quanto riguarda le strutture residenziali psichiatriche attive pubbliche e private queste sono 1.965, mentre sono 881 quelle semi-

residenziali psichiatriche attive pubbliche e private. Infine, la dotazione complessiva del personale all'interno delle unità operative psichiatriche pubbliche è pari a 28.811 unità con un rapporto a livello nazionale tra infermieri e medici pari al 2,4 e tra medici e psicologi al 2.7;

un'indagine dell'Organizzazione internazionale del lavoro (Ilo) sul COVID-19 e sui giovani ha rilevato come un giovane su due (tra i 18 e i 29 anni) sia soggetto a depressione e ansia, e uno su sei probabilmente ne sia effettivamente colpito, così come prima della pandemia si stimava che un bambino su 6 in Italia potesse avere un problema di salute mentale o di disturbi e sofferenza psicologica e che la risposta alla domanda di assistenza fosse insufficiente;

è attualmente in vigore il Piano di azioni nazionale per la salute mentale (2013) e, durante i lavori del Tavolo tecnico sulla salute mentale, istituito con decreto ministeriale del 24 gennaio 2019 è stata presentata una prima stesura del *report* per il monitoraggio e la valutazione del Pansm, elaborato dal coordinamento della Commissione salute della Conferenza delle regioni;

negli ultimi anni, vi è stato un depotenziamento, sia in termini di risorse economiche, che di personale, e una riduzione del numero dei Dsm (Dipartimenti di salute mentale), nonché dei consultori famigliari, presenti a livello territoriale, a seguito di politiche di austerità e tagli lineari a programmi di razionalizzazione della spesa pubblica, portando all'estensione, talvolta spropositata, del bacino di utenza, creando vere e proprie impossibilità di governo, tradendo la dimensione della « piccola scala », uno dei principi fondativi della riforma del 1978 e del lavoro territoriale e sottraendo così opportunità di cura e di presa in carico della persona e della sua famiglia. Così come da più parti emerge la necessità di un potenziamento anche della rete d'urgenza e del post-acuzie;

i direttori di Dsm segnalano da tempo l'esigenza di un nuovo piano che

sappia far proprio il cambiamento dei bisogni in uno scenario complessivo mutato, dando una priorità all'intervento territoriale e puntando sulla necessità di definire percorsi di cura appropriati per patologie ad alta complessità o ad alta prevalenza (Pdta) che riducano disomogeneità e discrezionalità;

i centri di salute mentale (Csm), presenti percentualmente in numero adeguato in tutto il territorio nazionale (1 ogni 80-100.000 abitanti), non sono equamente distribuiti e sono aperti per fasce orarie ridotte (ad eccezione di alcune realtà regionali);

è necessario riequilibrare l'allocazione delle risorse, attualmente maggiormente destinate alla residenzialità, prevedendo un progressivo superamento delle strutture di istituzionalizzazione, spesso segreganti e stigmatizzanti, mediante servizi di salute mentale pienamente rispettosi della dignità della persona, incentivando una domiciliarità proattiva, mediante strumenti come il modello del « Budget di Salute », puntando anche su strategie di abitare supportato e sulla riallocazione delle risorse sugli interventi a maggiore specificità clinica e di conduzione territoriale: strategie attive per il *supported housing* e il *supported employment*;

per fare scelte *evidence based* è fondamentale la capacità di raccogliere ed elaborare dati ai fini della ricerca, così come per elaborare strategie di intervento;

è fondamentale il ruolo del Sistema informativo per la sanità mentale (Sism), in grado di fornire una base di dati incentrata sul paziente al fine di permettere l'analisi dei servizi assistenziali offerti, nonché di programmare l'erogazione dell'assistenza regionale e locale, e disegnare strategie nazionali;

i nuovi scenari esigono un potenziamento della ricerca di base e traslazionale così da potenziare l'accesso a terapie sempre più innovative;

le diverse indagini condotte sull'impatto psicologico della pandemia COVID-19 sulle famiglie in Italia promossa dall'Irccs Giannina Gaslini di Genova, e quelle relative al disagio ed alla sofferenza psicologica condotte dalla CNOP, così come riporta la letteratura scientifica, hanno fatto emergere che l'isolamento, l'assenza di attività scolastiche, ricreative, ludiche e sportive, sia una causa dell'aumento in bambini e bambine e negli adolescenti di disturbi come quelli del sonno, degli attacchi d'ansia, dell'irritabilità;

il recente rapporto dell'Istituto superiore di sanità sulla promozione della salute mentale e psicologica infantile in tempo di COVID-19 (Iss 2020) ha raccolto evidenze scientifiche dalle quali si evince l'esistenza di un rischio per la salute fisica e mentale e psicologica per alcune fasce di popolazione, tra cui bambini e adolescenti (non necessariamente affetti da pre-esistenti, difficoltà adattive), dovuti a fattori stressogeni, quali l'isolamento in ambiente domestico, la chiusura prolungata della scuola, la mancanza di contatti fisici tra pari;

sono sempre più numerosi i neuropsichiatri infantili che lanciano quotidianamente un grido di allarme sulle situazioni di emergenza « para-Covid » che stanno vivendo i pochi reparti di neuropsichiatria infantile esistenti in Italia e sull'incremento delle richieste di aiuto e di ricovero che ricevono per tentativi anti-conservativi di adolescenti in particolare di sesso femminile;

è ancora prematuro tracciare un quadro preciso delle reali conseguenze della pandemia sul benessere psicologico e mentale dei più piccoli e degli adolescenti ed è necessario prevedere accanto ad interventi finalizzati a porre fine alla pandemia da COVID-19 e alla tutela della salute pubblica anche interventi mirati a tutela della salute mentale;

per quanto riguarda gli effetti del COVID-19 recenti ricerche hanno dimostrato come in alcuni pazienti, anche dopo

essersi negativizzati, resista una sintomatologia prolungata e persistente nel tempo, caratterizzata, ad esempio, per quanto riguarda l'interessamento del cervello, da cefalea, astenia, nebbia cognitiva, difficoltà di attenzione e concentrazione. Si parla in questo caso di *long Covid*;

le persone con disabilità intellettiva e psichica, in particolare quelle con disturbo dello spettro autistico, hanno maggiormente subito dal punto di vista psicologico lo stress dovuto alle misure di contenimento e all'eventuale isolamento domiciliare o ospedalizzazione in caso di contagio;

l'Istituto superiore di sanità (Iss) ha dedicato uno specifico documento nel quale offre indicazioni, nell'ambito del contesto emergenziale COVID-19, per prevenire il disagio e per un appropriato sostegno, nei differenti contesti, delle persone nello spettro autistico e dei loro familiari;

i Progetti formativi personalizzati con *budget* educativi (Progetto Pfp), intendono favorire un « sistema di alleanza educativa scuola/famiglia/territorio », intervenendo per il miglioramento concreto delle condizioni di vita dei giovani, tenendo conto dei fattori di rischio di abbandono scolastico degli adolescenti o di regressione o stagnazione dello sviluppo psicosociale: situazioni familiari critiche, rischio di abbandono rilevato dal grado di presenza in classe, atteggiamenti provocatorio/oppositivi manifesti, isolamento, difficoltà di integrazione culturale e sociale, comportamenti manifesti di dipendenza patologica;

il *Budget* di Salute, strutturato sui bisogni della persona, si caratterizza come uno strumento flessibile, non legato ad un tipo particolare di servizio/intervento o ad uno specifico erogatore definito dall'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità quale « strumento di definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto

a restituire centralità alla persona, attraverso un progetto individuale globale»;

la pandemia ha fatto emergere l'esistenza di una fascia di popolazione con bisogni di sostegno, assistenza medico-psichiatrica e psicologica e la necessità di intercettare precocemente l'insorgenza di patologie/anche utilizzando gli strumenti di telemedicina/tenendo in considerazione le diverse tipologie di utenza e di servizi sul territorio, differenziando misure e interventi a seconda che si tratti di anziani, di minori o tossicodipendenti e contenendo il fenomeno degli abbandoni di percorsi terapeutici, educativi e riabilitativi;

è necessario procedere verso una salute mentale di comunità, attraverso servizi di prossimità, investendo nella sanità territoriale e mettendo sempre il paziente al centro al fine di poter dare una risposta rapida appropriata ed efficace alla complessità dei problemi connessi ai disagi psichici;

come sottolinea la Fondazione Brf, sottovalutare l'impatto del COVID-19 tra i più giovani, in una situazione già molto critica in termini di personale, servizi e organizzazione assistenziale per i problemi neuropsichiatrici dell'infanzia e adolescenza, rischia di trasformare un'emergenza sanitaria come quella che si sta vivendo in una crisi dei diritti delle bambine e dei bambini e delle ragazze e dei ragazzi, soprattutto in considerazione del fatto che, attualmente, in Italia, sono solo 92 i posti letto dedicati ai minori con psicopatologie acute nei reparti di neuropsichiatria infantile, non uniformemente distribuiti su tutto il territorio nazionale;

a seguito della legge n. 81 del 2014, che ha sancito finalmente la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari, la maggior parte dei pazienti autori di reato vengono inseriti nelle strutture residenziali psichiatriche (Srp) con provvedimenti di libertà vigilata che in molte regioni rappresentano oltre il 20 per cento dei pazienti che vivono nelle Srp. Questi aspetti non erano stati previsti nella programmazione sani-

taria e vengono finanziati con lo stesso *budget* dei pazienti non autori di reato, che non è stato adeguato alle nuove esigenze di fatto nella maggior parte dei Dsm italiani;

L'articolo 1 del decreto-legge n. 34 del 2020 (cosiddetto decreto Rilancio), al comma 4-*bis*, ha previsto la stipula di una Intesa in sede di Conferenza Stato-regioni, sulla base della quale vengono attribuiti al Ministero della salute incarichi di coordinamento per la sperimentazione, nel biennio 2020-2021, di: strutture di prossimità ispirate al principio della piena integrazione sociosanitaria per la promozione e la prevenzione della salute, nonché per la presa in carico e la riabilitazione delle categorie più fragili, in cui vengano coinvolte tutte le istituzioni presenti sul territorio, unitamente al volontariato locale ed a enti del terzo settore *no profit*: progetti (proposti dalle strutture di prossimità) con modalità di intervento che riducano le logiche di istituzionalizzazione, favoriscano la domiciliarità e consentano la valutazione dei risultati ottenuti anche attraverso il ricorso a strumenti innovativi quali il *budget* di salute, individuale e di continuità,

impegna il Governo:

- 1) a adottare iniziative per rimuovere qualsiasi forma di discriminazione, stigmatizzazione ed esclusione nei confronti delle persone con disagio, sofferenza psicologica e disturbo mentale promuovendo anche campagne volte a sensibilizzare e a divulgare la conoscenza del tema;
- 2) a predisporre, d'intesa con le regioni, un nuovo piano nazionale per la salute mentale per una strategia di intervento volta al rilancio dei servizi per la salute mentale e per il superamento e il riequilibrio delle diversità regionali;
- 3) a adottare iniziative per garantire, anche durante la pandemia da COVID-19, i livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, 12 gennaio 2017;

- 4) ad adottare iniziative, per quanto di competenza, volte a garantire pari opportunità di accesso a percorsi di psicoterapia alle persone con disagio mentale, emerso anche a seguito dell'emergenza pandemica;
- 5) a adottare iniziative, per quanto di competenza, per istituire nell'ambito del sistema sanitario nazionale, degli ambulatori per l'assistenza dei pazienti cosiddetti « *long covid* » ossia con una sintomatologia prolungata e persistente nel tempo, al fine di studiarne le caratteristiche e gli eventuali disturbi psicologici e neurologici che dovessero sorgere, offrendo loro un continuo sostegno psicologico e/o psichiatrico;
- 6) ad istituire un osservatorio sulla condizione della salute e del benessere psicologico dell'adulto, dell'adolescente e del minore a seguito degli interventi e delle misure prese per contrastare l'emergenza sanitaria in atto;
- 7) a adottare iniziative per garantire risorse adeguate ai dipartimenti di salute mentale e all'unità di offerta dei servizi sanitari a livello regionale sia delle aziende ospedaliere sia dei servizi distrettuali e delle unità di offerta, comprese quelle riabilitative e abilitative sociosanitarie e sociali, prevedendo l'incremento del finanziamento dedicato alla salute mentale oggi mediamente fermo al 3,5 per cento delle risorse pubbliche;
- 8) ad adottare iniziative, per quanto di competenza, per rafforzare la medicina territoriale e ospedaliera nell'ambito della salute mentale, neuropsichiatrica e della medicina preventiva, con particolare attenzione ai servizi dedicati alla fascia 14-25, a partire dagli ambulatori dei pediatri di famiglia, del medico di medicina generale e dei consultori prevedendo l'istituzione di un gruppo multidisciplinare di coordinamento centrale che possa orientare gli interventi, predisponendo progetti e programmi volti a soddisfare adeguatamente i bisogni della popolazione, inquadrandoli nelle diverse situazioni sia di elezione che di emergenza nell'ambito del territorio nazionale;
- 9) a sviluppare reti di connessioni e di servizi di sostegno con la scuola attraverso figure formate di psicologi e servizi sociali integrati in una rete funzionale con i singoli ambiti distrettuali, sostenendo la diffusione di linee di ascolto e di emergenza per giovani e adulti;
- 10) ad adottare iniziative per incrementare, pur mantenendo centralizzata l'attenzione sull'importanza della prevenzione del disagio psicologico nell'infanzia e adolescenza, in raccordo con le regioni, il numero di posti letto pubblici dedicati alla salute mentale ed alla neuropsichiatria infantile, al fine di potenziare le risposte verso i quadri acuti di natura neuropsichiatrica con la disponibilità adeguata di luoghi di ricovero specialistici e a sviluppare adeguati servizi territoriali che possano attuare un'efficace e prolungata presa in carico dopo la risoluzione dell'acuzie;
- 11) a promuovere, in raccordo con le regioni, la presenza di psicologi specialisti in psicologia del ciclo di vita e in psicologia clinica, nonché di psicoterapeuti, all'interno dei reparti di pediatria e neonatologia degli ospedali del Servizio sanitario nazionale, con l'obiettivo di tutelare il benessere psicologico dei degenti (bambini e adolescenti) e delle loro famiglie, con particolare riferimento alle condizioni di cronicità e/o di disagio psicosociale;
- 12) a adottare iniziative per implementare la telepsichiatria e la telepsicologia, così come prevista dall'Istituto superiore di sanità (Iss);
- 13) a adottare iniziative di competenza per aggiornare la piattaforma « Sism », promuovendo attività di ri-

- cerca su dati traslazionali, sul disagio psichico, ponendo particolare attenzione nell'immediato agli effetti della sintomatologia *post-Covid*, rendendo disponibili dati epidemiologici disaggregati per fasce di età associate ad ogni livello educativo (0-6 anni, 7-10 anni e 11-18 anni);
- 14) ad istituire un osservatorio permanente sul fenomeno suicidario che possa svolgere azione di prevenzione mediante lo studio di situazioni ambientali, particolari condizioni sociali, individuazione ed analisi dei rischi delle condotte autolesive e sostenere la diffusione di linee di ascolto per la prevenzione del suicidio e degli atti di autolesionismo;
- 15) ad adottare le iniziative di competenza affinché il *budget* di salute quale sintesi delle risorse economiche, professionali e umane necessarie diventi legge dello Stato nell'ottica di dare completa attuazione della cosiddetta riforma Basaglia;
- 16) a programmare il fabbisogno di personale nell'ambito della salute mentale per superare l'attuale carenza di psichiatri, psicologi, psicoterapeuti, assistenti sociali, tecnici della riabilitazione psichiatrica e infermieri ridefinendo gli *standard* quali-quantitativi del personale, quale risorsa fondamentale, dei diversi servizi afferenti ai DSM;
- 17) ad adottare iniziative per investire sull'innovazione farmacologica, riabilitativa e psicoterapeutica nell'ambito della salute mentale per garantire l'accesso alle cure più efficaci in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale;
- 18) ad attivare gli strumenti più idonei per favorire una ricerca di base e traslazionale nell'ambito della salute mentale;
- 19) a adottare iniziative per dare priorità all'intervento territoriale e alla necessità di definire percorsi di cura appropriati per patologie ad alta complessità e/o ad alta prevalenza (Pdta), che riducano disomogeneità e discrezionalità, riequilibrando l'allocatione delle risorse con un marcato contenimento della spesa dedicata alla residenzialità, verso strategie di *supported housing* e *supported employment*;
- 20) a adottare iniziative per potenziare i servizi per la salute mentale nelle carceri e coordinare i percorsi di cura dei pazienti autori di reato in accordo con le autorità giudiziarie;
- 21) a monitorare il pieno raggiungimento degli obiettivi definiti per le Rems dalla legge n. 81 del 2014 per garantire la piena dignità del paziente psichiatrico;
- 22) a adottare le iniziative di competenza volte ad incrementare e potenziare le strutture e la rete di intervento completa in tutti i vari livelli di assistenza per la diagnosi e cura dei disturbi del comportamento alimentare, al fine di garantire l'appropriatezza dell'assistenza con particolare riguardo alla presa in carico globale del paziente e dei suoi familiari in tutte le varie fasi del trattamento, al fine di offrire interventi integrati, coordinati e professionalmente qualificati;
- 23) a promuovere, per quanto di competenza, condizioni territoriali per un'integrazione tra le politiche sanitarie e sociosanitarie volte ad una reale presa in carico del paziente, favorendo la sinergia tra agenzie educative, terzo settore e realtà territoriali quali risorse importanti per una rete di inclusione e di aiuto;
- 24) ad adottare iniziative, per quanto di competenza, al fine di prevedere all'interno degli ambulatori dei pediatri di libera scelta e dei medici di medicina generale anche la figura dello psicologo di base, per favorire una rete sociosanitaria territoriale così da assicurare la diagnosi precoce e la conseguente presa in carico, adot-

tando anche un approccio biopsico-sociale, dei pazienti e delle famiglie in difficoltà;

- 25) a valutare la possibilità di adottare iniziative, nel rispetto dei vincoli di bilancio e delle competenze, per riconoscere, alle famiglie con figli minori di anni 18 a carico, un *voucher* destinato a favorire l'accesso ai servizi psicologici e psicoterapeutici alle fasce più vulnerabili della popolazione ed a riattivare il numero verde nazionale di supporto psicologico.

(1-00472) (*Nuova formulazione*) « Lorenzin, D'Arrando, Panizzut, Bagnasco, Noja, Stumpo, Siani, Carnevali, Serracchiani, Delrio, De Filippo, Lepri, Rizzo Nervo, Pini, Schirò, Avossa, Bazoli, Benamati, Berlinghieri, Boccia, Boldrini, Bonomo, Bordo, Enrico Borghi, Braga, Bruno Bossio, Buratti, Campana, Cantini, Carla Cantone, Cappellani, Carè, Ceccanti, Cenni, Ciampi, Critelli, Dal Moro, De Luca, De Maria, De Menech, De Micheli, Del Basso De Caro, Di Giorgi, Fassino, Fiano, Frangomeli, Frailis, Gariglio, Giorgis, Gribaudo, Gualtieri, Incerti, La Marca, Lacarra, Lattanzio, Losacco, Lotti, Madaia, Gavino Manca, Mancini, Mauri, Melilli, Miceli, Morani, Morassut, Morgoni, Mura, Nardi, Navarra, Nitti, Orfini, Pagani, Ubaldo Pagano, Pellicani, Pezzopane, Piccoli Nardelli, Pizzetti, Pollastrini, Prestipino, Quarta pelle Procopio, Raciti, Andrea Romano, Rossi, Rotta, Sani, Sensi, Soverini, Topo, Vazio, Verini, Viscomi. Zan, Zardini, Antonio Federico, Sportiello, Nappi, Misiti, Iannaro, Novelli, Versace, Bond, Brambilla ».

La Camera,

premessi che:

l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) definisce la salute come « uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza di malattia »;

occorre tenere in considerazione, così come specificato in un messaggio del maggio 2020 del *World Economic Forum*, i bisogni dei bambini e degli adolescenti in ogni dibattito/decisione di adozione di misure restrittive secondo lo slogan « Non per noi, ma con noi »;

al momento si calcola che una persona su quattro nel mondo sia colpita da disturbi mentali e l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) indica come il disagio mentale rappresenti per i sistemi sanitari e sociosanitari una questione centrale. La depressione si attesta « tra le prime cause di disabilità a livello mondiale » e il suicidio, che colpisce 800 mila persone ogni anno, è la seconda causa di morte per i giovani di età compresa fra i 15 e i 29 anni;

nell'Unione europea i problemi di salute mentale colpiscono circa 84 milioni di persone (più di un cittadino su sei) e ogni anno vengono spesi a livello europeo 600 miliardi di euro, il 4 per cento del prodotto interno lordo, per le conseguenze della cattiva salute mentale. Oggi, le patologie mentali costituiscono il gruppo nosologico più numeroso (secondo soltanto alle malattie neoplastiche) e corrispondono al 21 per cento del totale delle patologie con un carico economico che supera i 3 miliardi di euro l'anno;

i dati Eurostat affermano che i letti per le cure psichiatriche in Europa nel 2018 erano in media 73 ogni 100.000 abitanti (nel 2004 erano 79) con notevole differenza fra i Paesi al primo posto, Belgio (135 posti) e Germania (128) e il fanalino di coda, l'Italia, con solo 9 letti ogni 100.000 abitanti (dietro Cipro con 18, e l'Irlanda con 34). Questo genera un problema oggettivo nell'assistenza ai ma-

lati psichiatrici e nella tutela dei più giovani. L'Istat ha stimato 4.000 suicidi complessivi ogni anno nel nostro Paese, di questi, oltre il 5 per cento riguarda i giovani sotto i 24 anni;

secondo il Rapporto italiano sulla salute mentale del 2018, gli utenti psichiatrici assistiti dai servizi specialistici sono 837.027 e le prestazioni erogate dai servizi territoriali ammontano a 11.039.492, con una media di 14,2 prestazioni per utente. Le giornate di presenza presso strutture residenziali sono pari a 10.234.718 per 28.895 utenti, mentre gli accessi nelle strutture semiresidenziali sono pari a 1.478.244 per 26.544 persone. Per quanto riguarda le strutture residenziali psichiatriche attive pubbliche e private queste sono 1.965, mentre sono 881 quelle semiresidenziali psichiatriche attive pubbliche e private. Infine, la dotazione complessiva del personale all'interno delle unità operative psichiatriche pubbliche è pari a 28.811 unità con un rapporto a livello nazionale tra infermieri e medici pari al 2,4 e tra medici e psicologi al 2,7;

un'indagine dell'Organizzazione internazionale del lavoro (Ilo) sul COVID-19 e sui giovani ha rilevato come un giovane su due (tra i 18 e i 29 anni) sia soggetto a depressione e ansia, e uno su sei probabilmente ne sia effettivamente colpito, così come prima della pandemia si stimava che un bambino su 6 in Italia potesse avere un problema di salute mentale o di disturbi e sofferenza psicologica e che la risposta alla domanda di assistenza fosse insufficiente;

è attualmente in vigore il Piano di azioni nazionale per la salute mentale (2013) e, durante i lavori del Tavolo tecnico sulla salute mentale, istituito con decreto ministeriale del 24 gennaio 2019 è stata presentata una prima stesura del *report* per il monitoraggio e la valutazione del Pansm, elaborato dal coordinamento della Commissione salute della Conferenza delle regioni;

negli ultimi anni, vi è stato un depotenziamento, sia in termini di risorse

economiche, che di personale, e una riduzione del numero dei Dsm (Dipartimenti di salute mentale), nonché dei consultori famigliari, presenti a livello territoriale, a seguito di politiche di austerità e tagli lineari a programmi di razionalizzazione della spesa pubblica, portando all'estensione, talvolta spropositata, del bacino di utenza, creando vere e proprie impossibilità di governo, tradendo la dimensione della « piccola scala », uno dei principi fondativi della riforma del 1978 e del lavoro territoriale e sottraendo così opportunità di cura e di presa in carico della persona e della sua famiglia. Così come da più parti emerge la necessità di un potenziamento anche della rete d'urgenza e del post-acuzie;

i direttori di Dsm segnalano da tempo l'esigenza di un nuovo piano che sappia far proprio il cambiamento dei bisogni in uno scenario complessivo mutato, dando una priorità all'intervento territoriale e puntando sulla necessità di definire percorsi di cura appropriati per patologie ad alta complessità o ad alta prevalenza (Pdta) che riducano disomogeneità e discrezionalità;

i centri di salute mentale (Csm), presenti percentualmente in numero adeguato in tutto il territorio nazionale (1 ogni 80-100.000 abitanti), non sono equamente distribuiti e sono aperti per fasce orarie ridotte (ad eccezione di alcune realtà regionali);

è necessario riequilibrare l'allocazione delle risorse, attualmente maggiormente destinate alla residenzialità, prevedendo un progressivo superamento delle strutture di istituzionalizzazione, spesso segreganti e stigmatizzanti, mediante servizi di salute mentale pienamente rispettosi della dignità della persona, incentivando una domiciliarità proattiva, mediante strumenti come il modello del « Budget di Salute », puntando anche su strategie di abitare supportato e sulla riallocazione delle risorse sugli interventi a maggiore specificità clinica e di conduzione territoriale: strategie attive per il

*supported housing* e il *supported employment*;

per fare scelte *evidence based* è fondamentale la capacità di raccogliere ed elaborare dati ai fini della ricerca, così come per elaborare strategie di intervento;

è fondamentale il ruolo del Sistema informativo per la sanità mentale (Sism), in grado di fornire una base di dati incentrata sul paziente al fine di permettere l'analisi dei servizi assistenziali offerti, nonché di programmare l'erogazione dell'assistenza regionale e locale, e disegnare strategie nazionali;

i nuovi scenari esigono un potenziamento della ricerca di base e traslazionale così da potenziare l'accesso a terapie sempre più innovative;

le diverse indagini condotte sull'impatto psicologico della pandemia COVID-19 sulle famiglie in Italia promossa dall'Irccs Giannina Gaslini di Genova, e quelle relative al disagio ed alla sofferenza psicologica condotte dalla CNOP, così come riporta la letteratura scientifica, hanno fatto emergere che l'isolamento, l'assenza di attività scolastiche, ricreative, ludiche e sportive, sia una causa dell'aumento in bambini e bambine e negli adolescenti di disturbi come quelli del sonno, degli attacchi d'ansia, dell'irritabilità;

il recente rapporto dell'Istituto superiore di sanità sulla promozione della salute mentale e psicologica infantile in tempo di COVID-19 (Iss 2020) ha raccolto evidenze scientifiche dalle quali si evince l'esistenza di un rischio per la salute fisica e mentale e psicologica per alcune fasce di popolazione, tra cui bambini e adolescenti (non necessariamente affetti da pre-esistenti, difficoltà adattive), dovuti a fattori stressogeni, quali l'isolamento in ambiente domestico, la chiusura prolungata della scuola, la mancanza di contatti fisici tra pari;

sono sempre più numerosi i neuropsichiatri infantili che lanciano quotidianamente un grido di allarme sulle si-

tuazioni di emergenza « para-Covid » che stanno vivendo i pochi reparti di neuropsichiatria infantile esistenti in Italia e sull'incremento delle richieste di aiuto e di ricovero che ricevono per tentativi anti-conservativi di adolescenti in particolare di sesso femminile;

è ancora prematuro tracciare un quadro preciso delle reali conseguenze della pandemia sul benessere psicologico e mentale dei più piccoli e degli adolescenti ed è necessario prevedere accanto ad interventi finalizzati a porre fine alla pandemia da COVID-19 e alla tutela della salute pubblica anche interventi mirati a tutela della salute mentale;

per quanto riguarda gli effetti del COVID-19 recenti ricerche hanno dimostrato come in alcuni pazienti, anche dopo essersi negativizzati, resista una sintomatologia prolungata e persistente nel tempo, caratterizzata, ad esempio, per quanto riguarda l'interessamento del cervello, da cefalea, astenia, nebbia cognitiva, difficoltà di attenzione e concentrazione. Si parla in questo caso di *long Covid*;

le persone con disabilità intellettiva e psichica, in particolare quelle con disturbo dello spettro autistico, hanno maggiormente subito dal punto di vista psicologico lo stress dovuto alle misure di contenimento e all'eventuale isolamento domiciliare o ospedalizzazione in caso di contagio;

l'Istituto superiore di sanità (Iss) ha dedicato uno specifico documento nel quale offre indicazioni, nell'ambito del contesto emergenziale COVID-19, per prevenire il disagio e per un appropriato sostegno, nei differenti contesti, delle persone nello spettro autistico e dei loro familiari;

i Progetti formativi personalizzati con *budget* educativi (Progetto Pfp), intendono favorire un « sistema di alleanza educativa scuola/famiglia/territorio », intervenendo per il miglioramento concreto delle condizioni di vita dei giovani, tenendo conto dei fattori di rischio di ab-

bandono scolastico degli adolescenti o di regressione o stagnazione dello sviluppo psicosociale: situazioni familiari critiche, rischio di abbandono rilevato dal grado di presenza in classe, atteggiamenti provocatorio/oppositivi manifesti, isolamento, difficoltà di integrazione culturale e sociale, comportamenti manifesti di dipendenza patologica;

il *Budget* di Salute, strutturato sui bisogni della persona, si caratterizza come uno strumento flessibile, non legato ad un tipo particolare di servizio/intervento o ad uno specifico erogatore definito dall'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità quale « strumento di definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a restituire centralità alla persona, attraverso un progetto individuale globale »;

la pandemia ha fatto emergere l'esistenza di una fascia di popolazione con bisogni di sostegno, assistenza medico-psichiatrica e psicologica e la necessità di intercettare precocemente l'insorgenza di patologie/anche utilizzando gli strumenti di telemedicina/tenendo in considerazione le diverse tipologie di utenza e di servizi sul territorio, differenziando misure e interventi a seconda che si tratti di anziani, di minori o tossicodipendenti e contenendo il fenomeno degli abbandoni di percorsi terapeutici, educativi e riabilitativi;

è necessario procedere verso una salute mentale di comunità, attraverso servizi di prossimità, investendo nella sanità territoriale e mettendo sempre il paziente al centro al fine di poter dare una risposta rapida appropriata ed efficace alla complessità dei problemi connessi ai disagi psichici;

come sottolinea la Fondazione Brf, sottovalutare l'impatto del COVID-19 tra i più giovani, in una situazione già molto critica in termini di personale, servizi e organizzazione assistenziale per i problemi neuropsichiatrici dell'infanzia e adolescenza, rischia di trasformare un'emergenza sanitaria come quella che si sta

vivendo in una crisi dei diritti delle bambine e dei bambini e delle ragazze e dei ragazzi, soprattutto in considerazione del fatto che, attualmente, in Italia, sono solo 92 i posti letto dedicati ai minori con psicopatologie acute nei reparti di neuropsichiatria infantile, non uniformemente distribuiti su tutto il territorio nazionale;

a seguito della legge n. 81 del 2014, che ha sancito finalmente la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari, la maggior parte dei pazienti autori di reato vengono inseriti nelle strutture residenziali psichiatriche (Srp) con provvedimenti di libertà vigilata che in molte regioni rappresentano oltre il 20 per cento dei pazienti che vivono nelle Srp. Questi aspetti non erano stati previsti nella programmazione sanitaria e vengono finanziati con lo stesso *budget* dei pazienti non autori di reato, che non è stato adeguato alle nuove esigenze di fatto nella maggior parte dei Dsm italiani;

l'articolo 1 del decreto-legge n. 34 del 2020 (cosiddetto decreto Rilancio), al comma 4-*bis*, ha previsto la stipula di una Intesa in sede di Conferenza Stato-regioni, sulla base della quale vengono attribuiti al Ministero della salute incarichi di coordinamento per la sperimentazione, nel biennio 2020-2021, di: strutture di prossimità ispirate al principio della piena integrazione sociosanitaria per la promozione e la prevenzione della salute, nonché per la presa in carico e la riabilitazione delle categorie più fragili, in cui vengano coinvolte tutte le istituzioni presenti sul territorio, unitamente al volontariato locale ed a enti del terzo settore *no profit*: progetti (proposti dalle strutture di prossimità) con modalità di intervento che riducano le logiche di istituzionalizzazione, favoriscano la domiciliarità e consentano la valutazione dei risultati ottenuti anche attraverso il ricorso a strumenti innovativi quali il *budget* di salute, individuale e di continuità,

impegna il Governo:

- 1) a adottare iniziative per rimuovere qualsiasi forma di discriminazione,

- stigmatizzazione ed esclusione nei confronti delle persone con disagio, sofferenza psicologica e disturbo mentale promuovendo anche campagne volte a sensibilizzare e a divulgare la conoscenza del tema;
- 2) a predisporre, d'intesa con le regioni, un nuovo piano nazionale per la salute mentale per una strategia di intervento volta al rilancio dei servizi per la salute mentale e per il superamento e il riequilibrio delle diversità regionali;
  - 3) a adottare iniziative per garantire, anche durante la pandemia da COVID-19, i livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, 12 gennaio 2017;
  - 4) ad adottare iniziative, per quanto di competenza, volte a garantire pari opportunità di accesso a percorsi di psicoterapia alle persone con disagio mentale, emerso anche a seguito dell'emergenza pandemica;
  - 5) a adottare iniziative, per quanto di competenza, per istituire nell'ambito del sistema sanitario nazionale, degli ambulatori per l'assistenza dei pazienti cosiddetti « *long covid* » ossia con una sintomatologia prolungata e persistente nel tempo, al fine di studiarne le caratteristiche e gli eventuali disturbi psicologici e neurologici che dovessero sorgere, offrendo loro un continuo sostegno psicologico e/o psichiatrico, nel rispetto dei profili di competenza e dei vincoli di bilancio;
  - 6) ad istituire un osservatorio sulla condizione della salute e del benessere psicologico dell'adulto, dell'adolescente e del minore a seguito degli interventi e delle misure prese per contrastare l'emergenza sanitaria in atto;
  - 7) nel rispetto dei vincoli di bilancio, a adottare iniziative per garantire risorse adeguate ai dipartimenti di salute mentale e all'unità di offerta dei servizi sanitari a livello regionale sia delle aziende ospedaliere sia dei servizi distrettuali e delle unità di offerta, comprese quelle riabilitative e abilitative sociosanitarie e sociali, prevenendo l'incremento del finanziamento dedicato alla salute mentale oggi medialmente fermo al 3,5 per cento delle risorse pubbliche;
  - 8) ad adottare iniziative, per quanto di competenza, per rafforzare la medicina territoriale e ospedaliera nell'ambito della salute mentale, neuropsichiatria e della medicina preventiva, con particolare attenzione ai servizi dedicati alla fascia 14-25, a partire dagli ambulatori dei pediatri di famiglia, del medico di medicina generale e dei consultori prevedendo l'istituzione di un gruppo multidisciplinare di coordinamento centrale che possa orientare gli interventi, predisponendo progetti e programmi volti a soddisfare adeguatamente i bisogni della popolazione, inquadrandoli nelle diverse situazioni sia di elezione che di emergenza nell'ambito del territorio nazionale;
  - 9) a sviluppare reti di collaborazione e servizi di sostegno attraverso figure formate di psicologi e servizi sociali integrati in rete funzionale con i singoli ambiti distrettuali sanitari, per rispondere alle esigenze delle istituzioni scolastiche di accompagnamento e supporto in materia;
  - 10) a valutare l'opportunità, nel rispetto delle competenze regionali, di adottare iniziative per incrementare, pur mantenendo centralizzata l'attenzione sull'importanza della prevenzione del disagio psicologico nell'infanzia e adolescenza, in raccordo con le regioni, il numero di posti letto pubblici dedicati alla salute mentale ed alla neuropsichiatria infantile, al fine di potenziare le risposte verso i quadri acuti di natura neuropsichiatrica con la disponibilità adeguata di luoghi di ricovero specialistici, e sviluppare adeguati servizi territoriali che possano attuare un'efficace e prolungata presa in carico dopo la risoluzione dell'acuzie;

- 11) tenendo in considerazione le iniziative normative già avviate in materia, a promuovere, in raccordo con le regioni, la presenza di psicologi specialisti in psicologia del ciclo di vita e in psicologia clinica, nonché di psicoterapeuti, all'interno dei reparti di pediatria e neonatologia degli ospedali del Servizio sanitario nazionale, con l'obiettivo di tutelare il benessere psicologico dei degenti (bambini e adolescenti) e delle loro famiglie, con particolare riferimento alle condizioni di cronicità e/o di disagio psicosociale;
- 12) a adottare iniziative per implementare la telepsichiatria e la telepsicologia, così come prevista dall'Istituto superiore di sanità (Iss);
- 13) a valutare la possibilità di adottare iniziative di competenza per aggiornare la piattaforma « Sism », promuovendo attività di ricerca su dati traslazionali, sul disagio psichico, ponendo particolare attenzione nell'immediato agli effetti della sintomatologia *post-Covid*, rendendo disponibili dati epidemiologici disaggregati per fasce di età associate ad ogni livello educativo (0-6 anni, 7-10 anni e 11-18 anni);
- 14) ad istituire un osservatorio permanente sul fenomeno suicidario che possa svolgere azione di prevenzione mediante lo studio di situazioni ambientali, particolari condizioni sociali, individuazione ed analisi dei rischi delle condotte autolesive e sostenere la diffusione di linee di ascolto per la prevenzione del suicidio e degli atti di autolesionismo;
- 15) nel rispetto dei vincoli di bilancio, ad adottare le iniziative di competenza affinché il *budget* di salute quale sintesi delle risorse economiche, professionali e umane necessarie diventi legge dello Stato nell'ottica di dare completa attuazione della cosiddetta riforma Basaglia;
- 16) tenendo in considerazione le iniziative normative già avviate in materia, a programmare il fabbisogno di personale nell'ambito della salute mentale per superare l'attuale carenza di psichiatri, psicologi, psicoterapeuti, assistenti sociali, tecnici della riabilitazione psichiatrica e infermieri ridefinendo gli *standard* quali-quantitativi del personale, quale risorsa fondamentale, dei diversi servizi afferenti ai DSM;
- 17) per i profili di competenza, ad adottare iniziative per investire sull'innovazione farmacologica, riabilitativa e psicoterapeutica nell'ambito della salute mentale per garantire l'accesso alle cure più efficaci in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale;
- 18) ad attivare gli strumenti più idonei per favorire una ricerca di base e traslazionale nell'ambito della salute mentale;
- 19) per i profili di competenza, a adottare iniziative per dare priorità all'intervento territoriale e alla necessità di definire percorsi di cura appropriati per patologie ad alta complessità e/o ad alta prevalenza (Pdta), che riducano disomogeneità e discrezionalità, riequilibrando l'allocatione delle risorse con un marcato contenimento della spesa dedicata alla residenzialità, verso strategie di *supported housing* e *supported employment*;
- 20) a adottare iniziative per potenziare i servizi per la salute mentale nelle carceri e coordinare i percorsi di cura dei pazienti autori di reato in accordo con le autorità giudiziarie;
- 21) a monitorare il pieno raggiungimento degli obiettivi definiti per le Rems dalla legge n. 81 del 2014 per garantire la piena dignità del paziente psichiatrico;
- 22) a adottare le iniziative di competenza volte ad incrementare e potenziare le strutture e la rete di intervento completa in tutti i vari livelli di assistenza

- per la diagnosi e cura dei disturbi del comportamento alimentare, al fine di garantire l'appropriatezza dell'assistenza con particolare riguardo alla presa in carico globale del paziente e dei suoi familiari in tutte le varie fasi del trattamento, al fine di offrire interventi integrati, coordinati e professionalmente qualificati;
- 23) a promuovere, per quanto di competenza, condizioni territoriali per un'integrazione tra le politiche sanitarie e sociosanitarie volte ad una reale presa in carico del paziente, favorendo la sinergia tra agenzie educative, terzo settore e realtà territoriali quali risorse importanti per una rete di inclusione e di aiuto;
- 24) tenendo in considerazione le iniziative normative già avviate in materia, ad adottare iniziative, per quanto di competenza, al fine di prevedere all'interno degli ambulatori dei pediatri di libera scelta e dei medici di medicina generale anche la figura dello psicologo di base, per favorire una rete sociosanitaria territoriale così da assicurare la diagnosi precoce e la conseguente presa in carico, adottando anche un approccio biopsicosociale, dei pazienti e delle famiglie in difficoltà;
- 25) a valutare la possibilità di adottare iniziative, nel rispetto dei vincoli di bilancio e delle competenze, per riconoscere, alle famiglie con figli minori di anni 18 a carico, un *voucher* destinato a favorire l'accesso ai servizi psicologici e psicoterapeutici alle fasce più vulnerabili della popolazione ed a riattivare il numero verde nazionale di supporto psicologico.
- (1-00472) (Nuova formulazione) (Testo modificato nel corso della seduta)  
« Lorenzin, D'Arrando, Panizzut, Bagnasco, Noja, Stumpo, Siani, Carnevali, Serracchiani, Delrio, De Filippo, Lepri, Rizzo Nervo, Pini, Schirò, Avossa, Bazoli,

Benamati, Berlinghieri, Boccia, Boldrini, Bonomo, Bordo, Enrico Borghi, Braga, Bruno Bossio, Buratti, Campana, Cantini, Carla Cantone, Cappellani, Carè, Ceccanti, Cenni, Ciampi, Critelli, Dal Moro, De Luca, De Maria, De Menech, De Micheli, Del Basso De Caro, Di Giorgi, Fassino, Fiano, Fragomeli, Frailis, Gariglio, Giorgis, Grilbaudo, Gualtieri, Incerti, La Marca, Lacarra, Lattanzio, Losacco, Lotti, Madia, Gavino Manca, Mancini, Mauri, Melilli, Miceli, Morani, Morassut, Morgoni, Mura, Nardi, Navarra, Nitti, Orfini, Pagani, Ubaldo Pagano, Pellicani, Pezzopane, Piccoli Nardelli, Pizzetti, Pollastrini, Prestipino, Quartapelle Procopio, Raciti, Andrea Romano, Rossi, Rotta, Sani, Sensi, Soverini, Topo, Vazio, Verini, Viscomi. Zan, Zardini, Antonio Federico, Sportiello, Nappi, Misiti, Ianaro, Novelli, Versace, Bond, Brambilla ».

La Camera,

premesso che:

al momento si calcola che una persona su quattro nel mondo sia colpita da disturbi mentali e l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) indica come il disagio mentale rappresenti per i sistemi sanitari e sociosanitari una questione centrale. La depressione si attesta « tra le prime cause di disabilità a livello mondiale » e il suicidio, che colpisce 800 mila persone ogni anno, è la seconda causa di morte per i giovani di età compresa fra i 15 e i 29 anni;

nell'Unione europea i problemi di salute mentale colpiscono circa 84 milioni di persone (più di un cittadino su sei) e ogni anno vengono spesi a livello europeo

600 miliardi di euro, il 4 per cento del prodotto interno lordo, per le conseguenze della cattiva salute mentale. Oggi, le patologie mentali costituiscono il gruppo nosologico più numeroso (secondo soltanto alle malattie neoplastiche) e corrispondono al 21 per cento del totale delle patologie con un carico economico che supera i 3 miliardi di euro l'anno;

i dati Eurostat affermano che i letti per le cure psichiatriche in Europa nel 2018 erano in media 73 ogni 100.000 abitanti (nel 2004 erano 79) con notevole differenza fra i Paesi al primo posto, Belgio (135 posti) e Germania (128) e il fanalino di coda, l'Italia, con solo 9 letti ogni 100.000 abitanti (dietro Cipro con 18, e l'Irlanda con 34). Questo genera un problema oggettivo nell'assistenza ai malati psichiatrici e nella tutela dei più giovani. L'Istat ha stimato 4.000 suicidi complessivi ogni anno nel nostro Paese, di questi, oltre il 5 per cento riguarda i giovani sotto i 24 anni;

secondo il Rapporto italiano sulla salute mentale del 2018, gli utenti psichiatrici assistiti dai servizi specialistici sono 837.027 e le prestazioni erogate dai servizi territoriali ammontano a 11.039.492, con una media di 14,2 prestazioni per utente. Le giornate di presenza presso strutture residenziali sono pari a 10.234.718 per 28.895 utenti, mentre gli accessi nelle strutture semiresidenziali sono pari a 1.478.244 per 26.544 persone. Per quanto riguarda le strutture residenziali psichiatriche attive pubbliche e private queste sono 1.965, mentre sono 881 quelle semiresidenziali psichiatriche attive pubbliche e private. Infine, la dotazione complessiva del personale all'interno delle unità operative psichiatriche pubbliche è pari a 28.811 unità con un rapporto a livello nazionale tra infermieri e medici pari al 2,4 e tra medici e psicologi al 2,7;

alla « legge Basaglia » (legge n. 180 del 1978) sono susseguiti una serie di Progetti obiettivi e di Piani nazionali. Il Piano che oggi è in vigore è il Pansm (Piano di azioni nazionale per la salute

mentale, del 24 gennaio 2013) e i suoi tre documenti di approfondimento del 2014 (residenzialità per adulti, semi-residenzialità e residenzialità in età evolutiva, percorsi di cura per patologie ad alta complessità e/o ad alta prevalenza);

inoltre, durante i lavori del Tavolo tecnico sulla salute mentale, già istituito con decreto ministeriale 24 gennaio 2019, è stata presentata una prima stesura del report per il monitoraggio e la valutazione del Pansm elaborato dal coordinamento della Commissione salute della Conferenza delle regioni. Dalla ricognizione è emerso che gli obiettivi più implementati sono stati: i disturbi del comportamento alimentare, la classificazione delle residenze e semi-residenze per adulti, la classificazione delle residenze e semi-residenze per minori, l'autismo, il circuito penale;

a seguito della legge n. 81 del 2014 che sanciva finalmente la chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari la maggior parte dei pazienti autori di reato vengono inseriti nelle strutture residenziali psichiatriche (Srp) con provvedimenti di libertà vigilata che in molte regioni rappresentano oltre il 20 per cento dei pazienti che vivono nelle strutture residenziali psichiatriche. Questi aspetti non erano stati previsti nella programmazione sanitaria e vengono finanziati con lo stesso budget dei pazienti non autori di reato che non è stato adeguato alle nuove esigenze di fatto nella maggior parte dei dipartimenti di salute mentale italiani;

da tempo si coglie nel nostro Paese una diffusa e profonda preoccupazione per lo stato della rete dei servizi di salute mentale: i dipartimenti di salute mentale (Dsm) presenti nelle regioni vanno diminuendo di numero, in ragione di accorpamenti di più aree territoriali conseguenti a programmi di « razionalizzazione » e di contenimento delle risorse. Il confronto tra gli ultimi tre anni disponibili (2016, 2017 e 2018) mostra un decremento importante del personale dei dipartimenti di salute mentale e un'insufficiente investimento della maggior parte delle regioni

in quest'ambito. La rete dei servizi territoriali è stata depauperata di personale proprio nel momento in cui sono incrementate molto le richieste di interventi specialistici come nei disturbi del comportamento alimentare, nell'autismo ad alto funzionamento e per gli autori di reato la cui cura è stata attribuita alla sanità dalla legge n. 81 del 2014;

l'estensione talvolta spropositata del bacino di utenza (in alcune regioni fino a 2 milioni di abitanti) crea vere e proprie impossibilità di governo, tradendo la dimensione della « piccola scala », uno dei principi fondativi della riforma del 1978 e del lavoro territoriale e sottraendo così opportunità di cura e di presa in carico della persona e della sua famiglia;

i centri di salute mentale (Csm), presenti percentualmente in numero adeguato in tutto il territorio nazionale (1 ogni 80-100.000 abitanti), non sono equamente distribuiti, sono aperti per fasce orarie ridotte (ad eccezione di alcune realtà regionali); gli interventi di gestione della crisi, di presa in carico individuale, di sostegno alle famiglie e all'abitare, nonché di integrazione sociale finiscono per essere insufficienti;

i dipartimenti di salute mentale (Dsm) italiani devono fronteggiare cambiamenti di enorme portata psicopatologici, epidemiologici, sociali. I direttori dei dipartimenti di salute mentale segnalano da tempo l'esigenza di un nuovo piano che sappia far proprio il cambiamento dei bisogni in uno scenario complessivo mutato dando una priorità all'intervento territoriale e puntando sulla necessità di definire percorsi di cura appropriati per patologie ad alta complessità o ad alta prevalenza (Pdta) che riducano disomogeneità e discrezionalità;

si evince la necessità di riequilibrare l'allocazione delle risorse rispetto alla residenzialità puntando su strategie di abitare assistito e sulla riallocazione delle risorse sugli interventi a maggiore specificità clinica e di conduzione territoriale: strategie attive per il *supported housing* e

il *supported employment*. Infatti, una delle maggiori problematiche aperte, ancora oggi, nel campo della salute mentale è rappresentata dalla difficoltà che gli utenti, le famiglie e i servizi hanno nel portare avanti percorsi di inserimento lavorativo così come prevede la legge 12 marzo 1999, n. 68;

così come avviene per tutto il Servizio sanitario nazionale, anche nell'ambito della salute mentale si registra una forte criticità nella disponibilità dei dati frammentati. Per fare scelte *evidence based* è fondamentale la capacità di raccogliere ed elaborare dati ai fini della ricerca così come per elaborare strategie di intervento. Negli anni ha assunto un ruolo fondamentale il Sistema informatico per la salute mentale (Sism), in grado di fornire una base di dati incentrata sul paziente al fine di permettere l'analisi dei servizi assistenziali offerti, nonché di programmare l'erogazione dell'assistenza regionale e locale, e disegnare strategie nazionali. Il sistema ha una procedura di raccolta, aggiornamento e pubblicazione che va rivista per essere fruibile per gli operatori e supportare in tempo reale le politiche attive del decisore;

la situazione già di per sé critica è stalla a livello globale aggravata dal perdurare della pandemia in atto che secondo l'Oms ha interrotto o fermato i servizi fondamentali per la salute mentale nel 93 per cento dei Paesi del mondo, mentre la richiesta di supporto per la salute mentale è in aumento esponenziale;

in particolare, oggi, a causa della pandemia, il 99 per cento dei bambini e degli adolescenti del mondo sta sperimentando varie forme di limitazione della propria autonomia di movimento, compresa la sospensione della frequenza scolastica, e il 60 per cento vive in Paesi con *lockdown* parziale o totale. Varie ricerche dicono che gli alti livelli di stress e isolamento possono influenzare lo sviluppo psico-fisico di bambini e adolescenti, anche a lungo termine, pesando maggiormente su coloro che si trovano in situa-

zioni di povertà economica, sociale, educativa;

un'indagine dell'Organizzazione internazionale del lavoro (Ilo) sul COVID-19 e sui giovani ha rilevato come un giovane su due (tra i 18 e i 29 anni) sia soggetto a depressione e ansia, e uno su sei probabilmente ne sia effettivamente colpito, così come prima della pandemia si stimava che un bambino su 6 in Italia potesse avere un problema di salute mentale o di disturbi e sofferenza psicologica e che la risposta alla domanda di assistenza fosse insufficiente;

inoltre, per quanto riguarda i minori, dall'indagine sull'impatto psicologico della pandemia COVID-19 nelle famiglie in Italia promossa dall'Irccs Giannina Gaslini di Genova e pubblicata a giugno 2020 e da numerosi altri istituti di ricerca, anche internazionali, comprese le ricerche del Cnop relative al disagio ed alla sofferenza psicologica, è emerso che durante l'isolamento a casa per l'emergenza da Coronavirus i disturbi del sonno, gli attacchi d'ansia, l'aumento dell'irritabilità sono i sintomi più frequenti di cui hanno sofferto le bambine, i bambini e gli adolescenti nel nostro Paese. Anche il recente rapporto dell'Istituto superiore di sanità sulla promozione della salute mentale e psicologica infantile in tempo di COVID-19 (ISS, 2020) ha raccolto le evidenze scientifiche sul tema, all'epoca disponibili, dalle quali si evince l'esistenza di un rischio per la salute fisica e mentale e psicologica per alcune fasce di popolazione, tra cui bambini e adolescenti (non necessariamente affetti da pre-esistenti difficoltà adattive), dovuti a fattori stressogeni, quali l'isolamento in ambiente domestico, la chiusura prolungata della scuola, la mancanza di contatti fisici tra pari;

l'assenza di attività scolastiche, ricreative, ludiche e sportive ha costretto alla permanenza forzata in casa di migliaia di ragazzi e ragazze, con ripercussioni ancora difficilmente quantificabili. A ciò si è aggiunta la riduzione e il continuo depauperamento dei consultori familiari e

dei professionisti abilitati a garantire l'erogazione delle prestazioni alla donna, alle famiglie, ai minori così come previsto dai livelli essenziali di assistenza (Lea), di attività ambulatoriali e di consulenza dedicate ai minori con malattie croniche o con malattie acute non-COVID-19;

sono sempre più numerosi i neuropsichiatri infantili che lanciano quotidianamente un grido di allarme sulle situazioni di emergenza « para-Covid » che stanno vivendo i pochi reparti di neuropsichiatria infantile esistenti in Italia e sull'incremento delle richieste di aiuto e di ricovero che ricevono per tentativi anti-conservativi di adolescenti in particolare di sesso femminile;

sebbene sia ancora prematuro tracciare un quadro preciso delle reali conseguenze della pandemia sul benessere psicologico e mentale dei più piccoli e degli adolescenti, è ormai evidente che è necessario prevedere accanto ad interventi finalizzati a porre fine alla pandemia da COVID-19 e alla tutela della salute pubblica anche interventi mirati a tutela della salute mentale dei nostri giovani e giovanissimi, elemento questo imprescindibile nell'ottica di poter gestire efficacemente la situazione di emergenza;

attualmente in Italia sono solo 92 i posti letto dedicati ai minori con psicopatologie acute nei reparti di neuropsichiatria infantile, oltretutto non uniformemente distribuiti su tutto il territorio visto che ci sono regioni che non dispongono di alcun posto letto per acuti. Ciò ha comportato per tale mancanza, che in questo periodo, i pazienti adolescenti affetti da disturbi psichiatrici vengano ricoverati nei reparti di pediatria, in una sorta di accoglienza e di sostegno ma non sempre con un reale progetto di cura e di presa in carico; in alcuni casi estimi, sono ricoverati nei reparti psichiatrici di diagnosi e cura dedicata ai pazienti adulti (Spdc), in quanto, non essendoci posti dedicati, il ricovero negli Spdc è l'unica soluzione percorribile per problemi comportamentali degli adolescenti in quelle situazioni di

esplosione comportamentale determinate dal sommarsi del disturbo psichico con l'abuso di sostanze o alcol che si osserva in adolescenti accompagnati nei pronto soccorso. Situazione non adeguata alle esigenze tipiche di un paziente minore;

la Fondazione Brf, che si occupa di ricerca scientifica in psichiatria e neuroscienze sottolinea come sottovalutare l'impatto del COVID-19 tra i più giovani, in una situazione già molto critica in termini di personale, servizi e organizzazione assistenziale per i problemi neuropsichiatrici dell'infanzia e adolescenza, rischia di trasformare un'emergenza sanitaria come quella che stiamo vivendo in una crisi dei diritti delle bambine e dei bambini e delle ragazze e dei ragazzi;

è necessario, senza perdere ulteriore tempo, definire interventi capaci di mitigare il più possibile tutti gli effetti negativi fin qui riscontrati e quelli, ad oggi, solo ipotizzabili;

ovviamente, la situazione di allarme e di paura legata al COVID-19 ha coinvolto non solo i minori ma un'ampia fascia di popolazione, che si è trovata in una condizione mai conosciuta prima;

come riportato anche dalla letteratura scientifica, durante gli eventi epidemici vi è un elevato rischio di sviluppare disturbi d'ansia, depressione, comportamenti auto ed etero-aggressivi. In queste situazioni sale la frequenza con cui si verificano abuso di alcool e sostanze, episodi di violenza domestica e di abuso sui minori;

aumentano inoltre, vari fattori di rischio psicosociale come stress da indigenza economica, disoccupazione, lutto, perdita del ruolo e del lavoro, rottura delle relazioni;

le stesse attività messe necessariamente in atto per contrastare la pandemia — *lockdown*, quarantena, coprifuoco — finiscono poi per avere un impatto a volte devastante su alcuni bisogni fondamentali delle persone come l'autonomia decisionale, la produttività economica, la mobilità

spaziale, il senso di sicurezza fisica, la libertà di contatto con i familiari e può comportare gravi ripercussioni sull'equilibrio psichico ed emotivo;

la pandemia ha dimostrato chiaramente l'esistenza di un ventaglio di popolazione in cui la necessità di ricevere sostegno e assistenza medico-psichiatrica e psicologica sia fondamentale per il ritorno alla vita normale, così come c'è la necessità di intercettare precocemente l'insorgenza di patologie anche utilizzando gli strumenti di telemedicina che si sono rivelati assai efficaci nell'integrare e supportare i servizi tradizionali. È necessario indirizzarsi verso una salute mentale di comunità, attraverso servizi di prossimità, investendo nella sanità territoriale e mettendo sempre il paziente al centro al fine di poter dare una risposta rapida appropriata ed efficace alla complessità dei problemi connessi ai disagi psichici;

per quanto riguarda gli effetti del COVID-19 recenti ricerche hanno dimostrato come in alcuni pazienti, anche dopo essersi negativizzati, resista una sintomatologia prolungata, e persistente nel tempo, caratterizzata, ad esempio, per quanto riguarda l'interessamento del cervello, da cefalea, astenia, nebbia cognitiva, difficoltà di attenzione e concentrazione. Si parla in questo caso di *long Covid*;

diventa, quindi, urgente la promozione di un programma di tutela della salute mentale della popolazione sottoposta a misure drastiche di contrasto all'infezione da Sars-CoV-2 che abbia le caratteristiche proprie di un programma di promozione di salute pubblica, non limitato perciò a interventi settoriali di « assistenza psichiatrica »;

un siffatto programma può avere attuazione a partire da un rilancio dei dipartimenti di salute mentale (Dsm) del Servizio sanitario nazionale (Ssn), in concerto e sinergia con le politiche dei dipartimenti di prevenzione e le politiche sociali degli enti locali e delle associazioni di volontariato, nonché attraverso un rilancio di progetti di ricerca;

la pandemia deve essere l'occasione per una revisione ed ammodernamento di un grande patrimonio collettivo che il Servizio sanitario nazionale, della sua capacità – culturale, scientifica ed operativa – di occuparsi della salute delle persone e della collettività, e di farlo con logiche di sistema, approcci integrati, proattivi e di promozione delle risorse, coniugando il rispetto per le persone con l'efficacia e l'efficienza anche economica delle scelte,

impegna il Governo:

- 1) ad adottare iniziative per rimuovere qualsiasi forma di discriminazione, stigmatizzazione ed esclusione nei confronti delle persone con disagio, sofferenza psicologica e disturbo mentale, promuovendo anche campagne volte a sensibilizzare e a divulgare la conoscenza del tema;
- 2) a predisporre un nuovo piano nazionale per la salute mentale per una strategia di intervento volta al rilancio dei servizi per la salute mentale e per il superamento e il riequilibrio delle diversità regionali;
- 3) ad adottare iniziative per garantire, anche durante la pandemia da COVID-19, quale componente essenziale del diritto alla salute, i livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, 12 gennaio 2017, privilegiando percorsi di cura individuali in una prospettiva di presa in carico a livello preventivo e, quando necessario, terapeutico della persona nel complesso dei suoi bisogni, per una piena inclusione sociale secondo i principi della « *recovery* » e sulla base di un processo partecipato;
- 4) ad adottare iniziative, per quanto di competenza, per garantire nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie, le prestazioni, anche domiciliari, psicologiche e psicoterapeutiche necessarie ed appropriate;
- 5) ad adottare iniziative, per quanto di competenza, per assicurare fino a dieci sedute dallo psicologo ai giovani depressi per via della pandemia;
- 6) ad adottare iniziative, per quanto di competenza, per istituire nell'ambito del Sistema sanitario nazionale degli ambulatori per l'assistenza dei pazienti cosiddetti « *long covid* » ossia con una sintomatologia prolungata e persistente nel tempo, al fine di studiarne le caratteristiche e gli eventuali disturbi psicologici e neurologici che dovessero sorgere, offrendo loro un continuo sostegno psicologico e/o psichiatrico;
- 7) ad istituire un osservatorio sulla condizione della salute mentale e del benessere psicologico dell'adulto, dell'adolescente e del minore a seguito degli interventi e delle misure prese per contrastare l'emergenza sanitaria in atto;
- 8) a porre in essere scelte di indirizzo che mettano la salute fisica, psicologica e mentale dell'infanzia e dell'adolescenza al centro delle politiche socio-sanitarie del Paese e dei singoli territori, coinvolgendo i neuropsichiatri infantili, gli psichiatri, gli psicologi, i servizi educativi e quelli sodali (terzo settore), oltre che i pediatri favorendo la creazione, all'interno dei dipartimenti di salute mentale (Dsm), di servizi dedicati alla fascia 14-25;
- 9) ad adottare iniziative per finanziare in modo adeguato i programmi regionali che devono essere previsti nei piani programmatici a livello regionale e locale, potenziandone il finanziamento dedicato alla salute mentale oggi fermo al 3,5 per cento di media rispetto al 5 per cento previsto;

- 10) ad adottare iniziative, per quanto di competenza, per rafforzare l'organizzazione territoriale della salute mentale e quella della medicina preventiva, a partire dall'ambulatorio del pediatra di famiglia e del medico di medicina generale, al fine di individuare precocemente le criticità ed operare le scelte necessarie per effettuare la presa in carico dei pazienti e delle famiglie in difficoltà;
- 11) a sviluppare reti di connessioni e di servizi di sostegno con la scuola attraverso figure formate di psicologi e servizi sociali integrati in una rete funzionale con i singoli ambiti distrettuali;
- 12) ad adottare iniziative, per quanto di competenza, per riorientare i servizi sui bisogni di salute mentale dei giovani, servizi che oggi sono caratterizzati da un elevato livello di frammentazione nei metodi, nei luoghi e nelle modalità di interazione, il che spesso comporta anche la mancata richiesta di aiuto;
- 13) a sostenere la diffusione di linee di ascolto e di emergenza per giovani e adulti;
- 14) ad adottare iniziative per incrementare il numero di posti letto pubblici dedicati alla salute mentale ed alla neuropsichiatria infantile, al fine di potenziare le risposte verso i quadri acuti di natura neuropsichiatrica con la disponibilità adeguata di luoghi di ricovero specialistici e a sviluppare adeguati servizi territoriali che possano attuare un'efficace e prolungata presa in carico dopo la risoluzione dell'acuzie;
- 15) ad istituire un gruppo multidisciplinare di coordinamento centrale che possa orientare gli interventi di salute mentale, predisponendo progetti e programmi volti a soddisfare adeguatamente i bisogni della popolazione, inquadrandoli nelle diverse situazioni sia di elezione che di emergenza nell'ambito del territorio nazionale;
- 16) ad adottare iniziative per istituire la figura dello psicologo, all'interno dei reparti di pediatria e neonatologia degli ospedali del Servizio sanitario nazionale, con l'obiettivo di tutelare il benessere psicologico dei degenti (bambini e adolescenti) e delle loro famiglie, con particolare riferimento alle condizioni di cronicità e/o di disagio psico-sociale;
- 17) a tenere in considerazione, così come specificato in un messaggio del maggio 2020 del *World Economic Forum*, i bisogni dei bambini e degli adolescenti in ogni dibattito/decisione di adozione di misure restrittive secondo lo slogan « Non per noi, ma con noi »;
- 18) ad adottare iniziative per prevedere strutture di libero accesso riservate ai ragazzi e capaci di dare risposte riguardo la salute mentale e psicologica e di esercitare attività di ascolto rispetto alle problematiche dell'età adolescenziale;
- 19) ad adottare iniziative per implementare la telepsichiatria e la telepsicologia, così come prevista dall'Istituto superiore di sanità (Iss) al servizio di quella fascia di persone che, altrimenti, avrebbero difficoltà ad accedere ai servizi, al fine di sostenere con maggiore continuità il rapporto e il dialogo specialista-paziente soprattutto nelle zone ove è maggiore la carenza di figure professionali specialistiche;
- 20) ad adottare iniziative di competenza per aggiornare la piattaforma « SISM », promuovendo attività di ricerca su dati traslazionali, sul disagio psichico, ponendo particolare attenzione nell'immediato agli effetti della sintomatologia post-Covid;

- 21) ad istituire un osservatorio permanente sul fenomeno suicidario che possa svolgere azione di prevenzione mediante lo studio di situazioni ambientali, particolari condizioni sociali, individuazione ed analisi dei rischi delle condotte autolesive e sostenere la diffusione di linee di ascolto per la prevenzione del suicidio e degli atti di autolesionismo;
- 22) ad adottare iniziative affinché il *budget* di salute quale sintesi delle risorse economiche, professionali e umane necessarie diventi lo strumento centrale su cui sostenere il progetto terapeutico personalizzato per innescare un processo volto a ridare alla persona una propria autonomia sociale, lavorativa o di studio;
- 23) a promuovere, per quanto di competenza, condizioni territoriali per l'integrazione tra le politiche sanitarie e sociosanitarie volte ad una totale presa in carico del minore con il sostegno delle agenzie educative, prima fra tutte quella scolastica, valorizzando le esperienze e le relazioni con realtà quali il terzo settore;
- 24) a predisporre iniziative volte a sviluppare ed implementare la riabilitazione e la teleriabilitazione cognitiva-occupazionale ed il sostegno/intervento psicologico della persona affetta da grave cerebrolesione acquisita dovuta a trauma cranioencefalico o ad altre cause, tale da comportare disabilità anche grave, al fine di una presa in carico del paziente e della sua famiglia in un'ottica di continuità assistenziale anche a distanza;
- 25) a programmare adeguatamente con le università e le società scientifiche il fabbisogno di personale nell'ambito della salute mentale per superare l'attuale carenza di psichiatri, psicologi, psicoterapeuti, assistenti sociali, tecnici della riabilitazione psichiatrica e infermieri nei dipartimenti di salute mentale dei servizi sanitari regionali;
- 26) ad adottare iniziative per ridefinire gli standard quali-quantitativi del personale, quale risorsa fondamentale, dei diversi servizi afferenti ai dipartimenti di salute mentale;
- 27) ad adottare iniziative per investire sull'innovazione farmacologica, riabilitativa e psicoterapeutica nell'ambito della salute mentale per garantire l'accesso alle cure più efficaci in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale;
- 28) ad attivare gli strumenti più idonei per favorire una ricerca di base e traslazionale nell'ambito della salute mentale;
- 29) ad adottare iniziative per dare priorità all'intervento territoriale e alla necessità di definire percorsi di cura appropriati per patologie ad alta complessità e/o ad alta prevalenza (Pdta), che riducano disomogeneità e discrezionalità, riequilibrando l'allocatione delle risorse con un marcato contenimento della spesa dedicata alla residenzialità, verso strategie di *supported housing* e *supported employment*;
- 30) ad adottare iniziative per potenziare i servizi per la salute mentale nelle carceri e coordinare i percorsi di cura dei pazienti autori di reato in accordo con le autorità giudiziarie;
- 31) a monitorare il pieno raggiungimento degli obiettivi definiti per le residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza dalla legge n. 81 del 2014 per garantire la piena dignità del paziente psichiatrico;
- 32) a dare attuazione, da parte del Ministero della salute, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'arti-

colo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, a quanto disposto dall'articolo 29-ter del decreto-legge n. 104 del 2020, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 126 del 2010.

(1-00472) « Lorenzin, Siani, Carnevali, Seracchiani, Delrio, De Filippo, Lepri, Rizzo Nervo, Pini, Schirò, Avossa, Bazoli, Benamati, Berlinghieri, Boccia, Boldrini, Bonomo, Bordo, Enrico Borghi, Braga, Bruno Bossio, Buratti, Campana, Cantini, Carla Cantone, Cappellani, Carè, Ceccanti, Cenni, Ciampi, Critelli, Dal Moro, De Luca, De Maria, De Menech, De Micheli, Del Basso De Caro, Di Giorgi, Fassino, Fiano, Fragomeli, Frailis, Gariglio, Giorgis, Gribaudo, Gualtieri, Incerti, La Marca, Lacarra, Lattanzio, Losacco, Lotti, Madia, Gavino Manca, Mancini, Mauri, Mellilli, Miceli, Morani, Morassut, Morgoni, Mura, Nardi, Navarra, Nitti, Orfini, Pagani, Ubaldo Pagano, Pellicani, Pezzopane, Piccoli Nardelli, Pizzetti, Pollastrini, Prestipino, Quartapelle Procopio, Raciti, Andrea Romano, Rossi, Rotta, Sani, Sensi, Soverini, Topo, Vazio, Verini, Viscomi, Zan, Zardini ».

La Camera,

premesso che:

i disturbi mentali, in costante aumento negli ultimi anni, costituiscono una questione di sanità pubblica di primaria rilevanza, la cui gestione risulta imprescindibile per assicurare il benessere collettivo e per lo sviluppo sociale ed economico della comunità;

secondo le stime dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), i di-

sturbi mentali affliggono un miliardo di persone a livello globale e, nei casi più gravi, oltre ad incidere negativamente sulla qualità della vita, determinano la morte dei pazienti con un anticipo di circa 10-20 anni rispetto alla media della popolazione generale;

nel contesto europeo, i disturbi mentali colpiscono circa 84 milioni di persone, producendo un impatto economico enorme in termini di perdita di produttività (costi indiretti) e spesa sanitaria (costi diretti), per un ammontare complessivo nell'ordine dei 600 miliardi di euro annui, pari al 4 per cento del prodotto interno lordo europeo (dati Ocse). È probabile, peraltro, che i numeri sopra citati sottostimino l'effettiva dimensione del problema a cagione della mancata inclusione di talune patologie e gruppi di pazienti nell'ambito delle revisioni che vengono normalmente condotte;

anche a livello nazionale, i rapporti sulla salute mentale 2018, alimentati dal Sistema informativo « Sism », confermano la medesima tendenza, con 617.326 accessi alle strutture di pronto soccorso per patologie psichiatriche, contro i 592.226 dell'anno passato (+25 mila accessi), e una spesa convenzionata per antidepressivi di 372 milioni di euro (+22 milioni di euro in un anno);

tra i disturbi che registrano la maggiore diffusione vi è certamente la depressione che, nelle sue varie forme, colpisce circa 2,8 milioni di persone, pari al 5,6 per cento della popolazione di età superiore ai 15 anni (Istituto nazionale di statistica – *European Health Interview Survey – Ehis*);

gli stessi dati mostrano significative differenze di genere a sfavore delle donne nelle quali i disturbi depressivi si registrano e richiedono l'intervento dei servizi specialistici in percentuali circa doppie rispetto a quelle che interessano gli uomini;

il quadro sopra delineato, già di per sé preoccupante, è stato aggravato nell'ultimo anno dall'insorgenza della pandemia da Covid-19;

l'applicazione delle misure di contenimento, il prolungato isolamento, la paura del contagio, l'interruzione dei rapporti interpersonali, la sospensione delle attività scolastiche, sportive e ricreative, ma anche la crisi economica e occupazionale hanno agito alla stregua di moltiplicatori del malessere psichico, provocando una « sindemia di proporzioni senza precedenti », le cui conseguenze si ripercuoteranno inevitabilmente sulla popolazione nei prossimi anni (così Claudio Mencacci, co-Presidente della Società italiana di neuropsicofarmacologia, direttore del Dipartimento di neuroscienze e salute mentale Asst Fatebenefratelli – Sacco di Milano);

sebbene le cause dei disturbi mentali non siano ancora ben conosciute, infatti, è risaputo che la maggior parte di essi derivi dall'interazione di più elementi che comprendono, oltre alla vulnerabilità biologica e alla genetica, anche fattori ambientali e sociali, sui quali la pandemia da Covid-19 ha inciso profondamente;

si stima così che saranno almeno 150 mila i nuovi casi di depressione dovuti, ad esempio, alla crisi economica generata dalla pandemia;

analoghe rilevazioni riguardano, purtroppo, i disturbi dell'alimentazione e della nutrizione, come l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa, la cui incidenza è cresciuta del 30 per cento nel periodo febbraio 2020-febbraio 2021 (cfr. i dati diffusi, al riguardo, dall'Associazione italiana di dietetica e nutrizione clinica);

sono allarmanti anche gli effetti che la pandemia da Covid-19 e le correlate misure di contenimento hanno avuto e potranno avere a lungo termine sulla salute fisica e mentale dei bambini e degli adolescenti;

il Rapporto dell'Istituto superiore di sanità sulla promozione della salute mentale infantile in tempo di Covid-19 ha confermato l'esistenza di un rischio per le fasce più giovani della società, le cui manifestazioni possono comprendere sintomi somatici, rabbia, aggressività, ma an-

che un aggravamento del fenomeno delle dipendenze, l'insorgenza di disturbi psichiatrici, suicidalità e altri disturbi del pensiero;

nel quadro sopra delineato, è evidente che da qui ai prossimi anni si assisterà a un ulteriore aumento della pressione sulla rete nazionale dei servizi di salute mentale, articolata – nei suoi vari *setting* – in dipartimenti di salute mentale (Dsm), centri di salute mentale (Csm), centri diurni, servizi residenziali (residenze terapeutiche riabilitative e socio-riabilitative) e servizi ospedalieri (servizi psichiatrici di diagnosi e cura, Spdc);

gli ultimi rapporti disponibili, peraltro, dimostrano che i predetti servizi e strutture, che svolgono un ruolo essenziale per la tutela della salute mentale, si trovano in una situazione di grave sofferenza a causa dei tagli alla spesa sanitaria che sono stati perpetrati, negli ultimi anni, in maniera lineare e generalizzata;

in occasione della giornata mondiale per la salute mentale, in particolare, è stato evidenziato come l'Italia risulti fanalino di coda dell'Unione europea per posti letto dedicati alle cure psichiatriche, con appena 9 posti letto per 100 mila abitanti, a fronte di una media europea otto volte superiore, pari a 73 posti letto ospedalieri ogni 100 mila abitanti. Germania e Belgio, all'altra estremità della scala, registrano un dato quindici volte superiore a quello italiano, potendo contare rispettivamente su 128 e 135 posti letto ogni 100.000 abitanti (dati Eurostat, 2018);

la crisi del comparto è evidente anche dal punto di vista del personale in servizio presso le unità operative psichiatriche pubbliche, il cui numero nell'anno 2018 (26.216 unità di personale, ultimo dato disponibile) è decresciuto di oltre 2.000 unità rispetto a quello, già insufficiente, dell'anno 2017;

le situazioni di difficoltà interessano allo stesso modo i servizi di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza (Npia), come dimostrano gli appelli che

vengono lanciati — ormai periodicamente — da esperti e neuropsichiatri infantili;

allo stato attuale, infatti, il Paese dispone solamente di 92 posti letto dedicati ai minori con psicopatologie acute, la cui saturazione comporta frequentemente il ricovero improprio di tali pazienti in altri reparti di pediatria ovvero nelle strutture dedicate agli adulti;

le cause di questa situazione emergenziale vanno rintracciate negli errori di programmazione che sono stati commessi negli ultimi anni a livello nazionale, nella quantificazione, insufficiente, dei fabbisogni di personale, nel mancato potenziamento della rete territoriale e nel processo di sedicente riorganizzazione della rete ospedaliera, la quale è stata destrutturata, più che riorganizzata, come ha riconosciuto lo stesso Ministro della salute durante la risposta a un'interrogazione a risposta immediata presentata recentemente dal Gruppo Lega;

è chiara, pertanto, la necessità di porre fine alla stagione dei tagli e dell'austerità che hanno contraddistinto le politiche sanitarie degli ultimi anni e di adottare urgentemente iniziative strutturali, in grado di adeguare l'offerta del Servizio sanitario nazionale agli aumentati fabbisogni assistenziali, anche con riferimento alla rete dei servizi per la salute mentale,

impegna il Governo:

- 1) a predisporre, d'intesa con le regioni, un nuovo piano nazionale per la salute mentale, che evidenzia gli interventi necessari al superamento delle criticità esposte in premessa, garantendo il coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti e, tra questi, dei medici specialisti, degli psichiatri, dei neuropsichiatri, degli psicologi, dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, delle società scientifiche, delle famiglie e delle associazioni di volontariato;
- 2) a promuovere, per quanto di competenza, lo sviluppo dei centri e servizi territoriali di salute mentale, garantendo la prossimità delle cure, l'approccio multidisciplinare, l'accesso diretto alle prestazioni psicologiche e psicoterapeutiche, l'implementazione della telepsichiatria e della telepsicologia, il sostegno alle famiglie dei pazienti e l'integrazione tra i diversi livelli di trattamento;
- 3) ad adottare iniziative di competenza per incrementare il numero dei posti letto ospedalieri per cure psichiatriche e neuropsichiatria infantile, indispensabili per il trattamento dei pazienti in fase acuta, tenuto conto — tra l'altro — dei dati Eurostat che vedono l'Italia fanalino di coda dell'Unione europea sotto questo indicatore;
- 4) ad adottare iniziative per conferire carattere strutturale alle politiche di sostegno ai servizi di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza (Npia), sulle quali si è intervenuti, di recente, anche con decretazione d'urgenza, favorendo la costituzione al loro interno di *équipe* professionali multidisciplinari in grado di realizzare una presa in carico globale e individualizzata dei pazienti minori;
- 5) ad adottare iniziative per sviluppare reti di connessioni con le scuole attraverso figure formate di psicologi e servizi sociali integrati in una rete funzionale con i singoli ambiti distrettuali;
- 6) ad adottare iniziative per ammodernare e ampliare il sistema informativo « Sism », al fine di realizzare un adeguato monitoraggio della salute mentale, assicurando la disponibilità di dati e rapporti aggiornati sulla base dei quali orientare e calibrare tempestivamente le strategie di potenziamento dell'offerta sanitaria;
- 7) a promuovere campagne di sensibilizzazione della popolazione, al fine di combattere lo stigma verso le malattie

mentali, rimuovere ogni forma di discriminazione nei riguardi delle persone che ne soffrono e aumentare il livello di consapevolezza e corretta informazione della collettività;

- 8) a promuovere, per quanto di competenza, il rafforzamento della prevenzione dei disturbi psichici, con il coinvolgimento dei medici di famiglia e dei pediatri di libera scelta, assicurando la diagnosi precoce e la riduzione dell'intervallo temporale che separa l'esordio dei sintomi dall'inizio del trattamento;
  - 9) ad adottare le iniziative di competenza per superare la cronica carenza di personale che si registra presso la rete dei servizi per la salute mentale, assicurando un'adeguata programmazione del fabbisogno di psichiatri, psicologi, psicoterapeuti, assistenti sociali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, infermieri e altri professionisti sanitari, di concerto con le regioni, le università e i Dipartimenti di salute mentale (Dsm);
  - 10) ad adottare iniziative per sostenere la ricerca scientifica sulle patologie in esame, investendo sull'innovazione farmacologica, riabilitativa e psicoterapeutica;
  - 11) ad assumere iniziative per assicurare l'accesso alle cure e ai trattamenti necessari e appropriati, anche innovativi, in condizioni di uniformità su tutto il territorio nazionale.
- (1-00495) « Panizzut, Molinari, Boldi, De Martini, Foscolo, Lazzarini, Paolin, Sutto, Tiramani, Zanella ».

La Camera,

premesso che:

sin dal 1948, l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ha proposto

una definizione di « salute » come « uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non semplicemente assenza di malattia o infermità »;

in particolare, l'Oms considera la salute mentale una componente essenziale della salute in generale, e la definisce come « uno stato di benessere nel quale una persona può realizzarsi, superare le tensioni della vita quotidiana, svolgere un lavoro produttivo e contribuire alla vita della propria comunità »;

sempre secondo l'Oms, in Italia 17 milioni di persone soffrono di disturbi mentali. Sono sia uomini che donne, soprattutto sopra i 45 anni: l'età più critica, infatti, è proprio quella che va dai 45 ai 54 anni, con una percentuale di accessi ai servizi di psichiatria che copre solo il 25 per cento del totale. E si stima che tra 10 anni le malattie mentali supereranno quelle cardiovascolari per incidenza nella popolazione generale, con particolare riguardo ai disturbi d'ansia e alla depressione;

secondo il progetto Atlas 2017 dell'Organizzazione mondiale della sanità, l'Italia dispone di 5,98 psichiatri e 3,8 psicologi ogni 100 mila abitanti, a fronte di 830 mila utenti con difficoltà di tipo psichiatrico. Secondo i dati del Ministero della salute, in Italia c'è uno psicologo ogni 12.000 abitanti, mentre nei Paesi G7 il rapporto è di uno psicologo ogni 2.500 abitanti. Il sistema di cura della sanità mentale raggiunge un *deficit* del personale necessario che varia dal 25 per cento al 75 per cento che potrebbe essere superato con l'apporto di circa 1.000 psichiatri, 1.500 psicologi e altrettanti assistenti sociali;

purtroppo, però, in Italia alla salute mentale è destinato il 3,5 per cento della spesa sanitaria complessiva rispetto l'8-15 per cento degli altri Paesi del G7, presentando anche ampie diseguaglianze sul territorio, se si pensa che si passa dall'8 per cento nelle province di Bolzano e Trento al 2 per cento di Campania, Marche e Basilicata;

l'ultimo Rapporto del sistema informativo per la salute mentale (Sism – dati relativi al 2018), pubblicato dal Ministero della salute, evidenzia che gli utenti con disturbi psichiatrici assistiti dai servizi specialistici nel corso del 2018 ammontano a 837.027 unità (mancano i dati della provincia autonoma di Bolzano) con tassi standardizzati che vanno da 96,7 per 10.000 abitanti adulti in Sardegna fino a 227,2 nella regione Calabria (valore totale Italia 166,6). Nel 2018 i pazienti che sono entrati in contatto per la prima volta durante l'anno con i Dipartimenti di salute mentale ammontano a 323.707 unità, di cui il 93,4 per cento ha avuto un contatto con i servizi per la prima volta nella vita; il protrarsi dell'emergenza pandemica e l'aggravarsi delle condizioni psicologiche della popolazione hanno portato al collasso del già precario sistema di tutela della salute mentale, come dimostrano i recenti dati sui disturbi psicologici e le problematiche di carattere psichiatrico, aumentati in modo rilevante proprio per il dilagare del coronavirus. Al dato di 830 mila pazienti in cura presso i Dipartimenti di salute mentale (Dsm) fotografato in era pre-COVID, nel complesso, si stima che la sindemia porterà con sé un milione di nuovi casi di disagio mentale;

una recentissima indagine della Fondazione Italia in salute ha mostrato l'impatto della pandemia sulla psiche collettiva e i dati sono impressionanti: la metà della popolazione denuncia uno *stress* crescente e il 16,5 per cento manifesta sintomi di depressione. Il disagio psicologico incide sui comportamenti: 7 persone su 10 hanno drasticamente ridotto la vita sociale ben al di là delle restrizioni imposte dalle norme dovute al COVID-19 oltre la metà della popolazione evita di fare acquisti per paura e oltre sei persone su dieci evitano, per paura, di ricorrere al medico di famiglia o ai servizi sanitari. Inoltre, l'82,2 per cento dei genitori evidenzia situazioni psicologiche negative nei figli, valutate come « molto pesanti » in un caso su quattro;

le stesse linee guida delle Nazioni Unite hanno raccomandato l'inclusione della tutela della salute mentale e psicosociale nella risposta nazionale al COVID-19, quale elemento essenziale per ridurre al minimo le conseguenze della pandemia sulla salute mentale, raccomandando, in particolare, tre urgenti azioni per migliorare le capacità di fronteggiare lo *stress*, ridurre le sofferenze e accelerare il recupero e la ricostruzione delle comunità: adottare un approccio innovativo per promuovere la salute mentale in tutta la società; garantire un'ampia disponibilità di servizi per la salute mentale e di supporto psicosociale; promuovere il recupero *post* COVID-19 istituendo nuovi servizi di salute mentale. La tempestiva attuazione di queste azioni sarà essenziale per garantire che le persone e la società siano meglio protette dall'impatto sulla salute mentale del COVID-19;

il *report* delle Nazioni Unite sottolinea, inoltre, che molte persone che in precedenza mantenevano un buon equilibrio psicologico ora sono meno in grado di far fronte alle difficoltà a causa dei molteplici fattori di stress generati dalla pandemia. Coloro che in precedenza hanno avuto limitate esperienze di ansia e angoscia ora spesso ne sperimentano l'aumento del numero e dell'intensità e alcuni hanno sviluppato espliciti problemi di salute mentale. Coloro che in precedenza avevano, invece, una condizione problematica, in termini di salute mentale, sperimentano spesso un peggioramento delle loro condizioni;

durante l'emergenza da COVID-19, le persone hanno paura dell'infezione, di morire loro stesse o di perdere membri della famiglia. Allo stesso tempo, un gran numero di persone ha perso o rischia di perdere i propri mezzi di sussistenza, è isolato socialmente, con contatti molto limitati con i propri cari e, in molti casi, ha sperimentato disposizioni obbligatorie di soggiorno a casa per periodi più o meno lunghi;

di fatto, nell'ultimo anno il COVID-19, ha creato le condizioni per la psico-

pandemia: all'emergenza sanitaria si sono aggiunti i problemi economici e in presenza di una crisi psicologica così profonda e diffusa, si rivela difficile creare le condizioni per una efficace ripresa economica;

a differenza del dolore fisico, peraltro, quello psicologico, pur avendo come base le stesse aree cerebrali, non viene gridato, anzi quasi sempre viene nascosto, condizionando la vita sociale e i comportamenti collettivi;

i più esposti al rischio, sono donne, giovani e anziani: le prime perché più toccate dalle ripercussioni sociali e lavorative, con un aumento anche dei casi di violenza domestica e abusi in ambito familiare, i secondi poiché hanno visto stravolta la propria quotidianità, subendo isolamento e/o perdita del lavoro, gli anziani perché più fragili davanti alla malattia, alla depressione e alla solitudine;

l'86,6 per cento delle persone che sono state in terapia intensiva ha sviluppato successivamente problemi psicologici, anche di tipo cognitivo, che hanno richiesto interventi specifici. Il 56 per cento dei ricoverati per COVID-19 ha problemi psicologici significativi, come il 34 per cento dei positivi al COVID-19 in quarantena. Il 25,5 per cento del resto della popolazione, un quarto degli italiani, ha difficoltà psicologiche. In particolare, due indagini, una del Consiglio nazionale dell'Ordine degli psicologi commissionata dal Ministero dell'Istruzione e un'altra dell'Unicef, rivelano che un terzo dei bambini/adolescenti ha problemi psicologici significativi;

preoccupante, infatti, l'incremento del disagio e dei disturbi psicologici in bambini e adolescenti: l'Ospedale Bambino Gesù di Roma ha registrato un aumento del 30 per cento di ricoveri nei reparti di neuropsichiatria infantile per atti di autolesionismo e tentativi di suicidio, ugualmente all'istituto Gaslini di Genova emerge che nel 65 per cento di bambini di età minore di 6 anni e nei quelli di età maggiore di 6 anni (fino a 18) sono insorte problematiche comportamentali e sintomi

di regressione. A questi dati, si sommano i disturbi del comportamento alimentare (solo per l'anoressia un +28 per cento di richieste di aiuto) e il bacino enorme di coetanei che soffrono di insonnia, ansia e depressione. E per tutti l'età delle richieste d'aiuto scende dai 15 ai 13 anni, dato che preoccupa ulteriormente;

secondo studi medico-scientifici, la metà di tutte le malattie mentali inizia all'età di 14 anni e, troppo spesso, è sottovalutata: la malattia mentale più diffusa tra gli adolescenti è sicuramente la depressione. Infatti, forme depressive o ansiose interessano il 10 per cento dei giovani tra i 15 e i 29 anni;

la riduzione della capacità economica delle famiglie, legata ad un aumento della disoccupazione (stimata dal Fondo monetario internazionale per il 2020 al 12,7 per cento) e della povertà educativa e culturale, hanno rappresentato ingranaggi di una pericolosa bomba sociale, poiché hanno accresciuto in modo esponenziale le diseguaglianze sociali e territoriali nei livelli di apprendimento; a seguito della chiusura delle scuole e della conseguente introduzione della didattica a distanza (Dad), l'eccessiva esposizione e la permanenza dei ragazzi davanti ai computer hanno creato anche un serio problema, sicuramente sottovalutato, di dipendenza e di sovraesposizione ai pericoli della rete. Secondo l'indagine «Minori e percezione dei rischi» realizzata da Ipsos per Save the Children e pubblicata nel mese di febbraio 2020, il «luogo» più a rischio per circa 7 ragazzi su 10 è *internet*. La polizia postale ha dichiarato che nei mesi della pandemia vi è stato un aumento dei reati di pedopornografia *on line* di oltre il 90 per cento;

forti preoccupazioni destano anche l'ampia diffusione, tra gli studenti di 15-19 anni, delle cosiddette nuove droghe (Nps – Nuove sostanze psicoattive, molto potenti, spesso di origine sintetica, che sfuggono ai controlli perché non censite nelle tabelle ufficiali delle droghe illegali) e il consumo di sostanze stupefacenti, *in primis* la can-

*nabis*, unitamente all'allarme costituito dall'utilizzo dei cosiddetti psicofarmaci senza prescrizione medica da parte del 10 per cento dei ragazzi italiani. A cui si aggiunge un drammatico abbassamento dell'età media dei consumatori di droghe tra i minori che arriva a 12 anni, con uso di *cannabis*, cocaina e *crack*. Secondo i risultati del *Report Espad 2019*, in Italia si riscontrano percentuali di utilizzo di *cannabis* tra le più alte in Europa. Mentre gli studenti italiani che hanno provato questa sostanza almeno una volta nella vita (27 per cento) sono secondi solo a quelli della Repubblica Ceca (28 per cento), gli utilizzatori italiani di *cannabis* nel corso dell'ultimo mese (15 per cento) sono i primi, davanti a francesi e olandesi (13 per cento); a lanciare l'allarme sulle gravi conseguenze che stanno vivendo i minori in questo periodo storico è stata anche la nuova Autorità garante per l'infanzia e adolescenza, Carla Garlatti, che ha parlato di «seri segnali di allarme per salute mentale, abbandono scolastico, ritiro sociale, diritti dei disabili, minori vulnerabili, impoverimento educativo e culturale dei minorenni»;

la pandemia ha fatto da detonatore a fragilità latenti che in questa situazione di forte *stress* collettivo e individuale si sono tradotti in scompenso e in disturbo di salute mentale, facendo emergere situazioni ai limiti;

secondo gli studi epidemiologici degli ultimi cinquant'anni, se non si farà nulla per ridurre lo *stress* e per dare tempestivamente alle persone strumenti per gestirlo e superarlo, una quota importante è destinata a tradursi in malattie psichiche o fisiche;

un'emergenza mondiale, che in un'Italia pesantemente sguarnita sul fronte dei servizi e dei finanziamenti si sta rivelando drammatica, come spiegato da Claudio Mencacci, co-presidente della Società italiana di neuro-psicofarmacologia (Sinpf) e direttore del Dipartimento neuroscienze e salute mentale Asst Fatebenefratelli-Sacco di Milano: «La pandemia ha creato

uno stress senza precedenti sui servizi di Psichiatria, con un aumento enorme delle richieste di prestazioni volte a fronteggiare le conseguenze psichiatriche del Covid. Ma è più appropriato parlare di sindemia: un *mix* tra pericolo clinico e sociale fatto di malattia, di paura del contagio, della cosiddetta *Covid fatigue*, di lutti, di crisi socioeconomica. E dell'emersione di una profonda solitudine, soprattutto tra gli anziani »;

l'Italia si è trovata a far fronte a questa emergenza nell'emergenza decisamente sguarnita, a cominciare dal personale;

nel periodo di *lockdown*, la grande mobilitazione volontaria della comunità professionale degli psicologi ha consentito di evitare il *breakdown* dei servizi pubblici di salute mentale, sottodimensionati e oltremodo oberati dalle recrudescenze delle patologie gravi già in carico, scompensate dalla pandemia. Sono state attivate su iniziativa volontaria decine di diverse linee telefoniche gratuite per consentire l'accesso al supporto psicologico da parte della popolazione e fornire aiuto nel gestire l'ansia, lo *stress* e il disagio psicologico generato dall'inedita situazione creata con il primo diffondersi dell'epidemia e con l'adozione delle stringenti misure di isolamento sociale;

la linea telefonica istituita per questo scopo dal Ministero della salute che ha visto impegnati, per tutto il periodo di attivazione, su base volontaria, 500 psicologi per il primo livello di intervento e 1.500 psicoterapeuti per il secondo livello, ed ha ricevuto oltre 50 mila telefonate all'apposito numero verde, dopo 4 mesi, è stata inspiegabilmente chiusa e non ha visto stanziati finanziamenti economici;

secondo Enrico Zanalda, co-presidente della Società italiana di psichiatria (Sip), direttore del Dipartimento interaziendale di salute mentale dell'Asl di Torino e Azienda ospedaliera San Luigi Gonzaga, tra i fondatori del Coordinamento nazionale Dipartimenti di salute mentale: «La salute mentale in Italia da oltre 20

anni è inchiodata a un budget del 3,6 per cento del Fondo sanitario, poco più di 4 miliardi ma per far fronte alla spesa attuale ed emergente, incluse le dipendenze, quella percentuale dovrebbe crescere almeno al 6 per cento con un aumento di tre miliardi. In ballo c'è la necessità di rimettere la Psichiatria nelle condizioni di fronteggiare un sommerso di 4,5 milioni di italiani con disturbi non ancora intercettati dal sistema e prevenire il peggioramento del loro decorso clinico»;

l'investimento nei servizi e in programmi di salute mentale e promozione del benessere psicologico a livello nazionale, che hanno sofferto per anni di limitati finanziamenti, non è più rinviabile;

secondo quanto rilevato dalla Società italiana di psichiatria, le strutture psichiatriche sono in sofferenza per mancanza di personale e di risorse individuate dal Fondo sanitario, ancora troppo basse rispetto alle necessità reali. Infatti, su 21 regioni e province autonome, in 14 si è al di sotto dello *standard*, specialmente nel Centro-Sud dove vi è una carenza del 50 per cento o più del personale, con punte del 70 per cento nella regione Lazio;

ad oggi, la mancanza di risorse economiche è il principale ostacolo da superare: il 5 per cento della spesa sanitaria regionale alle cure psichiatriche non viene rispettata dal 90 per cento delle regioni e le discrepanze regionali si rispecchiano anche nella struttura organizzativa; sono ancora troppo poche le regioni che offrono un'assistenza integrata con i servizi per le dipendenze e la neuropsichiatria infantile; così come, nella maggior parte delle strutture, sarebbe necessaria una maggiore presenza di professionisti che collaborino in *team* con gli psichiatri, dagli psicologi, agli psicoterapeuti, ai tecnici della riabilitazione psichiatrica, fino agli assistenti sociali;

di queste carenze pagherebbero le conseguenze, stando alle ultime stime del Ministero della salute, oltre 837 mila persone, cifra a cui vanno aggiunti i cosiddetti pazienti sommersi (coloro che non hanno ancora ricevuto una diagnosi);

purtroppo, i servizi, in tali condizioni, non sono in grado di attuare un'adeguata presa in carico degli utenti e garantire loro progetti terapeutici riabilitativi individuali orientati alla ripresa, alla emancipazione sociale, alla vita indipendente, come indicato anche dalla Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità fisica e/o psichica;

la legge 13 maggio 1978, n. 180, nota anche come « legge Basaglia », ha avviato una riforma della psichiatria in Italia ed ha esteso perentoriamente il diritto costituzionale della volontarietà del trattamento sanitario, sancito dall'articolo 32, anche le persone con disturbi mentali, prevedendo la chiusura degli Ospedali Psichiatrici, restituendo dignità al malato, la centralità della persona nel sistema di cure e disponendo che « gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali siano attuati di norma dai servizi psichiatrici extraospedalieri »;

inoltre, l'articolo 1 della succitata legge dispone che gli accertamenti sanitari obbligatori (Aso) e i trattamenti sanitari obbligatori (Tso) siano attuati dai presidi sanitari pubblici territoriali e, ove necessari, la degenza nei casi in cui esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate;

successivamente, la legge 17 febbraio 2012, n. 9, e la legge 30 maggio 2014, n. 81, hanno decretato il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (Opg). La chiusura dei sei Opg di fatto, si è completata nel 2017;

in alternativa agli Opg, sono ora attive le Rems (Residenze per le misure di sicurezza), strutture sanitarie residenziali per la cura e la riabilitazione con non più di 20 posti letto: ad aprile 2017, si contavano 30 Rems con 596 ricoverati;

attualmente le strutture dedicate all'assistenza psichiatrica sono i Dipartimenti di salute mentale istituiti principal-

mente presso le strutture delle Asl che assicurano le attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento della persona con disturbi mentali. Ognuna di esse, per soddisfare le molteplici esigenze dei pazienti, offre diverse tipologie basilari di assistenza: innanzitutto i Centri di salute mentale e gli ambulatori, che si occupano dell'assistenza territoriale e domiciliare. Ci sono poi i servizi psichiatrici di diagnosi e cura, i *day hospital*, che forniscono le cure in regime di ricovero, e i centri diurni che si occupano degli interventi socio-riabilitativi in regime semiresidenziale. Infine, strutture residenziali offrono gli interventi terapeutico-riabilitativi in regime di permanenza temporale, suddivisi secondo le tre tipologie previste, in base all'intensità assistenziale sanitaria: nelle 24 ore, nelle 12 ore e a fascia oraria. Un'articolazione di strutture e servizi che patisce drammaticamente la mancanza di adeguate risorse umane ed economiche e la presenza uniforme sul territorio nazionale da nord a sud e nelle isole;

in oltre quarant'anni, da quando è entrata in vigore la « legge Basaglia », restano ancora molte le criticità da risolvere. La norma ha infatti affidato alle regioni l'attuazione dei provvedimenti in materia di salute mentale, generando una difformità di trattamento. Mentre ben poche regioni sono state tempestive nell'attuare la normativa, molte altre hanno tardato, producendo nel tempo effetti su qualità ed efficacia dell'assistenza;

infatti, questo determina una drammatica differenziazione per tutti i cittadini di ogni regione nell'accesso ai servizi per la salute mentale, alle cure e ai servizi forniti dai dipartimenti di salute mentale;

in particolare, i dipartimenti di salute mentale vanno riducendosi di numero nelle regioni ove sono presenti a causa degli accorpamenti territoriali che generano strutture a « macchia di leopardo », della razionalizzazione delle risorse finanziarie stanziare e del personale sanitario impiegato;

a questo si aggiungono la precarietà e la scarsità sul territorio nazionale dei sistemi di prevenzione del disagio psicologico e di promozione del benessere; basti pensare che in due consultori su tre non ci sono psicologi, nonostante la prevenzione e l'assistenza psicologica sia la prima voce della legge istitutiva degli stessi e come in Italia, a differenza delle nazioni europee ed *extra* europee più evolute, non vi sia un Servizio di psicologia scolastica con uno psicologo scolastico che possa rendere possibile nelle scuole, oltre all'insegnamento della matematica o dell'inglese, l'educazione all'intelligenza emotiva, alla conoscenza di sé stessi, alla gestione delle proprie emozioni, della relazione con gli altri, della conflittualità, così da essere più capaci di autodeterminarsi e contribuire alla crescita della comunità in cui si vive;

tutte queste lacune e disservizi creano non poche difficoltà agli operatori del servizio sanitario nazionale, agli enti del terzo settore e ai volontari che, quotidianamente, insieme alle loro famiglie, si prendono cura delle oltre 800.000 persone con disturbi mentali e che sono nell'impossibilità di accogliere le richieste d'aiuto di centinaia di migliaia di persone che non vedono riconosciuto il diritto costituzionalmente previsto alla tutela della salute;

in assenza di risorse adeguate, il sistema di protezione della salute mentale e del benessere psicologico in Italia rischia il crollo, a danno dei malati e del loro diritto alla tutela della salute e alla qualità della vita;

L'Italia spende circa 75 euro *pro capite* all'anno per la salute mentale e i mancati finanziamenti non possono trovare giustificazioni neanche sul campo economico. Infatti, sempre secondo il progetto Atlas 2017, ogni dollaro investito nella cura della salute mentale genera un ritorno quattro volte superiore, grazie soprattutto a una minore spesa sanitaria legata a patologie correlate e a una migliore resa lavorativa. D'altro canto, invece, la mancata assistenza a livello mon-

diale genera ogni anno una perdita economica che si traduce in un *deficit* di un trilione di dollari;

anche secondo l'Istituto superiore di sanità « L'investimento nei servizi e in programmi di salute mentale a livello nazionale, che hanno sofferto per anni di limitati finanziamenti, è quindi ora più importante che mai », ma con 61 suicidi negli istituti di detenzione, il dato più alto degli ultimi vent'anni, 9 posti letto per persone con disturbi psichiatrici ogni 100 mila abitanti – all'ultimo posto in Europa –, e 92 posti letto in totale sull'intero territorio nazionale nei reparti di neuropsichiatria infantile, la salute mentale in Italia rimane ancora una salute troppo ignorata;

a distanza di un anno dal documento dell'Oms che ha messo in luce le problematiche psicologiche create dalla pandemia, grazie al quale sembrava che la cura della salute mentale dovesse diventare una priorità nazionale, si constata, ancora una volta, che le aspettative sono state disattese: nel Piano nazionale di ripresa e resilienza la salute mentale è nuovamente la grande assente,

impegna il Governo:

- 1) a definire con urgenza un Piano nazionale per la tutela della salute mentale e la promozione del benessere psicologico, atto a fornire una cornice unitaria per le istituzioni di ogni livello e a promuovere interventi di prevenzione, cura, trattamento e reinserimento sociale e lavorativo nell'ambito del disagio psicologico e dei disturbi correlati di diverso tipo e gravità;
- 2) a promuovere campagne nazionali di promozione del benessere psicologico e di informazione e sensibilizzazione in materia di salute mentale e del sistema di servizi a disposizione dei cittadini;
- 3) ad aggiornare i livelli essenziali di assistenza, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, 12 gennaio 2017, inserendo nella griglia strumenti per valutare anche i percorsi di salute mentale sul territorio, e non solo in ospedale, e garantendo una reale differenziazione nella prestazione delle cure e dei modelli di intervento, basati sulle reali necessità della persona nel complesso dei suoi bisogni, per una piena inclusione sociale;
- 4) ad assumere iniziative, per quanto di competenza, per rilanciare i servizi di tutela della salute mentale e del benessere psicologico, favorendo una rete territoriale per integrare le offerte pubbliche e le proposte del cosiddetto privato e privato sociale, anche mediante lo stanziamento di risorse economiche e/o la previsione di incentivi per favorire la capillare diffusione della teleassistenza, del teleconsulto e della telemedicina;
- 5) ad adottare iniziative per aumentare la quota di spesa per i Dipartimenti di salute mentale, ferma da oltre 20 anni al 3,5 per cento del Fondo sanitario regionale, cioè a poco più 4 miliardi di euro, al fine di potenziare i servizi e coprire le richieste crescenti dei cittadini in ogni fascia d'età;
- 6) ad adottare iniziative per individuare *standard* uniformi qualitativi, tecnologici e organizzativi della rete dei centri di salute mentale, nella gamma dei servizi offerti, per garantire alle persone omogeneità di cure su tutto il territorio dalla fase acuta a quella riabilitativa e di mantenimento;
- 7) ad adottare iniziative per sopperire alla carenza di specialisti con nuove dotazioni di personale per tutte le tipologie e le strutture, mediante l'impiego di personale sanitario specializzato, con particolare riguardo ad una adeguata dotazione di psichiatri, psi-

- cologi e psicoterapeuti, assistenti sociali, infermieri oltre a operatori sociali con funzioni educative e riabilitative;
- 8) a promuovere interventi a tutela delle persone più fragili, minori, anziani e disabili, centrati sulla casa come primo luogo di cura, puntando sulla prevenzione e su risposte innovative anche in termini di teleconsulto, tele-assistenza e telemedicina per guardare alle nuove povertà anche sociali e raggiungere le zone ove è maggiore la carenza di figure professionali specialistiche;
- 9) ad adottare iniziative, per quanto di competenza, volte a potenziare i servizi territoriali sociali e sanitari, con particolare riguardo agli aspetti d'integrazione socio-sanitaria in materia di disturbi psicologici e dipendenze patologiche, prevedendo specifiche iniziative volte a favorire l'accesso al supporto psicologico alle persone di minore età e agli adulti anche mediante inserimento di psicologi nelle unità complesse di cure primarie, in collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta (Uccp);
- 10) ad adottare iniziative volte a garantire la piena integrazione degli interventi socio-sanitari in ambito della salute mentale per sostenere un progetto terapeutico personalizzato idoneo a restituire alla persona una vita indipendente fondata sull'autonomia sociale, lavorativa o di studio;
- 11) ad adottare iniziative di competenza per promuovere strategie di cura domiciliare e di supporto dell'autonomia per patologie ad alta complessità e/o ad alta prevalenza (Pdta), mediante interventi territoriali di prosimità e riequilibrando l'allocazione delle risorse;
- 12) ad adottare iniziative per prevedere la figura dello psicologo all'interno dei reparti di pediatria e neonatologia degli ospedali del Servizio sanitario nazionale con l'obiettivo di tutelare il benessere psicologico dei bambini e adolescenti ricoverati e delle loro famiglie, con particolare riferimento alle condizioni di cronicità e/o di disagio psico-sociale;
- 13) ad adottare iniziative per riconoscere alle famiglie con figli minori di anni 18 a carico un *voucher* destinato a favorire l'accesso ai servizi psicologici e psicoterapeutici alle fasce più vulnerabili della popolazione;
- 14) ad adottare iniziative, per quanto di competenza, volte a introdurre la figura dello psicologo scolastico nelle scuole di ogni ordine e grado, al fine di intercettare tempestivamente le prime forme di disagio in età evolutiva, garantire il benessere e supportare dal punto di vista psicologico, emotivo e relazionale gli studenti, gli insegnanti e i genitori, con interventi capaci di ridurre il tasso di abbandono scolastico e favorire l'inclusione delle fasce più emarginate, anche ai fini del contrasto all'esclusione sociale dell'infanzia e dell'adolescenza e della valorizzazione del potenziale di bambini/e e ragazzi/e;
- 15) ad adottare le iniziative di competenza per prevedere strutture di libero accesso, riservate ai ragazzi, che possano offrire attività di ascolto: e supporto psicologico rispetto alle problematiche dell'età adolescenziale;
- 16) ad adottare iniziative per riconoscere a tutti i cittadini il diritto alla salute psicologica, garantendo l'accesso ai servizi di prevenzione e di cura pubblici o privati convenzionati di psicoterapia;
- 17) ad adottare le iniziative di competenza per garantire l'incremento del numero di posti letto nei servizi pub-

- blici per la salute mentale e nei reparti di neuropsichiatria infantile, assicurando una fattiva collaborazione con i servizi territoriali di prossimità così da garantire la continuità di cura e il superamento dello stato di acuzie unitamente all'abbattimento delle liste d'attesa;
- 18) ad adottare iniziative per finanziare uno specifico Fondo nazionale di lotta alle dipendenze patologiche, al fine di mettere il servizio pubblico, le comunità terapeutiche, e le associazioni del terzo settore nelle condizioni di affrontare efficacemente un fenomeno in continua evoluzione correlato alla diffusione delle dipendenze patologiche sia comportamentali che da sostanze stupefacenti;
- 19) ad assumere iniziative, per quanto di competenza, volte a formare e a potenziare le risorse umane nelle strutture pubbliche per assistere e curare le persone, tra le quali molti giovani, che sono afflitte da dipendenze comportamentali, quali ad esempio il disturbo da gioco d'azzardo, dipendenza sessuale o da pornografia *on line*, dipendenza da *internet*, oltre che da dipendenze da sostanze stupefacenti;
- 20) ad assumere le iniziative di competenza per garantire la presenza sul territorio nazionale di servizi territoriali per la presa in carico di disturbi del comportamento alimentare, oltre che di strutture residenziali per il trattamento di tali disturbi;
- 21) ad istituire un gruppo di lavoro multidisciplinare che possa orientare gli interventi di salute mentale e di promozione del benessere psicologico, opportunamente calibrati sui bisogni della popolazione e inquadrati nell'ambito del territorio nazionale, e definire gli *standard* qualitativi e quantitativi relativi alle risorse umane, promuovendo l'intervento
- psicosociale e riabilitativo della persona nei diversi servizi dei dipartimenti di salute mentale;
- 22) ad adottare iniziative, per quanto di competenza, per istituire nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, ambulatori integrati per l'assistenza dei pazienti cosiddetti « *long COVID* », ossia con una sintomatologia prolungata e persistente nel tempo, al fine di mettere in atto un processo di cura e riabilitazione dedicato, offrendo loro il necessario sostegno psicologico e/o psichiatrico;
- 23) ad assumere iniziative di competenza volte a individuare, programmare e coordinare i presidi psichiatrici e di igiene mentale extraospedalieri, dando a questi una chiara e definita organizzazione;
- 24) ad adottare iniziative per assicurare servizi e interventi di promozione della salute mentale per le persone con limitazione della libertà personale nelle carceri, al fine di contribuire alla funzione rieducativa della pena e al miglior reinserimento nella società, così da garantire il benessere e la sicurezza altresì della comunità umana di accoglienza;
- 25) ad adottare iniziative per assicurare, in collaborazione con le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, la risposta ai bisogni di cura, di tutela della salute mentale e di integrazione sociale, al fine di favorire l'inclusione nelle attività del territorio e superare le attuali differenze regionali;
- 26) ad assumere iniziative, per quanto di competenza, volte a supportare le persone con difficoltà psicologiche o disturbi mentali per combattere lo stigma, la discriminazione e l'isolamento sociale che si abbatte su queste persone e le loro famiglie, garantendo a chi vive tali malattie di

accedere alle cure e di ricevere un'assistenza continuativa e integrata sociale e sanitaria;

- 27) a prevedere un monitoraggio costante del sistema di cura della salute mentale e degli interventi di promozione del benessere psicologico, mediante la pubblicazione di una relazione annuale da parte del Ministero della salute.

(1-00496) « Bellucci, Lollobrigida, Meloni, Albano, Bignami, Bucalo, Butti, Caiata, Caretta, Ciaburro, Cirielli, Deidda, Delmastro Delle Vedove, De Toma, Donzelli, Ferro, Foti, Frassinetti, Galantino, Gemmato, Lucaselli, Mantovani, Maschio, Mollicone, Montaruli, Osnato, Prisco, Rampelli, Rizzetto, Rotelli, Rachele Silvestri, Silvestroni, Trancassini, Varchi, Vinci, Zucconi ».

La Camera,

premessi che:

sin dal 1948, l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ha proposto una definizione di « salute » come « uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non semplicemente assenza di malattia o infermità »;

in particolare, l'Oms considera la salute mentale una componente essenziale della salute in generale, e la definisce come « uno stato di benessere nel quale una persona può realizzarsi, superare le tensioni della vita quotidiana, svolgere un lavoro produttivo e contribuire alla vita della propria comunità »;

sempre secondo l'Oms, in Italia 17 milioni di persone soffrono di disturbi mentali. Sono sia uomini che donne, soprattutto sopra i 45 anni: l'età più critica, infatti, è proprio quella che va dai 45 ai 54 anni, con una percentuale di accessi ai

servizi di psichiatria che copre solo il 25 per cento del totale. E si stima che tra 10 anni le malattie mentali supereranno quelle cardiovascolari per incidenza nella popolazione generale, con particolare riguardo ai disturbi d'ansia e alla depressione;

secondo il progetto Atlas 2017 dell'Organizzazione mondiale della sanità, l'Italia dispone di 5,98 psichiatri e 3,8 psicologi ogni 100 mila abitanti, a fronte di 830 mila utenti con difficoltà di tipo psichiatrico. Secondo i dati del Ministero della salute, in Italia c'è uno psicologo ogni 12.000 abitanti, mentre nei Paesi G7 il rapporto è di uno psicologo ogni 2.500 abitanti. Il sistema di cura della sanità mentale raggiunge un *deficit* del personale necessario che varia dal 25 per cento al 75 per cento che potrebbe essere superato con l'apporto di circa 1.000 psichiatri, 1.500 psicologi e altrettanti assistenti sociali;

pur troppo, però, in Italia alla salute mentale è destinato il 3,5 per cento della spesa sanitaria complessiva rispetto l'8-15 per cento degli altri Paesi del G7, presentando anche ampie disegualianze sul territorio, se si pensa che si passa dall'8 per cento nelle province di Bolzano e Trento al 2 per cento di Campania, Marche e Basilicata;

l'ultimo Rapporto del sistema informativo per la salute mentale (Sism – dati relativi al 2018), pubblicato dal Ministero della salute, evidenzia che gli utenti con disturbi psichiatrici assistiti dai servizi specialistici nel corso del 2018 ammontano a 837.027 unità (mancano i dati della provincia autonoma di Bolzano) con tassi standardizzati che vanno da 96,7 per 10.000 abitanti adulti in Sardegna fino a 227,2 nella regione Calabria (valore totale Italia 166,6). Nel 2018 i pazienti che sono entrati in contatto per la prima volta durante l'anno con i Dipartimenti di salute mentale ammontano a 323.707 unità, di cui il 93,4 per cento ha avuto un contatto con i servizi per la prima volta nella vita; il protrarsi dell'emergenza pandemica e

l'aggravarsi delle condizioni psicologiche della popolazione hanno portato al collasso del già precario sistema di tutela della salute mentale, come dimostrano i recenti dati sui disturbi psicologici e le problematiche di carattere psichiatrico, aumentati in modo rilevante proprio per il dilagare del coronavirus. Al dato di 830 mila pazienti in cura presso i Dipartimenti di salute mentale (Dsm) fotografato in era pre-COVID, nel complesso, si stima che la sindemia porterà con sé un milione di nuovi casi di disagio mentale;

una recentissima indagine della Fondazione Italia in salute ha mostrato l'impatto della pandemia sulla psiche collettiva e i dati sono impressionanti: la metà della popolazione denuncia uno *stress* crescente e il 16,5 per cento manifesta sintomi di depressione. Il disagio psicologico incide sui comportamenti: 7 persone su 10 hanno drasticamente ridotto la vita sociale ben al di là delle restrizioni imposte dalle norme dovute al COVID-19 oltre la metà della popolazione evita di fare acquisti per paura e oltre sei persone su dieci evitano, per paura, di ricorrere al medico di famiglia o ai servizi sanitari. Inoltre, l'82,2 per cento dei genitori evidenzia situazioni psicologiche negative nei figli, valutate come « molto pesanti » in un caso su quattro;

le stesse linee guida delle Nazioni Unite hanno raccomandato l'inclusione della tutela della salute mentale e psicosociale nella risposta nazionale al COVID-19, quale elemento essenziale per ridurre al minimo le conseguenze della pandemia sulla salute mentale, raccomandando, in particolare, tre urgenti azioni per migliorare le capacità di fronteggiare lo *stress*, ridurre le sofferenze e accelerare il recupero e la ricostruzione delle comunità: adottare un approccio innovativo per promuovere la salute mentale in tutta la società; garantire un'ampia disponibilità di servizi per la salute mentale e di supporto psicosociale; promuovere il recupero *post* COVID-19 istituendo nuovi servizi di salute mentale. La tempestiva attuazione di queste azioni sarà essenziale per garantire

che le persone e la società siano meglio protette dall'impatto sulla salute mentale del COVID-19;

il *report* delle Nazioni Unite sottolinea, inoltre, che molte persone che in precedenza mantenevano un buon equilibrio psicologico ora sono meno in grado di far fronte alle difficoltà a causa dei molteplici fattori di stress generati dalla pandemia. Coloro che in precedenza hanno avuto limitate esperienze di ansia e angoscia ora spesso ne sperimentano l'aumento del numero e dell'intensità e alcuni hanno sviluppato espliciti problemi di salute mentale. Coloro che in precedenza avevano, invece, una condizione problematica, in termini di salute mentale, sperimentano spesso un peggioramento delle loro condizioni;

durante l'emergenza da COVID-19, le persone hanno paura dell'infezione, di morire loro stesse o di perdere membri della famiglia. Allo stesso tempo, un gran numero di persone ha perso o rischia di perdere i propri mezzi di sussistenza, è isolato socialmente, con contatti molto limitati con i propri cari e, in molti casi, ha sperimentato disposizioni obbligatorie di soggiorno a casa per periodi più o meno lunghi;

di fatto, nell'ultimo anno il COVID-19, ha creato le condizioni per la psicopandemia: all'emergenza sanitaria si sono aggiunti i problemi economici e in presenza di una crisi psicologica così profonda e diffusa, si rivela difficile creare le condizioni per una efficace ripresa economica;

a differenza del dolore fisico, peraltro, quello psicologico, pur avendo come base le stesse aree cerebrali, non viene gridato, anzi quasi sempre viene nascosto, condizionando la vita sociale e i comportamenti collettivi;

i più esposti al rischio, sono donne, giovani e anziani: le prime perché più toccate dalle ripercussioni sociali e lavorative, con un aumento anche dei casi di violenza domestica e abusi in ambito fa-

migliare, i secondi poiché hanno visto stravolta la propria quotidianità, subendo isolamento e/o perdita del lavoro, gli anziani perché più fragili davanti alla malattia, alla depressione e alla solitudine;

L'86,6 per cento delle persone che sono state in terapia intensiva ha sviluppato successivamente problemi psicologici, anche di tipo cognitivo, che hanno richiesto interventi specifici. Il 56 per cento dei ricoverati per COVID-19 ha problemi psicologici significativi, come il 34 per cento dei positivi al COVID-19 in quarantena. Il 25,5 per cento del resto della popolazione, un quarto degli italiani, ha difficoltà psicologiche. In particolare, due indagini, una del Consiglio nazionale dell'Ordine degli psicologi commissionata dal Ministero dell'Istruzione e un'altra dell'Unicef, rivelano che un terzo dei bambini/adolescenti ha problemi psicologici significativi;

preoccupante, infatti, l'incremento del disagio e dei disturbi psicologici in bambini e adolescenti: l'Ospedale Bambino Gesù di Roma ha registrato un aumento del 30 per cento di ricoveri nei reparti di neuropsichiatria infantile per atti di autolesionismo e tentativi di suicidio, ugualmente all'istituto Gaslini di Genova emerge che nel 65 per cento di bambini di età minore di 6 anni e nel quelli di età maggiore di 6 anni (fino a 18) sono insorte problematiche comportamentali e sintomi di regressione. A questi dati, si sommano i disturbi del comportamento alimentare (solo per l'anoressia un +28 per cento di richieste di aiuto) e il bacino enorme di coetanei che soffrono di insonnia, ansia e depressione. E per tutti l'età delle richieste d'aiuto scende dai 15 ai 13 anni, dato che preoccupa ulteriormente;

secondo studi medico-scientifici, la metà di tutte le malattie mentali inizia all'età di 14 anni e, troppo spesso, è sottovalutata: la malattia mentale più diffusa tra gli adolescenti è sicuramente la depressione. Infatti, forme depressive o ansiose interessano il 10 per cento dei giovani tra i 15 e i 29 anni;

la riduzione della capacità economica delle famiglie, legata ad un aumento

della disoccupazione (stimata dal Fondo monetario internazionale per il 2020 al 12,7 per cento) e della povertà educativa e culturale, hanno rappresentato ingranaggi di una pericolosa bomba sociale, poiché hanno accresciuto in modo esponenziale le diseguaglianze sociali e territoriali nei livelli di apprendimento; a seguito della chiusura delle scuole e della conseguente introduzione della didattica a distanza (Dad), l'eccessiva esposizione e la permanenza dei ragazzi davanti ai computer hanno creato anche un serio problema, sicuramente sottovalutato, di dipendenza e di sovraesposizione ai pericoli della rete. Secondo l'indagine «Minori e percezione dei rischi» realizzata da Ipsos per Save the Children e pubblicata nel mese di febbraio 2020, il «luogo» più a rischio per circa 7 ragazzi su 10 è *internet*. La polizia postale ha dichiarato che nei mesi della pandemia vi è stato un aumento dei reati di pedopornografia *on line* di oltre il 90 per cento;

forti preoccupazioni destano anche l'ampia diffusione, tra gli studenti di 15-19 anni, delle cosiddette nuove droghe (Nps – Nuove sostanze psicoattive, molto potenti, spesso di origine sintetica, che sfuggono ai controlli perché non censite nelle tabelle ufficiali delle droghe illegali) e il consumo di sostanze stupefacenti, *in primis* la *cannabis*, unitamente all'allarme costituito dall'utilizzo dei cosiddetti psicofarmaci senza prescrizione medica da parte del 10 per cento dei ragazzi italiani. A cui si aggiunge un drammatico abbassamento dell'età media dei consumatori di droghe tra i minori che arriva a 12 anni, con uso di *cannabis*, cocaina e *crack*. Secondo i risultati del *Report Espad 2019*, in Italia si riscontrano percentuali di utilizzo di *cannabis* tra le più alte in Europa. Mentre gli studenti italiani che hanno provato questa sostanza almeno una volta nella vita (27 per cento) sono secondi solo a quelli della Repubblica Ceca (28 per cento), gli utilizzatori italiani di *cannabis* nel corso dell'ultimo mese (15 per cento) sono i primi, davanti a francesi e olandesi (13 per cento); a lanciare l'allarme sulle gravi conseguenze che stanno vivendo i minori

in questo periodo storico è stata anche la nuova Autorità garante per l'infanzia e adolescenza, Carla Garlatti, che ha parlato di «seri segnali di allarme per salute mentale, abbandono scolastico, ritiro sociale, diritti dei disabili, minori vulnerabili, impoverimento educativo e culturale dei minorenni»;

la pandemia ha fatto da detonatore a fragilità latenti che in questa situazione di forte *stress* collettivo e individuale si sono tradotti in scompenso e in disturbo di salute mentale, facendo emergere situazioni ai limiti;

secondo gli studi epidemiologici degli ultimi cinquant'anni, se non si farà nulla per ridurre lo *stress* e per dare tempestivamente alle persone strumenti per gestirlo e superarlo, una quota importante è destinata a tradursi in malattie psichiche o fisiche;

un'emergenza mondiale, che in un'Italia pesantemente sguarnita sul fronte dei servizi e dei finanziamenti si sta rivelando drammatica, come spiegato da Claudio Mencacci, co-presidente della Società italiana di neuro-psicofarmacologia (Sinpf) e direttore del Dipartimento neuroscienze e salute mentale Asst Fatebenefratelli-Sacco di Milano: «La pandemia ha creato uno stress senza precedenti sui servizi di Psichiatria, con un aumento enorme delle richieste di prestazioni volte a fronteggiare le conseguenze psichiatriche del Covid. Ma è più appropriato parlare di sindemia: un *mix* tra pericolo clinico e sociale fatto di malattia, di paura del contagio, della cosiddetta Covid *fatigue*, di lutti, di crisi socioeconomica. E dell'emersione di una profonda solitudine, soprattutto tra gli anziani»;

l'Italia si è trovata a far fronte a questa emergenza nell'emergenza decisamente sguarnita, a cominciare dal personale;

nel periodo di *lockdown*, la grande mobilitazione volontaria della comunità professionale degli psicologi ha consentito di evitare il *breakdown* dei servizi pubblici

di salute mentale, sottodimensionati e oltrémmodo oberati dalle recrudescenze delle patologie gravi già in carico, scompenstate dalla pandemia. Sono state attivate su iniziativa volontaria decine di diverse linee telefoniche gratuite per consentire l'accesso al supporto psicologico da parte della popolazione e fornire aiuto nel gestire l'ansia, lo *stress* e il disagio psicologico generato dall'inedita situazione creata con il primo diffondersi dell'epidemia e con l'adozione delle stringenti misure di isolamento sociale;

la linea telefonica istituita per questo scopo dal Ministero della salute che ha visto impegnati, per tutto il periodo di attivazione, su base volontaria, 500 psicologi per il primo livello di intervento e 1.500 psicoterapeuti per il secondo livello, ed ha ricevuto oltre 50 mila telefonate all'apposito numero verde, dopo 4 mesi, è stata inspiegabilmente chiusa e non ha visto stanziati finanziamenti economici;

secondo Enrico Zanalda, co-presidente della Società italiana di psichiatria (Sip), direttore del Dipartimento interaziendale di salute mentale dell'Asl di Torino e Azienda ospedaliera San Luigi Gonzaga, tra i fondatori del Coordinamento nazionale Dipartimenti di salute mentale: «La salute mentale in Italia da oltre 20 anni è inchiodata a un budget del 3,6 per cento del Fondo sanitario, poco più di 4 miliardi ma per far fronte alla spesa attuale ed emergente, incluse le dipendenze, quella percentuale dovrebbe crescere almeno al 6 per cento con un aumento di tre miliardi. In ballo c'è la necessità di rimettere la Psichiatria nelle condizioni di fronteggiare un sommerso di 4,5 milioni di italiani con disturbi non ancora intercettati dal sistema e prevenire il peggioramento del loro decorso clinico»;

l'investimento nei servizi e in programmi di salute mentale e promozione del benessere psicologico a livello nazionale, che hanno sofferto per anni di limitati finanziamenti, non è più rinviabile;

secondo quanto rilevato dalla Società italiana di psichiatria, le strutture

psichiatriche sono in sofferenza per mancanza di personale e di risorse individuate dal Fondo sanitario, ancora troppo basse rispetto alle necessità reali. Infatti, su 21 regioni e province autonome, in 14 si è al di sotto dello *standard*, specialmente nel Centro-Sud dove vi è una carenza del 50 per cento o più del personale, con punte del 70 per cento nella regione Lazio;

ad oggi, la mancanza di risorse economiche è il principale ostacolo da superare: il 5 per cento della spesa sanitaria regionale alle cure psichiatriche non viene rispettata dal 90 per cento delle regioni e le discrepanze regionali si rispecchiano anche nella struttura organizzativa; sono ancora troppo poche le regioni che offrono un'assistenza integrata con i servizi per le dipendenze e la neuropsichiatria infantile; così come, nella maggior parte delle strutture, sarebbe necessaria una maggiore presenza di professionisti che collaborino in *team* con gli psichiatri, dagli psicologi, agli psicoterapeuti, ai tecnici della riabilitazione psichiatrica, fino agli assistenti sociali;

di queste carenze pagherebbero le conseguenze, stando alle ultime stime del Ministero della salute, oltre 837 mila persone, cifra a cui vanno aggiunti i cosiddetti pazienti sommersi (coloro che non hanno ancora ricevuto una diagnosi);

purtroppo, i servizi, in tali condizioni, non sono in grado di attuare un'adeguata presa in carico degli utenti e garantire loro progetti terapeutici riabilitativi individuali orientati alla ripresa, alla emancipazione sociale, alla vita indipendente, come indicato anche dalla Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità fisica e/o psichica;

la legge 13 maggio 1978, n. 180, nota anche come « legge Basaglia », ha avviato una riforma della psichiatria in Italia ed ha esteso perentoriamente il diritto costituzionale della volontarietà del trattamento sanitario, sancito dall'articolo 32, anche le persone con disturbi mentali, prevedendo la chiusura degli Ospedali Psichiatrici, restituendo dignità al malato, la

centralità della persona nel sistema di cure e disponendo che « gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali siano attuati di norma dai servizi psichiatrici extraospedalieri »;

inoltre, l'articolo 1 della succitata legge dispone che gli accertamenti sanitari obbligatori (Aso) e i trattamenti sanitari obbligatori (Tso) siano attuati dai presidi sanitari pubblici territoriali e, ove necessari, la degenza nei casi in cui esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate;

successivamente, la legge 17 febbraio 2012, n. 9, e la legge 30 maggio 2014, n. 81, hanno decretato il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (Opg). La chiusura dei sei Opg di fatto, si è completata nel 2017;

in alternativa agli Opg, sono ora attive le Rems (Residenze per le misure di sicurezza), strutture sanitarie residenziali per la cura e la riabilitazione con non più di 20 posti letto: ad aprile 2017, si contavano 30 Rems con 596 ricoverati;

attualmente le strutture dedicate all'assistenza psichiatrica sono i Dipartimenti di salute mentale istituiti principalmente presso le strutture delle Asl che assicurano le attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento della persona con disturbi mentali. Ognuna di esse, per soddisfare le molteplici esigenze dei pazienti, offre diverse tipologie basilari di assistenza: innanzitutto i Centri di salute mentale e gli ambulatori, che si occupano dell'assistenza territoriale e domiciliare. Ci sono poi i servizi psichiatrici di diagnosi e cura, i *day hospital*, che forniscono le cure in regime di ricovero, e i centri diurni che si occupano degli interventi socio-riabilitativi in regime semiresidenziale. Infine, strutture residenziali offrono gli interventi terapeutico-riabilitativi in regime di permanenza temporale, suddivisi secondo le tre tipologie previste, in base all'intensità assistenziale sanitaria: nelle 24 ore, nelle

12 ore e a fascia oraria. Un'articolazione di strutture e servizi che patisce drammaticamente la mancanza di adeguate risorse umane ed economiche e la presenza uniforme sul territorio nazionale da nord a sud e nelle isole;

in oltre quarant'anni, da quando è entrata in vigore la « legge Basaglia », restano ancora molte le criticità da risolvere. La norma ha infatti affidato alle regioni l'attuazione dei provvedimenti in materia di salute mentale, generando una difformità di trattamento. Mentre ben poche regioni sono state tempestive nell'attuare la normativa, molte altre hanno tardato, producendo nel tempo effetti su qualità ed efficacia dell'assistenza;

infatti, questo determina una drammatica differenziazione per tutti i cittadini di ogni regione nell'accesso ai servizi per la salute mentale, alle cure e ai servizi forniti dai dipartimenti di salute mentale;

in particolare, i dipartimenti di salute mentale vanno riducendosi di numero nelle regioni ove sono presenti a causa degli accorpamenti territoriali che generano strutture a « macchia di leopardo », della razionalizzazione delle risorse finanziarie stanziare e del personale sanitario impiegato;

a questo si aggiungono la precarietà e la scarsità sul territorio nazionale dei sistemi di prevenzione del disagio psicologico e di promozione del benessere; basti pensare che in due consultori su tre non ci sono psicologi, nonostante la prevenzione e l'assistenza psicologica sia la prima voce della legge istitutiva degli stessi e come in Italia, a differenza delle nazioni europee ed *extra* europee più evolute, non vi sia un Servizio di psicologia scolastica con uno psicologo scolastico che possa rendere possibile nelle scuole, oltre all'insegnamento della matematica o dell'inglese, l'educazione all'intelligenza emotiva, alla conoscenza di sé stessi, alla gestione delle proprie emozioni, della relazione con gli altri, della conflittualità, così da essere

più capaci di autodeterminarsi e contribuire alla crescita della comunità in cui si vive;

tutte queste lacune e disservizi creano non poche difficoltà agli operatori del servizio sanitario nazionale, agli enti del terzo settore e ai volontari che, quotidianamente, insieme alle loro famiglie, si prendono cura delle oltre 800.000 persone con disturbi mentali e che sono nell'impossibilità di accogliere le richieste d'aiuto di centinaia di migliaia di persone che non vedono riconosciuto il diritto costituzionalmente previsto alla tutela della salute;

in assenza di risorse adeguate, il sistema di protezione della salute mentale e del benessere psicologico in Italia rischia il crollo, a danno dei malati e del loro diritto alla tutela della salute e alla qualità della vita;

l'Italia spende circa 75 euro *pro capite* all'anno per la salute mentale e i mancati finanziamenti non possono trovare giustificazioni neanche sul campo economico. Infatti, sempre secondo il progetto Atlas 2017, ogni dollaro investito nella cura della salute mentale genera un ritorno quattro volte superiore, grazie soprattutto a una minore spesa sanitaria legata a patologie correlate e a una migliore resa lavorativa. D'altro canto, invece, la mancata assistenza a livello mondiale genera ogni anno una perdita economica che si traduce in un *deficit* di un trilione di dollari;

anche secondo l'Istituto superiore di sanità « L'investimento nei servizi e in programmi di salute mentale a livello nazionale, che hanno sofferto per anni di limitati finanziamenti, è quindi ora più importante che mai », ma con 61 suicidi negli istituti di detenzione, il dato più alto degli ultimi vent'anni, 9 posti letto per persone con disturbi psichiatrici ogni 100 mila abitanti — all'ultimo posto in Europa —, e 92 posti letto in totale sull'intero territorio nazionale nei reparti di neuropsichiatria infantile, la salute mentale in Italia rimane ancora una salute troppo ignorata;

a distanza di un anno dal documento dell'Oms che ha messo in luce le problematiche psicologiche create dalla pandemia, grazie al quale sembrava che la cura della salute mentale dovesse diventare una priorità nazionale, si constata, ancora una volta, che le aspettative sono state disattese: nel Piano nazionale di ripresa e resilienza la salute mentale è nuovamente la grande assente,

impegna il Governo:

- 1) a definire con urgenza un Piano nazionale per la tutela della salute mentale e la promozione del benessere psicologico, atto a fornire una cornice unitaria per le istituzioni di ogni livello e a promuovere interventi di prevenzione, cura, trattamento e reinserimento sociale e lavorativo nell'ambito del disagio psicologico e dei disturbi correlati di diverso tipo e gravità;
- 2) a promuovere campagne nazionali di promozione del benessere psicologico e di informazione e sensibilizzazione in materia di salute mentale e del sistema di servizi a disposizione dei cittadini;
- 3) in occasione dell'aggiornamento dei livelli essenziali e nel rispetto delle disposizioni vigenti, ad aggiornare i livelli essenziali di assistenza, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, 12 gennaio 2017, inserendo nella griglia strumenti per valutare anche i percorsi di salute mentale sul territorio, e non solo in ospedale, e garantendo una reale differenziazione nella prestazione delle cure e dei modelli di intervento, basati sulle reali necessità della persona nel complesso dei suoi bisogni, per una piena inclusione sociale;
- 4) ad assumere iniziative, per quanto di competenza, per rilanciare i servizi di tutela della salute mentale e del benessere psicologico, favorendo una rete territoriale per integrare le offerte pubbliche e le proposte del cosiddetto privato e privato sociale, anche mediante lo stanziamento di risorse economiche e/o la previsione di incentivi per favorire la capillare diffusione della teleassistenza, del teleconsulto e della telemedicina;
- 5) nel rispetto dei vincoli di bilancio e per quanto di competenza, ad adottare iniziative per aumentare la quota di spesa per i Dipartimenti di salute mentale, ferma da oltre 20 anni al 3,5 per cento del Fondo sanitario regionale, cioè a poco più 4 miliardi di euro, al fine di potenziare i servizi e coprire le richieste crescenti dei cittadini in ogni fascia d'età;
- 6) ad adottare iniziative per individuare *standard* uniformi qualitativi, tecnologici e organizzativi della rete dei centri di salute mentale, nella gamma dei servizi offerti, per garantire alle persone omogeneità di cure su tutto il territorio dalla fase acuta a quella riabilitativa e di mantenimento;
- 7) tenendo in considerazione le iniziative normative già avviate in materia, ad adottare iniziative per sopperire alla carenza di specialisti con nuove dotazioni di personale per tutte le tipologie e le strutture, mediante l'impiego di personale sanitario specializzato, con particolare riguardo ad una adeguata dotazione di psichiatri, psicologi e psicoterapeuti, assistenti sociali, infermieri oltre a operatori sociali con funzioni educative e riabilitative;
- 8) a promuovere interventi a tutela delle persone più fragili, minori, anziani e disabili, centrati sulla casa come primo luogo di cura, puntando sulla prevenzione e su risposte innovative anche in termini di teleconsulto, teleassistenza e telemedicina per guardare alle nuove povertà anche sociali e raggiungere le zone ove è maggiore la carenza di figure professionali specialistiche;

- 9) ad adottare iniziative, per quanto di competenza, volte a potenziare i servizi territoriali sociali e sanitari, con particolare riguardo agli aspetti d'integrazione socio-sanitaria in materia di disturbi psicologici e dipendenze patologiche, prevedendo specifiche iniziative volte a favorire l'accesso al supporto psicologico alle persone di minore età e agli adulti anche mediante inserimento di psicologi nelle unità complesse di cure primarie, in collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta (Uccp);
- 10) ad adottare iniziative volte a garantire la piena integrazione degli interventi socio-sanitari in ambito della salute mentale per sostenere un progetto terapeutico personalizzato idoneo a restituire alla persona una vita indipendente fondata sull'autonomia sociale, lavorativa o di studio;
- 11) ad adottare iniziative di competenza per promuovere strategie di cura domiciliare e di supporto dell'autonomia per patologie ad alta complessità e/o ad alta prevalenza (Pdta), mediante interventi territoriali di prossimità e riequilibrando l'allocazione delle risorse;
- 12) tenendo in considerazione le iniziative normative già avviate in materia, ad adottare iniziative per prevedere la figura dello psicologo all'interno dei reparti di pediatria e neonatologia degli ospedali del Servizio sanitario nazionale con l'obiettivo di tutelare il benessere psicologico dei bambini e adolescenti ricoverati e delle loro famiglie, con particolare riferimento alle condizioni di cronicità e/o di disagio psico-sociale;
- 13) nel rispetto dei vincoli di bilancio, a valutare la possibilità di adottare iniziative per riconoscere alle famiglie con figli minori di anni 18 a carico un *voucher* destinato a favorire l'accesso ai servizi psicologici e psicoterapeutici alle fasce più vulnerabili della popolazione;
- 14) a sviluppare reti di collaborazione e servizi di sostegno attraverso figure formate di psicologi e servizi sociali integrati in rete funzionale con i singoli ambiti distrettuali sanitari, per rispondere alle esigenze delle istituzioni scolastiche di accompagnamento e supporto in materia;
- 15) ad adottare le iniziative di competenza per prevedere strutture di libero accesso, riservate ai ragazzi, che possano offrire attività di ascolto: e supporto psicologico rispetto alle problematiche dell'età adolescenziale;
- 16) ad adottare iniziative per riconoscere a tutti i cittadini il diritto alla salute psicologica, garantendo l'accesso ai servizi di prevenzione e di cura pubblici o, valutandone la possibilità, nel rispetto dei vincoli di bilancio, anche ai privati convenzionati di psicoterapia;
- 17) a valutare la possibilità, nel rispetto delle competenze regionali, di adottare le iniziative di competenza per garantire l'incremento del numero di posti letto nei servizi pubblici per la salute mentale e nei reparti di neuropsichiatria infantile, assicurando una fattiva collaborazione con i servizi territoriali di prossimità così da garantire la continuità di cura e il superamento dello stato di acuzie unitamente all'abbattimento delle liste d'attesa;
- 18) nel rispetto dei vincoli di bilancio, ad adottare iniziative per finanziare uno specifico Fondo nazionale di lotta alle dipendenze patologiche, al fine di mettere il servizio pubblico, le comunità terapeutiche, e le associazioni del terzo settore nelle condizioni di affrontare efficacemente un feno-

- meno in continua evoluzione correlato alla diffusione delle dipendenze patologiche sia comportamentali che da sostanze stupefacenti;
- 19) tenendo in considerazione le iniziative normative già avviate in materia, ad assumere iniziative, per quanto di competenza, volte a formare e a potenziare le risorse umane nelle strutture pubbliche per assistere e curare le persone, tra le quali molti giovani, che sono afflitte da dipendenze comportamentali, quali ad esempio il disturbo da gioco d'azzardo, dipendenza sessuale o da pornografia *on line*, dipendenza da *internet*, oltre che da dipendenze da sostanze stupefacenti;
- 20) a valutare la possibilità di assumere le iniziative di competenza per garantire la presenza sul territorio nazionale di servizi territoriali per la presa in carico di disturbi del comportamento alimentare, oltre che di strutture residenziali per il trattamento di tali disturbi;
- 21) ad istituire un gruppo di lavoro multidisciplinare che possa orientare gli interventi di salute mentale e di promozione del benessere psicologico, opportunamente calibrati sui bisogni della popolazione e inquadrati nell'ambito del territorio nazionale, e definire gli *standard* qualitativi e quantitativi relativi alle risorse umane, promuovendo l'intervento psicosociale e riabilitativo della persona nei diversi servizi dei dipartimenti di salute mentale;
- 22) tenendo in considerazione le iniziative normative già avviate in materia, ad adottare iniziative, per quanto di competenza, per istituire nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, ambulatori integrati per l'assistenza dei pazienti cosiddetti « *long COVID* », ossia con una sintomatologia prolungata e persistente nel tempo, al fine
- di mettere in atto un processo di cura e riabilitazione dedicato, offrendo loro il necessario sostegno psicologico e/o psichiatrico;
- 23) ad assumere iniziative di competenza volte a individuare, programmare e coordinare i presidi psichiatrici e di igiene mentale extraospedalieri, dando a questi una chiara e definita organizzazione;
- 24) ad adottare iniziative per assicurare servizi e interventi di promozione della salute mentale per le persone con limitazione della libertà personale nelle carceri, al fine di contribuire alla funzione rieducativa della pena e al miglior reinserimento nella società, così da garantire il benessere e la sicurezza altresì della comunità umana di accoglienza;
- 25) ad adottare iniziative per assicurare, in collaborazione con le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, la risposta ai bisogni di cura, di tutela della salute mentale e di integrazione sociale, al fine di favorire l'inclusione nelle attività del territorio e superare le attuali differenze regionali;
- 26) ad assumere iniziative, per quanto di competenza, volte a supportare le persone con difficoltà psicologiche o disturbi mentali per combattere lo stigma, la discriminazione e l'isolamento sociale che si abbatte su queste persone e le loro famiglie, garantendo a chi vive tali malattie di accedere alle cure e di ricevere un'assistenza continuativa e integrata sociale e sanitaria;
- 27) a prevedere un monitoraggio costante del sistema di cura della salute mentale e degli interventi di promozione del benessere psicologico, mediante la

pubblicazione di una relazione annuale da parte del Ministero della salute.

(1-00496) (*Testo modificato nel corso della seduta*) « Bellucci, Lollobrigida, Meloni, Albano, Bignami, Bucalo, Butti, Caiata, Caretta, Ciaburro, Cirielli, Deidda, Delmastro Delle Ve-

dove, De Toma, Donzelli, Ferro, Foti, Frassinetti, Galantino, Gemmato, Lucaselli, Mantovani, Maschio, Mollicone, Montaruli, Osnato, Prisco, Rampelli, Rizzetto, Rottelli, Rachele Silvestri, Silvestroni, Trancassini, Varchi, Vinci, Zucconi ».

## INTERROGAZIONI A RISPOSTA IMMEDIATA

***Iniziative volte a includere con riserva, nelle graduatorie di luglio 2021, gli insegnanti risultati idonei alle selezioni del V ciclo dei percorsi di specializzazione per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità – 3-02336***

PASTORINO, FRATOIANNI e FORNARO. — *Al Ministro dell'istruzione.* — Per sapere — premesso che:

il tema degli insegnanti di sostegno e della loro specializzazione è stato trattato dal primo firmatario della presente interrogazione con atto di sindacato ispettivo n. 3-02184;

occasione in cui la Ministra dell'università e della ricerca Messa ha sottolineato che il Ministero dell'università e della ricerca, competente con riferimento alla formazione dei futuri docenti, « si è subito attivato per accrescere la potenzialità del sistema universitario »;

tuttavia, la Ministra dell'università e della ricerca ha concluso affermando che dovrà « essere profuso uno sforzo di sinergia fra Ministero dell'istruzione e Ministero dell'università e della ricerca affinché, a fronte dell'accresciuta disponibilità dell'offerta formativa degli atenei, possa anche essere aumentato, già in occasione del prossimo ciclo di tirocinio formativo attivo (Tfa), il fabbisogno espresso dal sistema educativo »;

la costante scelta di personale privo di titolo di specializzazione e abilitato su materia svilisce la figura dell'insegnante specializzato e non offre ai soggetti più vulnerabili le giuste attenzioni;

inoltre, aumenta ancora il numero di alunni con disabilità che frequentano le scuole italiane, il 6 per cento in più rispetto all'anno precedente per un totale pari al 3,5 per cento degli iscritti, come rilevato dal rapporto dell'Istat « L'inclusione scolastica degli alunni con disabilità — anno scolastico 2019-2020 », e la pandemia ha aggravato ulteriormente la situazione degli studenti con diverse abilità che hanno registrato maggiori difficoltà a beneficiare di soluzioni di apprendimento a distanza;

urge un intervento congiunto del Ministero dell'istruzione e del Ministero dell'università e della ricerca affinché siano evitate sacche di precariato non specializzato e sia attribuita la precedenza a coloro che, superate le prove per il relativo corso di specializzazione, mirino effettivamente a ricoprire tale ruolo, garantendo un servizio continuativo e consapevole agli alunni con diversa abilità;

è importante garantire sin dal prossimo anno scolastico a ciascun alunno con disabilità di svolgere il proprio percorso formativo opportunamente affiancato secondo le proprie possibilità e capacità —:

se intenda certificare l'accresciuto fabbisogno di docenti di sostegno specializzati, anche al fine di permettere l'inclusione con riserva nelle graduatorie di luglio 2021, in coda alla prima o alla seconda fascia di sostegno delle graduatorie provinciali per le supplenze e prima delle graduatorie incrociate, degli insegnanti risultati idonei alle selezioni del V ciclo dei percorsi di specializzazione per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità che consegu-

ranno il titolo di specializzazione, come soprannumerari, nel 2022 in occasione del VI ciclo tirocinio formativo attivo soste-  
gno. (3-02336)

***Iniziative volte a garantire la riapertura in sicurezza degli istituti scolastici per l'avvio del nuovo anno scolastico e la ripresa dell'attività didattica in presenza per gli studenti di ogni ordine e grado***  
— 3-02337

TOCCAFONDI, FREGOLENT, ANZALDI, MARCO DI MAIO, UNGARO, OCCHIONERO e VITIELLO. — *Al Ministro dell'istruzione.* — Per sapere — premesso che:

in Italia la scuola nell'anno scolastico in corso è stata chiusa circa 37 settimane di media, il periodo più lungo rispetto agli altri Paesi europei: 34 settimane in Germania, 27 nel Regno Unito, 15 in Spagna, 12 in Francia;

la vera e propria spersonalizzazione della didattica a distanza ha prodotto effetti sicuramente negativi per migliaia di bambini ed adolescenti che sono rimasti fuori dalle aule: il tasso di dispersione scolastica rischia di aumentare sensibilmente, così come rischiano di aumentare le lacune formative che le rilevazioni Invalsi certificheranno. Si tratta della più grande emergenza educativa degli ultimi anni che ha ampliato il divario tra le famiglie, tra bambini che abitano nelle aree urbane e quelle rurali, tra i minori con disabilità e non. La didattica e la scuola rappresentano un percorso educativo, non semplicemente un insieme indistinto di lezioni, verifiche e valutazioni. La scuola rappresenta anche rapporti, relazioni, domande, dubbi, scoperte che la didattica a distanza non può facilitare;

la riapertura a settembre 2021, che preveda la didattica in presenza per tutti gli studenti di ogni ordine e grado al 100 per cento, necessita quindi di un piano predisposto per tempo che contenga necessaria-

mente una soluzione ai seguenti problemi: la possibilità di mantenere il distanziamento sociale tra gli studenti e con il personale insegnante e non — considerando che gli istituti scolastici non sempre dispongono di aule adeguate e che consentono il distanziamento —, l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza personali nelle scuole, utilizzando mascherine adatte ai giovani di età diverse, un piano trasporti capace di far fronte alle ore di punta coincidenti con l'inizio delle lezioni, che comprenda la previsione di una marcata implementazione dei mezzi di trasporto e, infine, una campagna vaccinale dei ragazzi, al momento possibile dai 12 anni di età;

un'ampia campagna vaccinale rivolta ai più giovani è sicuramente la condizione principale per eventualmente ammorbidire le misure anticontagio. L'elevata adesione dei ragazzi e delle ragazze in occasione della vaccinazione per i maturandi e l'apertura agli studenti di età superiore ai 12 anni hanno dimostrato la sensibilità loro e delle famiglie nei confronti del problema —:

quali iniziative intenda adottare, con particolare riferimento alle problematiche esposte in premessa, per garantire la riapertura in sicurezza degli istituti scolastici a settembre che consenta la ripresa dell'attività didattica in presenza al 100 per cento per gli studenti di ogni ordine e grado. (3-02337)

***Iniziative di competenza in relazione a recenti dichiarazioni del Presidente della Repubblica d'Austria circa le prospettive di concessione della grazia a terroristi altoatesini, nonché in relazione all'estradizione dell'ex terrorista Heinrich Oberleiter*** — 3-02334

BIANCOFIORE. — *Al Ministro degli affari esteri e della cooperazione internazionale.* — Per sapere — premesso che:

il Presidente austriaco Alexander Van der Bellen il 7 giugno 2021 è giunto in Italia in visita ufficiale al Quirinale per un

incontro col Presidente della Repubblica Mattarella che avrebbe dovuto avere ad oggetto temi di confronto sulla crisi pandemica, politica estera europea comune, rapporti commerciali tra Italia e Austria e la ripresa del turismo tra i due Paesi;

l'indomani è stata fatta filtrare sui media altoatesini la notizia che il Presidente austriaco avrebbe profittato dell'incontro per tornare a chiedere la grazia per i terroristi altoatesini;

il Presidente austriaco Van der Bellen si sarebbe spinto ad affermare ai microfoni della tv locale Rai Südtirol: « non vorrei dirlo troppo forte, ma credo che siamo sulla strada giusta » per ottenere dal Presidente della Repubblica italiana la grazia per tutti e tre i terroristi rifugiati in Austria;

si rammenta che Heinrich Oberleiter che ha fatto richiesta di grazia — attualmente in possesso di passaporto austriaco — è accusato, insieme ad altri complici soprannominati « *Pustertaler Baum* », degli attentati col tritolo avvenuti tra il 1966 e il 1967 dove hanno perso la vita finanziari in servizio e il carabiniere Vittorio Tiralongo e altri sei carabinieri sono stati feriti gravemente. Oberleiter e i suoi complici furono condannati a ben due ergastoli;

si assiste in questi giorni a parere dell'interrogante all'ennesima *escalation* contro l'integrità dello Stato italiano, a provocazioni da parte di organizzazioni di fatto paramilitari che sarebbero vietate dall'articolo 18 della Costituzione, *Südtiroler Schützenbund* e *Südtiroler Heimatbund*, che utilizzano simboli sacri peraltro, come il sacro cuore di Gesù, per inneggiare alla secessione e magnificare i 361 attentati terroristici che ebbero inizio nella notte tra l'11 e il 12 giugno del 1961;

Italia e Austria hanno firmato la clausola liberatoria del 1992 innanzi all'Onu, secondo la quale lo Stato austriaco non avrebbe più interferito sulle questioni interne altoatesine riconosciute afferenti allo Stato italiano e tra i due Stati dell'Unione europea sussiste accordo di estradizione —

se intenda, per quanto di competenza, manifestare sorpresa all'ambasciatore austriaco in Italia per le richieste e le parole del Presidente della Repubblica del suo Paese, Alexander Van der Bellen, circa una concessione della grazia che appartiene all'esclusiva competenza delle più elevate autorità italiane, al contempo adoperandosi, di concerto con il Ministro della giustizia, per l'estradizione dell'ex terrorista Heinrich Oberleiter. (3-02334)

***Elementi e iniziative di competenza in merito al ritorno in Italia del signor Enrico Forti, detenuto negli Stati Uniti***  
— 3-02335

LOLLOBRIGIDA, MELONI, ALBANO, BELLUCCI, BIGNAMI, BUCALO, BUTTI, CAIATA, CARETTA, CIABURRO, CIRIELLI, DE TOMA, DEIDDA, DELMASTRO DELLE VEDOVE, DONZELLI, FERRO, FOTI, FRASSINETTI, GALANTINO, GEMMATO, LUCASELLI, MANTOVANI, MASCHIO, MOLLICONE, MONTARULI, OSNATO, PRISCO, RAMPPELLI, RIZZETTO, ROTELLI, RACHELE SILVESTRI, SILVESTRONI, TRANCASSINI, VARCHI, VINCI e ZUCCONI. — *Al Ministro degli affari esteri e della cooperazione internazionale.* — Per sapere — premesso che:

Enrico Forti, detto Chico, è un cittadino italiano detenuto negli Stati Uniti dove è stato condannato all'ergastolo — con sentenza diventata definitiva nel 2010 — per un omicidio del quale si è sempre professato innocente;

Chico Forti è stato condannato in base a un procedimento giudiziario caratterizzato, sia nella fase delle indagini che durante il processo, da molteplici errori di procedura e da violazioni dei diritti di difesa dell'imputato, che fanno ragionevolmente ritenere che il verdetto sia frutto di un assurdo errore giudiziario, ma la richiesta di revisione è sempre stata respinta;

il Ministro interrogato, in data 2 luglio 2020, nel dare riscontro ad un atto di sindacato ispettivo, ha riferito che stava seguendo il caso di Chico Forti e che il connazionale era assistito dall'ambasciata a Washington e dal consolato generale a Miami e che la prima stava svolgendo un'incisiva opera di sensibilizzazione presso le competenti autorità statunitensi, affinché fosse accolta l'istanza di trasferimento in Italia presentata da Forti nel 2018, ai sensi della Convenzione di Strasburgo del 1983 sul trasferimento delle persone condannate, per continuare a scontare in Italia la pena inflitta dalla giustizia americana;

nel mese di dicembre 2020, il Ministro interrogato ha poi annunciato l'imminente ritorno in patria di Chico Forti, poiché era giunta l'autorizzazione da parte del Governatore della Florida volta a riconoscere a Forti la possibilità di avvalersi dei benefici previsti dalla Convenzione europea per i diritti dell'uomo e ritornare nel proprio Paese a scontare la pena;

tuttavia, a distanza di mesi, Chico Forti attende ancora di essere rimpatriato, né sono confortanti le notizie che si stanno susseguendo in merito al suo ritorno in Italia, nel quale stanno assumendo particolare rilevanza aspetti procedurali alquanto confusi e che stanno dando luogo a un rimpallo di responsabilità tra le autorità statunitensi e quelle nazionali, in danno della posizione di Forti;

inoltre, il carcere nel quale è attualmente detenuto Forti è un istituto federale di massima sicurezza, il *Dade correctional institution*, in cui non sono, generalmente, detenute persone in procinto di trasferimento, fatto che genera ulteriore incertezza in merito al suo rimpatrio in Italia —:

a che punto sia realmente l'iter per il ritorno in Italia di Chico Forti e se non ritenga di assumere con urgenza le opportune iniziative di competenza affinché si pervenga a tale obiettivo nel più breve tempo possibile. (3-02335)

***Iniziative di competenza per il rilancio del comparto dell'edilizia in relazione all'aumento dei prezzi dei materiali per le costruzioni, al fine di preservare i progetti del Piano nazionale di ripresa e resilienza e l'efficacia degli incentivi fiscali***  
— 3-02338

PEZZOPANE, BENAMATI, BRAGA, BURATTI, MORASSUT, MORGONI, PELLICANI, ROTTA, BONOMO, GUALTIERI, GAVINO MANCA, NARDI, SOVERINI, ZARDINI, BERLINGHIERI, CARNEVALI, DI GIORGI, DELRIO, MURA, DE LUCA, FIANO, UBALDO PAGANO, INCERTI, DE MARIA, VISCOMI e LORENZIN. — *Al Ministro dello sviluppo economico.* — Per sapere — premesso che:

è in corso un forte aumento dei prezzi dei materiali per le costruzioni;

partendo da quelli siderurgici, acciaio e ferro, si va dal più 117 per cento tra novembre 2020 e aprile 2021 del tondo per cemento armato agli aumenti di altri materiali importanti per l'edilizia (+40 per cento dei polietileni, +17 per cento del rame, +34 per cento del petrolio nello stesso periodo di riferimento);

L'Ocse attribuisce tale dinamica dei prezzi all'impennata repentina della domanda del settore delle costruzioni in Cina che ha causato un effetto a cascata con il rialzo dei prezzi su tutta la filiera dell'acciaio a livello mondiale. La Cina rappresenta, infatti, oltre il 50 per cento del consumo mondiale di acciaio e il 40 per cento è assorbito dalle costruzioni cinesi;

tra i materiali che hanno registrato forti aumenti di prezzo c'è anche il bitume (+15 per cento) e il cemento (+10 per cento di gennaio 2021 rispetto a dicembre 2020);

gli aumenti dei prezzi si sono registrati soprattutto in Europa, anche in Paesi come la Francia, la Germania e il Regno Unito;

tali rincari rischiano di frenare i lavori già in corso e di mettere a rischio

quelli del Piano nazionale di ripresa e resilienza qualora non si intervenisse tempestivamente;

potrebbero altresì verificarsi rallentamenti dei lavori legati al fatto che alcuni materiali cominciano a scarseggiare, come i ponteggi di ferro, interessati da un forte aumento della domanda;

l'aumento del prezzo all'ingrosso dei materiali mette in difficoltà gli operatori del settore, in particolare per quanto concerne il « *superbonus* 110 per cento » che ha massimali ben precisi, il cui superamento rischia di rendere meno conveniente per il committente l'agevolazione fiscale —:

quali urgenti iniziative di competenza intenda intraprendere per il sostegno e il rilancio del comparto dell'edilizia, già duramente colpito da una crisi settoriale in atto ormai da oltre dieci anni, anche in relazione al ruolo che tale settore ricopre nel percorso verso la ripresa economica del Paese, e per scongiurare il rischio che l'aumento indiscriminato dei prezzi dei materiali edili possa mettere a repentaglio i cantieri in corso, i progetti del Piano nazionale di ripresa e resilienza e l'efficacia degli incentivi fiscali nel settore.

(3-02338)

***Iniziative di competenza a sostegno delle imprese e dei consumatori in relazione al fenomeno del rialzo dei prezzi delle materie prime — 3-02339***

SUT, ALEMANNI, CARABETTA, CHIAZZESE, FRACCARO, GIARRIZZO, MASI, ORRICO, PALMISANO, PERCONTI e SCANU. — *Al Ministro dello sviluppo economico.* — Per sapere — premesso che:

l'impennata dei prezzi delle materie prime rischia di rallentare la produzione industriale e inficiare la ripartenza dell'economia italiana, scossa dall'impatto pandemico su un tessuto produttivo oggi in-

dubbiamente segnato, nonostante il dispiegamento di un'importante azione di sostegno pubblico alle imprese;

l'aumento esponenziale dei prezzi delle *commodities* agricole, alimentari, edili, manifatturiere e industriali si configura quale fenomeno internazionale che interessa trasversalmente i comparti produttivi europei, gravando sul prezzo al consumo. È attribuibile alla ripartenza simultanea delle economie, alla rapida ripresa della domanda interna della Cina e degli Usa, a cause finanziarie e logistiche;

in particolare, si registra su base annua un +93,6 per cento per le *commodities* energetiche, +65,7 per cento per i metalli di base, +50,4 per cento tra settembre 2020 e gennaio 2021 per le importazioni di minerali non metalliferi, +34 per cento per il petrolio, fino al dato eclatante dell'acciaio (+117 per cento per il prezzo del tondo per cemento armato), senza contare le materie prime agricole, come i cereali (+27,8 per cento);

l'elettronica di consumo e l'*automotive* lamentano inoltre rincari della componentistica elettronica, causati dalla carenza di *chip* su scala globale;

il fenomeno acuisce uno scenario generale di marcata incertezza per il mondo produttivo, che rischia di rispondere alla ripresa della domanda con una paralisi delle produzioni;

sussiste, quindi, al momento una condizione di diffuso allarme, condiviso dalle associazioni di categoria dei diversi segmenti produttivi che denunciano la pericolosità dei rialzi prezzari, per gli effetti dirompenti che possono avere sulle piccole imprese, sulla competitività del sistema e sul raggiungimento degli obiettivi del *Recovery plan*, come rilevato anche dall'Ance;

la sopra citata associazione ha inoltre ribadito l'effetto frenante che l'incremento dei prezzi delle *commodities* dell'edilizia può indurre sull'andamento del « *superbo-*

nus 110 per cento», con inevitabili ripercussioni sugli esiti espansivi della misura per l'economia nazionale;

desta ulteriore preoccupazione lo scatto dei prezzi di materie prime d'importazione extra Unione europea, che rientrano nella lista europea delle « materie prime critiche », come il cobalto, le terre rare e il litio — usato nella fabbricazione delle batterie elettriche e per lo stoccaggio dell'energia — indispensabili nel compimento delle transizioni ecologica e digitale e per le quali si prevede, nei prossimi decenni, un macroscopico aumento della domanda —:

quali iniziative di competenza intenda adottare per sostenere le imprese, la produttività e i consumatori, in considerazione del fenomeno di rialzo prezzario delle materie prime descritto in premessa.  
(3-02339)

***Termini e modalità attuative in ordine all'erogazione delle risorse previste dai recenti provvedimenti legislativi al fine di favorire la ripresa delle attività commerciali — 3-02340***

BITONCI, MOLINARI, ANDREUZZA, BADOLE, BASINI, BAZZARO, BELLA-CHIOMA, BELOTTI, BENVENUTO, BIANCHI, BILLI, BINELLI, BISA, BOLDI, BONIARDI, BORDONALI, CLAUDIO BORGHI, BUBISUTTI, CAFFARATTO, CANTALAMESSA, CAPARVI, CAPITANIO, CARRARA, CASTIELLO, VANESSA CATTOI, CAVANDOLI, CECCHETTI, CENTEMERO, CESTARI, COIN, COLLA, COLMELLERE, COMAROLI, COMENCINI, COVOLO, ANDREA CRIPPA, DARA, DE ANGELIS, DE MARTINI, D'ERAMO, DI MURO, DI SAN MARTINO LORENZATO DI IVREA, DONINA, FANTUZ, FERRARI, FIORINI, FOGLIANI, LORENZO FONTANA, FORMENTINI, FOSCOLO, FRASSINI, FURGIUELE, GALLI, GASTALDI, GERARDI, GERMANÀ, GIACCONE, GIACOMETTI, GIGLIO VIGNA, GOBBATO, GOLINELLI, GRIMOLDI, GUSMEROLI,

IEZZI, INVERNIZZI, LAZZARINI, LEGNAIOLI, LIUNI, LOLINI, EVA LORENZONI, LOSS, LUCCHINI, LUCENTINI, MACCANTI, MAGGIONI, MANZATO, MARCHETTI, MARIANI, MATURI, MICHELI, MINARDO, MORRONE, MOSCHIONI, MURELLI, ALESSANDRO PAGANO, PANIZZUT, PAOLIN, PAOLINI, PAROLO, PATASSINI, PATELLI, PATERNOSTER, PETTAZZI, PIASTRA, PICCHI, PICCOLO, POTENTI, PRETTO, RACCHELLA, RAFFAELLI, RAVETTO, RIBOLLA, RIXI, SALTAMARTINI, SNIDER, STEFANI, SUTTO, TARANTINO, TATEO, TIRAMANI, TOCCALINI, TOMASI, TOMBOLATO, TONELLI, TURRI, VALBUSA, VALLOTTO, VIVIANI, RAFFAELE VOLPI, ZANELLA, ZENNARO, ZICCHIERI, ZIELLO, ZOFFILI e ZORDAN. — *Al Ministro dello sviluppo economico.* — Per sapere — premesso che:

per effetto delle misure di contenimento per il contrasto all'emergenza epidemiologica da COVID-19, negli ultimi mesi numerose attività sono state interessate dai provvedimenti di carattere restrittivo stabiliti con decretazione d'urgenza;

al fine di sostenere economicamente le suddette attività danneggiate dalle chiusure, nell'ultimo provvedimento adottato dal Governo è stato previsto lo stanziamento di risorse *ad hoc*, per un ammontare complessivo di 100 milioni di euro per l'anno 2021, destinate a tutti gli operatori del settore;

si evidenzia, dunque, il preminente obiettivo di favorire la ripartenza delle attività commerciali, anche mediante la previsione di interventi economici idonei a compensare adeguatamente i cali di fatturato che sono seguiti alle sopra menzionate restrizioni —:

entro quali termini e con quali modalità attuative saranno erogate le risorse sopra menzionate, indispensabili in specie nella fase di ripresa economica *post* pandemia.  
(3-02340)

***Iniziative di competenza per il rilancio del comparto automobilistico italiano, anche in vista della transizione verso la mobilità elettrica - 3-02341***

BARELLI, OCCHIUTO, PORCHIETTO, GIACOMETTO, SQUERI, TORROMINO e POLIDORI. — *Al Ministro dello sviluppo economico.* — Per sapere — premesso che:

la società *Stellantis*, frutto della fusione tra i gruppi *Fca* e *Psa*, è il quarto costruttore automobilistico al mondo con 8,8 milioni di auto vendute, 400 mila dipendenti e oltre 180 miliardi di euro di fatturato;

la precedente *Fca* occupava in Italia 53 mila addetti in 16 stabilimenti. La filiera *automotive* italiana conta oltre 260 mila lavoratori, rappresenta più del 7 per cento degli occupati del settore manifatturiero, ha un fatturato di quasi 106 miliardi di euro;

nel corso del 2020 è stata concessa a *Stellantis* una garanzia Sace per oltre 5,6 miliardi di euro, finalizzata al pagamento del personale e al fabbisogno della produzione degli stabilimenti italiani, ivi compreso il pagamento della filiera italiana, nonché agli investimenti destinati alla ricerca e sviluppo in Italia;

la suddetta garanzia è stata concessa subordinatamente al rispetto di impegni, quali: l'attuazione dei progetti industriali annunciati a dicembre 2019; la non delocalizzazione della produzione dei modelli ricompresi nel piano; la piena occupazione entro il 2023, senza ricorso ad ammortizzatori sociali;

l'impegno del *Ceo* di *Stellantis* Tavares di non chiudere nessun stabilimento

italiano è stato messo in discussione dall'annuncio di una riorganizzazione degli impianti del gruppo. Quelli italiani sono stati definiti troppo costosi. Il piano industriale *Stellantis* è previsto per fine 2021;

l'*automotive* italiano è ancora in grande misura dipendente dalle attività di *Stellantis* e sono forti le preoccupazioni in merito al futuro del settore dell'auto in Italia, anche in relazione alle incertezze attorno agli esiti della transizione dalla motorizzazione termica alla motorizzazione elettrica;

per la produzione di batterie elettriche di nuova generazione il gruppo ha già allestito due « *giga-factory* » in Francia e in Germania, in prossimità degli stabilimenti automobilistici. Si ritiene decisiva la realizzazione della prevista terza « *giga-factory* » in Italia (Mirafiori costituirebbe la scelta primaria). Un'eventuale realizzazione in un Paese diverso dall'Italia rappresenterebbe un gravissimo danno per tutta la filiera dell'*automotive* del nostro Paese;

non agganciare la filiera auto italiana all'innovazione elettrica potrebbe essere fatale, con grave compromissione dei livelli produttivi e occupazionali;

con riferimento a questa filiera i sindacati hanno chiesto di « orientare verso la ripresa industriale le risorse del Piano nazionale di ripresa e resilienza », rispetto al quale occorre rilevare la mancanza di risorse espressamente dedicate —:

quali iniziative di competenza intenda adottare e quali risorse intenda impegnare il Governo per consentire alla filiera *automotive* italiana di superare la crisi in corso e di proiettarsi da protagonista nella transizione verso la mobilità elettrica. (3-02341)

*MOZIONI FITZGERALD NISSOLI, INVIDIA, FORMENTINI, PEZZOPANE, MOLLICONE, UNGARO ED ALTRI N. 1-00359 (ULTERIORE NUOVA FORMULAZIONE) E FITZGERALD NISSOLI, INVIDIA, FORMENTINI, PEZZOPANE, MOLLICONE, UNGARO ED ALTRI N. 1-00359 (NUOVA FORMULAZIONE) CONCERNENTI INIZIATIVE DI CARATTERE DIPLOMATICO VOLTE A SALVAGUARDARE L'EREDITÀ CULTURALE ITALIANA NEGLI STATI UNITI, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA FIGURA DI CRISTOFORO COLOMBO*

**Mozioni**

La Camera,

premessi che:

recentemente negli Usa si sono nuovamente verificati episodi di intolleranza verso la figura di Cristoforo Colombo, con gesti volti a distruggere o imbrattare le statue che lo ricordano. La settimana scorsa a Richmond, in Virginia (Usa), la locale statua di Cristoforo Colombo è stata abbattuta, data alle fiamme e poi gettata nel lago, mentre a Houston la statua che ricorda il navigatore è stata imbrattata di vernice rossa;

questi ultimi episodi si ricollegano a quelli del 2017, quando si verificarono diversi episodi di intolleranza verso alcuni simboli della storia americana ivi compreso Cristoforo Colombo, icona per gli italiani d'America che celebrano, nel mese di ottobre, il famoso *Columbus Day*, dichiarato giorno di Festa nazionale, nel 1937, dal Presidente Franklin Delano Roosevelt;

proprio tre anni fa a Baltimora, una statua di Colombo, eretta nel 1792, fu distrutta a martellate; a Detroit, il monumento a Colombo fu avvolto da un drappo nero; ed ancora a Houston, una statua, donata alla città dalla comunità italoamericana nel cinquecentenario della scoperta delle Americhe, è stata imbrattata di vernice color sangue. Allora come oggi. In-

fine, a Los Angeles, il 30 agosto 2017, il consiglio comunale ha votato a grande maggioranza la cancellazione del *Columbus Day*;

tali episodi si inquadrano nell'ambito di un acceso dibattito sulla conservazione della memoria storica che si è sviluppato negli scorsi anni negli USA e ha portato a posizioni critiche revisioniste; l'estremizzazione del confronto è sfociata anche in iniziative iconoclaste che inizialmente avevano preso di mira le statue dei generali sudisti e schiavisti sconfitti nella guerra civile e, di seguito, altre statue raffiguranti personalità italiane legate alla storia americana, tra queste in particolare quella del navigatore genovese;

la cancellazione del *Columbus Day* dal calendario delle feste e gli attacchi alle statue di Colombo rappresentano, oltre che un atteggiamento di indisponibilità a leggere il passato in modo condiviso, una profonda ferita inferta alla comunità italiana che vive negli Usa;

vale la pena ricordare che Cristoforo Colombo partì alla scoperta di una nuova rotta commerciale con l'oriente, circostanza che fa di lui non un conquistatore, bensì un esploratore;

Colombo è parte fondante della storia americana e oggi rappresenta l'eredità culturale degli italiani d'America, che nel *Columbus Day* vedono la celebrazione dell'orgoglio e del successo italiano in America;

ogni anno il Presidente Usa, come richiesto dalla risoluzione approvata dal Congresso il 30 aprile 1934 e modificata dalla legge del 28 giugno 1968, proclama il secondo lunedì di ottobre di ogni anno come « *Columbus Day* »;

nel 2017 la comunità italiana degli Usa ha rivolto un appello al Presidente Trump sottolineando come « Noi italiani d'America ci appelliamo al Presidente Trump affinché mantenga viva l'eredità culturale di Cristoforo Colombo, parte fondamentale del patrimonio culturale degli Stati Uniti. Senza Colombo non ci sarebbe l'America com'è oggi e forse neanche quella grande civiltà in cui ciascuno può ritrovarsi », un'eredità culturale che merita sostegno da parte delle istituzioni italiane;

Colombo è simbolo di relazione tra l'Italia e gli Usa e una rimozione di questa figura dalla memoria storica del popolo americano certamente non va incontro ai propositi di buona collaborazione e ai sentimenti di forte amicizia che i due Paesi nutrono reciprocamente;

è importante offrire uno spazio pubblico ad ogni contributo etnico, affinché la memoria delle radici di un Paese non venga dispersa e obliata. Ogni contributo etnico è vitale, in quanto ha reso possibile il raggiungimento della democrazia americana, così come la si conosce oggi; in tal senso, andrebbe accolta con favore l'idea di istituire un giorno celebrativo anche per le popolazioni indigene e i nativi americani, così come si celebra il *St. Patrick day*, senza che, tuttavia, ciò venga a sostituirsi all'importante celebrazione del *Columbus Day*, come invece si sta prospettando da più parti e come è già avvenuto a Los Angeles e in città più piccole, come ad Oberlin, in Ohio, la comunità italo-americana statunitense in questi anni si è sempre mobilitata pacificamente per difendere la memoria di una figura estremamente significativa per la propria storia ed anche per quella americana, evidenziando il contributo positivo che le rappresentanze dei popoli europei hanno dato alla maturazione della demo-

crasia, alla lotta contro ogni forma di discriminazione e all'integrazione culturale e sociale;

il Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale, anche attraverso l'Ambasciata a Washington e la sua rete consolare negli USA, sta seguendo da tempo il delicato dibattito sulle figure italiane giudicate negativamente da alcuni segmenti dell'opinione pubblica statunitense e ha continuato a sensibilizzare le proprie controparti sul valore storico di tali figure, in particolare quella di Cristoforo Colombo, divenuta simbolo della vicinanza tra Italia e Stati Uniti;

il Presidente Mattarella, durante la sua visita dell'ottobre dello scorso anno negli USA, nel corso delle dichiarazioni alla stampa ha sottolineato come Cristoforo Colombo abbia aperto orizzonti, fatto conoscere e posto in collegamento continenti fino ad allora sconosciuti l'uno all'altro,

impegna il Governo:

- 1) a proseguire il suo impegno, sul piano politico e diplomatico, affinché sia salvaguardata l'eredità culturale italiana negli Usa e la figura simbolo di tale eredità incarnata da Cristoforo Colombo, nel rispetto delle norme vigenti in quel Paese;
- 2) ad utilizzare tutti gli strumenti di comunicazione a disposizione da parte del Governo, affinché, sia a livello delle relazioni bilaterali Italia-USA, sia a livello multilaterale, venga valorizzato il reale ruolo storico di Cristoforo Colombo, un esploratore mosso dai nobili sentimenti della scoperta, alla base dell'evoluzione della società e dell'intera umanità.

(1-00359) (*Ulteriore nuova formulazione*)  
« Fitzgerald Nissoli, Invidia, Formentini, Pezzopane, Mollicone, Ungaro, Delmastro Delle Vedove, Aprea, Bagnasco, Baldini, Anna Lisa Baroni, Casciello, Cassinelli, Dall'Osso, D'Attis, Ferraioli, Marin, Mar-

rocco, Orsini, Napoli, Palmieri. Pentangelo, Polidori, Rossello, Ruffino, Saccani Jotti, Sozzani, Torromino, Versace, Vietina, Zangrillo, Biancofiore, Di San Martino Lorenzato Di Ivrea, La Marca, Maria Tripodi, Longo, Sangregorio, Carè, Barelli, Valentini, Zoffili, Cappellacci, Polverini, Cannizzaro, D'Ettore, Pettarin, Zanella, Giacometto, Elvira Savino, Bond, Calabria, Fiorini, Frate, Occhionero, Siracusano ».

La Camera,

premessi che:

recentemente negli Usa si sono nuovamente verificati episodi di intolleranza verso la figura di Cristoforo Colombo, con gesti volti a distruggere o imbrattare le statue che lo ricordano. La settimana scorsa a Richmond, in Virginia (Usa), la locale statua di Cristoforo Colombo è stata abbattuta, data alle fiamme e poi gettata nel lago, mentre a Houston la statua che ricorda il navigatore è stata imbrattata di vernice rossa;

questi ultimi episodi si ricollegano a quelli del 2017, quando si verificarono diversi episodi di intolleranza verso alcuni simboli della storia americana ivi compreso Cristoforo Colombo, icona per gli italiani d'America che celebrano, nel mese di ottobre, il famoso *Columbus Day*, dichiarato giorno di Festa nazionale, nel 1937, dal Presidente Franklin Delano Roosevelt;

proprio tre anni fa a Baltimora, una statua di Colombo, eretta nel 1792, fu distrutta a martellate; a Detroit, il monumento a Colombo fu avvolto da un drappo nero; ed ancora a Houston, una statua, donata alla città dalla comunità italoamericana nel cinquecentenario della scoperta delle Americhe, è stata imbrattata di vernice color sangue. Allora come oggi. Infine,

a Los Angeles, il 30 agosto 2017, il consiglio comunale ha votato a grande maggioranza la cancellazione del *Columbus Day*;

tali episodi si inquadrano nell'ambito di un acceso dibattito sulla conservazione della memoria storica che si è sviluppato negli scorsi anni negli USA e ha portato a posizioni critiche revisioniste; l'estremizzazione del confronto è sfociata anche in iniziative iconoclaste che inizialmente avevano preso di mira le statue dei generali sudisti e schiavisti sconfitti nella guerra civile e, di seguito, altre statue raffiguranti personalità italiane legate alla storia americana, tra queste in particolare quella del navigatore genovese;

la cancellazione del *Columbus Day* dal calendario delle feste e gli attacchi alle statue di Colombo rappresentano, oltre che un atteggiamento di indisponibilità a leggere il passato in modo condiviso, una profonda ferita inferta alla comunità italiana che vive negli Usa;

vale la pena ricordare che Cristoforo Colombo partì alla scoperta di una nuova rotta commerciale con l'oriente, circostanza che fa di lui non un conquistatore, bensì un esploratore;

Colombo è parte fondante della storia americana e oggi rappresenta l'eredità culturale degli italiani d'America, che nel *Columbus Day* vedono la celebrazione dell'orgoglio e del successo italiano in America;

ogni anno il Presidente Usa, come richiesto dalla risoluzione approvata dal Congresso il 30 aprile 1934 e modificata dalla legge del 28 giugno 1968, proclama il secondo lunedì di ottobre di ogni anno come « *Columbus Day* »;

nel 2017 la comunità italiana degli Usa ha rivolto un appello al Presidente Trump sottolineando come « Noi italiani d'America ci appelliamo al Presidente Trump affinché mantenga viva l'eredità culturale di Cristoforo Colombo, parte fondamentale del patrimonio culturale degli Stati Uniti. Senza Colombo non ci sarebbe l'America com'è oggi e forse neanche quella

grande civiltà in cui ciascuno può ritrovarsi», un'eredità culturale che merita sostegno da parte delle istituzioni italiane;

Colombo è simbolo di relazione tra l'Italia e gli Usa e una rimozione di questa figura dalla memoria storica del popolo americano certamente non va incontro ai propositi di buona collaborazione e ai sentimenti di forte amicizia che i due Paesi nutrono reciprocamente;

è importante offrire uno spazio pubblico ad ogni contributo etnico, affinché la memoria delle radici di un Paese non venga dispersa e obliata. Ogni contributo etnico è vitale, in quanto ha reso possibile il raggiungimento della democrazia americana, così come la si conosce oggi; in tal senso, andrebbe accolta con favore l'idea di istituire un giorno celebrativo anche per le popolazioni indigene e i nativi americani, così come si celebra il *St. Patrick day*, senza che, tuttavia, ciò venga a sostituirsi all'importante celebrazione del *Columbus Day*, come invece si sta prospettando da più parti e come è già avvenuto a Los Angeles e in città più piccole, come ad Oberlin, in Ohio, la comunità italo-americana statunitense in questi anni si è sempre mobilitata pacificamente per difendere la memoria di una figura estremamente significativa per la propria storia ed anche per quella americana, evidenziando il contributo positivo che le rappresentanze dei popoli europei hanno dato alla maturazione della democrazia, alla lotta contro ogni forma di discriminazione e all'integrazione culturale e sociale;

il Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale, anche attraverso l'Ambasciata a Washington e la sua rete consolare negli USA, sta seguendo da tempo il delicato dibattito sulle figure italiane giudicate negativamente da alcuni segmenti dell'opinione pubblica statunitense (prima di Colombo, la figura di Italo Balbo è stata oggetto di attacchi critici) e ha continuato a sensibilizzare le proprie controparti sul valore storico di tali figure, in particolare quella di Cristoforo Colombo, divenuta simbolo della vicinanza tra Italia e Stati Uniti;

il Presidente Mattarella, durante la sua visita dell'ottobre dello scorso anno negli USA, nel corso delle dichiarazioni alla stampa ha sottolineato come Cristoforo Colombo abbia aperto orizzonti, fatto conoscere e posto in collegamento continenti fino ad allora sconosciuti l'uno all'altro,

impegna il Governo:

- 1) a proseguire il suo impegno, sul piano politico e diplomatico, affinché sia salvaguardata l'eredità culturale italiana negli Usa e la figura simbolo di tale eredità incarnata da Cristoforo Colombo, nel rispetto delle norme vigenti in quel Paese;
- 2) ad utilizzare tutti gli strumenti di comunicazione a disposizione da parte del Governo, affinché, sia a livello delle relazioni bilaterali Italia-USA, sia a livello multilaterale, venga valorizzato il reale ruolo storico di Cristoforo Colombo, un esploratore mosso dai nobili sentimenti della scoperta, alla base dell'evoluzione della società e dell'intera umanità.

(1-00359) (*Nuova formulazione*) « Fitzgerald Nissoli, Invidia, Formentini, Pezzopane, Mollicone, Ungaro, Delmastro Delle Vedove, Aprea, Bagnasco, Baldini, Anna Lisa Baroni, Casciello, Cassinelli, Dall'Osso, D'Attis, Ferraioli, Marin, Marrocco, Orsini, Napoli, Palmieri, Pentangelo, Polidori, Rossello, Ruffino, Saccani Jotti, Sozzani, Torromino, Versace, Vietina, Zangrillo, Biancofiore, Di San Martino Lorenzato Di Ivrea, La Marca, Maria Tripodi, Longo, Sangregorio, Carè, Barelli, Valentini, Zoffili, Cappellacci, Polverini, Cannizzaro, D'Ettore, Pettarin, Zanella, Giacometto, Elvira Savino, Bond, Calabria, Fiorini, Frate, Occhionero, Siracusano ».

*Stabilimenti Tipografici*  
*Carlo Colombo S.p.A.*



\*18ALA0147380\*