

707.

Allegato A

DOCUMENTI ESAMINATI NEL CORSO DELLA SEDUTA COMUNICAZIONI ALL'ASSEMBLEA

INDICE

	PAG.		PAG.
Comunicazioni	3	Iniziative di competenza volte a prevenire prolungate interruzioni nell'erogazione della corrente elettrica e ad evitare il ripetersi di criticità analoghe a quelle registratesi in provincia di Nuoro alla fine del mese di novembre 2021 – 3-03015	9
Missioni vevoli nella seduta del 14 giugno 2022	3		
Progetti di legge (Annunzio; Assegnazione a Commissione in sede referente)	3, 4		
Corte dei conti (Trasmissione di documenti).	4	Elementi e iniziative in relazione al trattamento dell'atrofia muscolare spinale mediante la somministrazione del medicinale Zolgensma – 2-01108; 3-03012; 3-03013....	10
Documenti ministeriali (Trasmissione)	4, 5		
Progetti di atti dell'Unione europea (Annunzio).....	5		
Richieste di parere parlamentare su atti del Governo	6	Proposta di legge costituzionale: S. 747-2262-2474-2478-2480-2538 – D'iniziativa dei senatori: Iannone e Calandrini; Sbrollini ed altri; Biti; Augussori; Garruti ed altri; Gallone ed altri: Modifica all'articolo 33 della Costituzione, in materia di attività sportiva (Approvata, in un testo unificato, in prima deliberazione, dal Senato) (A.C. 3531) e abbinate proposte di legge costituzionali: D'iniziativa del Consiglio regionale delle Marche; Prisco ed altri; Butti e Foti; Versace ed altri; Belotti ed altri; Gagliardi ed altri (A.C. 586-731-1436-2998-3220-3536)..	14
Atti di controllo e di indirizzo.....	6	Articolo unico	14
Interpellanza e interrogazioni	7	Ordini del giorno	14
Iniziative per lo scorrimento delle graduatorie dei concorsi per direttori e cancellieri esperti, nel quadro degli interventi per fronteggiare la carenza di organico degli uffici giudiziari – 3-02870.....	7		
Iniziative volte a raggiungere l'obiettivo della destinazione del 40 per cento delle risorse del Piano nazionale di ripresa e resilienza alle regioni del Mezzogiorno – 3-02948.....	8		

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

	PAG.		PAG.
Mozioni Romaniello, Azzolina, Panizzut, Delrio, Cappellacci, Ferri, Bersani, Carelli, Sapia, Trizzino, Cecconi, Ehm ed altri n. 1-00536 (<i>Ulteriore nuova formulazione</i>), Romaniello, Azzolina, Panizzut, Delrio, Cappellacci, Ferri, Bersani, Carelli, Sapia,		Trizzino, Cecconi, Ehm ed altri n. 1-00536 (<i>Nuova formulazione</i>) e Bellucci ed altri n. 1-00668 concernenti iniziative per una strategia nazionale per la prevenzione del suicidio.....	17
		Mozioni.....	17

COMUNICAZIONI

**Missioni valevoli
nella seduta del 14 giugno 2022.**

Amitrano, Aresta, Ascani, Baldelli, Barelli, Battelli, Bergamini, Berlinghieri, Enrico Borghi, Boschi, Brescia, Brunetta, Butti, Cancellieri, Carfagna, Casa, Castelli, Cavadoli, Cimino, Cirielli, Colletti, Colucci, Comaroli, Corda, Davide Crippa, D'Incà, D'Orso, D'Uva, Dadone, De Maria, Delmastro Delle Vedove, Luigi Di Maio, Di Stefano, Dieni, Fassino, Gregorio Fontana, Ilaria Fontana, Frailis, Franceschini, Frusone, Galizia, Gallinella, Garavaglia, Gava, Gebhard, Gelmini, Giachetti, Giacomoni, Giorgetti, Gobbato, Grande, Grimoldi, Guerini, Invernizzi, Iovino, Lapia, Lollobrigida, Loreface, Losacco, Lupi, Macina, Maggioni, Magi, Mandelli, Marattin, Marin, Marzana, Melilli, Migliore, Molinari, Molteni, Morelli, Mulè, Mura, Nardi, Nesci, Orlando, Parolo, Pastorino, Perantoni, Quartapelle Procopio, Rampelli, Rizzo, Romaniello, Andrea Romano, Rosato, Rossi, Rotta, Ruocco, Giovanni Russo, Sasso, Scalfarotto, Schullian, Scoma, Serracchiani, Carlo Sibilìa, Silli, Sisto, Spadoni, Speranza, Suriano, Tabacci, Tasso, Tateo, Vietina, Vignaroli, Viscomi, Leda Volpi, Zanettin, Zoffili.

(Alla ripresa pomeridiana della seduta).

Amitrano, Aresta, Ascani, Baldelli, Barelli, Battelli, Bergamini, Berlinghieri, Enrico Borghi, Boschi, Brescia, Brunetta, Butti, Cancellieri, Carfagna, Casa, Castelli, Cavadoli, Cimino, Cirielli, Colletti, Colucci, Comaroli, Corda, Davide Crippa, D'Incà, D'Orso, D'Uva, Dadone, De Maria, Delmastro Delle Vedove, Luigi Di Maio, Di Ste-

fano, Dieni, Fassino, Ferri, Gregorio Fontana, Ilaria Fontana, Frailis, Franceschini, Frusone, Galizia, Gallinella, Garavaglia, Gava, Gebhard, Gelmini, Giachetti, Giacomoni, Giorgetti, Gobbato, Grande, Grimoldi, Guerini, Invernizzi, Iovino, Lapia, Lollobrigida, Loreface, Losacco, Lupi, Macina, Maggioni, Magi, Mandelli, Marattin, Marin, Marzana, Melilli, Migliore, Molinari, Molteni, Morelli, Mulè, Mura, Nardi, Nesci, Orlando, Paita, Parolo, Pastorino, Perantoni, Quartapelle Procopio, Rampelli, Rizzo, Romaniello, Andrea Romano, Rosato, Rossi, Rotta, Ruocco, Giovanni Russo, Sasso, Scalfarotto, Schullian, Scoma, Serracchiani, Carlo Sibilìa, Silli, Sisto, Spadoni, Speranza, Suriano, Tabacci, Tasso, Tateo, Vietina, Vignaroli, Viscomi, Leda Volpi, Zanettin, Zoffili.

Annunzio di proposte di legge.

In data 13 giugno 2022 sono state presentate alla Presidenza le seguenti proposte di legge d'iniziativa delle deputate:

SCANU: « Istituzione e disciplina del Registro nazionale delle locazioni » (3647);

MARROCCO: « Disposizioni per la promozione di campagne di informazione e programmi di prevenzione in materia di infertilità femminile e maschile nonché istituzione della Giornata nazionale per la prevenzione dei fattori di rischio dell'infertilità e per la cura dell'endometriosi » (3648).

Saranno stampate e distribuite.

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:

III Commissione (Affari esteri):

QUARTAPELLE PROCOPIO: « Ratifica ed esecuzione del Protocollo n. 12 alla Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali, fatto a Roma il 4 novembre 2000 » (1077) *Parere delle Commissioni I, V e XIV.*

Trasmissione dalla Corte dei conti.

Il Presidente della Sezione centrale di controllo sulla gestione delle Amministrazioni dello Stato della Corte dei conti, con lettera in data 9 giugno 2022, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 3, comma 6, della legge 14 gennaio 1994, n. 20, la deliberazione n. 12/2022 del 21 aprile-8 giugno 2022, con la quale la Sezione stessa ha approvato la relazione concernente i processi di formazione del personale delle pubbliche amministrazioni centrali e il ruolo della Scuola nazionale dell'amministrazione.

Questo documento è trasmesso alla I Commissione (Affari costituzionali), alla V Commissione (Bilancio) e alla XI Commissione (Lavoro).

Il Presidente della Sezione del controllo sugli enti della Corte dei conti, con lettera in data 13 giugno 2022, 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 studi verdiani, per l'esercizio 2020, 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. 575).

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

Trasmissione dal Ministro della giustizia.

Il Ministro della giustizia, con lettera in data 10 giugno 2022, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 16, terzo comma, della legge 22 maggio 1978, n. 194, la relazione – per la parte di sua competenza – sullo stato di attuazione della medesima legge n. 194 del 1978, concernente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza, riferita all'anno 2021, comprensiva dei dati relativi al periodo dal 1995 al 2021 (Doc. XXXVII-bis, n. 5).

Questo documento è trasmesso alla II Commissione (Giustizia) e alla XII Commissione (Affari sociali).

Il Ministro della giustizia, con lettera in data 10 giugno 2022, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 7, comma 2, della legge 28 aprile 2014, n. 67, la relazione sullo stato di attuazione delle disposizioni in materia di messa alla prova dell'imputato, riferita all'anno 2021 (Doc. CCVII, n. 5).

Questa relazione è trasmessa alla II Commissione (Giustizia).

Il Ministro della giustizia, con lettera in data 13 giugno 2022, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 19 della legge 30 giugno 2009, n. 85, la relazione sull'attività del laboratorio centrale per la banca dati nazionale del DNA, riferita al primo e al secondo semestre 2021 (Doc. CLXI, n. 3).

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

Il Ministro della giustizia, con lettera in data 13 giugno 2022, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 5, comma 3, della legge 22 giugno 2000, n. 193, la relazione sullo svolgimento da parte dei detenuti di attività lavorative o di corsi di formazione professionale per qualifiche richieste da esigenze territoriali, riferita all'anno 2021 (Doc. CXCIV, n. 4).

Questa relazione è trasmessa alla II Commissione (Giustizia) e alla XI Commissione (Lavoro).

Il Ministro della giustizia, con lettera in data 13 giugno 2021, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 5, comma 1-bis, del decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28, la relazione sugli effetti prodotti e sui risultati conseguiti dall'applicazione dell'istituto della mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali, riferita all'anno 2021 (Doc. CCLI, n. 4).

Questa relazione è trasmessa alla II Commissione (Giustizia).

Trasmissione dal Ministro della salute.

Il Ministro della salute, con lettera in data 13 giugno 2022, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 30, quinto comma, della legge 20 marzo 1975, n. 70, la relazione sull'attività svolta, sul bilancio di previsione e sulla consistenza dell'organico della Lega italiana per la lotta contro i tumori, riferita all'anno 2020, corredata dai relativi allegati.

Questa relazione è trasmessa alla XII Commissione (Affari sociali).

Trasmissione dal Ministro per i rapporti con il Parlamento.

Il Ministro per i rapporti con il Parlamento, con lettera in data 14 giugno 2022, ha trasmesso il parere reso dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nella seduta del 25 maggio 2022, sul disegno di legge recante conversione in legge del decreto-legge 4 maggio 2022, n. 41, recante disposizioni urgenti per lo svolgimento contestuale delle elezioni amministrative e dei *referendum* previsti dall'articolo 75 della Costituzione da tenersi nell'anno 2022, nonché per l'applicazione di modalità operative, precauzionali e di sicurezza ai fini della raccolta del voto (atto Camera n. 3591).

Questo parere è trasmesso alla I Commissione (Affari costituzionali).

Annunzio di progetti di atti dell'Unione europea.

La Commissione europea, in data 13 giugno 2022, 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 sottoidicate Commissioni, con il parere della XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea):

Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al comitato delle regioni – Strategia dell'Unione europea per l'energia solare (COM(2022) 221 final), corredata dai relativi allegati (COM(2022) 221 final – Annex) e dal relativo documento di lavoro dei servizi della Commissione – consultazione dei portatori di interessi – relazione riepilogativa (SWD(2022) 148 final), che è assegnata in sede primaria alle Commissioni riunite VIII (Ambiente) e X (Attività produttive);

Proposta di decisione del Consiglio relativa all'aggiunta della violazione delle misure restrittive dell'Unione alle sfere di criminalità di cui all'articolo 83, paragrafo 1, del trattato sul funzionamento dell'Unione europea (COM(2022) 247 final), che è assegnata in sede primaria alla II Commissione (Giustizia);

Comunicazione della Commissione che dichiara formalmente obsoleti alcuni atti del diritto dell'Unione adottati a norma della direttiva 89/130/CEE, Euratom del Consiglio, del 13 febbraio 1989, relativa all'armonizzazione della fissazione del prodotto nazionale lordo ai prezzi di mercato (COM(2022) 274 final), che è assegnata in sede primaria alla V Commissione (Bilancio);

Proposte di decisione del Consiglio relative rispettivamente alla firma, a nome

dell'Unione europea, nonché alla conclusione, a nome dell'Unione europea, dell'accordo rafforzato di partenariato e di cooperazione tra l'Unione europea, da una parte, e la Repubblica del Kirghizistan, dall'altra (COM(2022) 276 final e COM(2022) 277 final), corredate dai rispettivi allegati (COM(2022) 276 final – Annex e COM(2022) 277 final – Annex), che sono assegnate in sede primaria alla III Commissione (Affari esteri);

Proposta di regolamento del Consiglio che modifica il regolamento (CE) n. 974/98 per quanto concerne l'introduzione dell'euro in Croazia (COM(2022) 281 final), che è assegnata in sede primaria alla V Commissione (Bilancio);

Proposta di decisione del Consiglio relativa all'adozione dell'euro da parte della Croazia il 1° gennaio 2023 (COM(2022) 282 final), che è assegnata in sede primaria alla V Commissione (Bilancio).

Richieste di parere parlamentare su atti del Governo.

Il Ministro della cultura, con lettera in data 1° giugno 2022, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 1, commi 9 e 10, della legge 23 dicembre 2014, n. 190, la richiesta di parere parlamentare sullo schema di decreto ministeriale recante approvazione del programma per l'utilizzazione delle risorse del Fondo per la tutela del patrimonio culturale, per gli anni 2022, 2023 e 2024 **(394)**.

Questa richiesta è assegnata, ai sensi del comma 4 dell'articolo 143 del Regolamento, alla VII Commissione (Cultura), che dovrà esprimere il prescritto parere entro il 4 luglio 2022.

Il Ministro della difesa, con lettera in data 6 giugno 2022, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 536, comma 3, lettera *b*), del

codice dell'ordinamento militare, di cui al decreto legislativo 15 marzo 2010, n. 66, la richiesta di parere parlamentare sullo schema di decreto ministeriale di approvazione del programma pluriennale di A/R n. SMD 40/2021, relativo al potenziamento della capacità di comando e controllo (C2) multidominio della Difesa nell'ambito del progetto *Defence Information Infrastructure* (DII) **(395)**.

Questa richiesta è assegnata, ai sensi del comma 4 dell'articolo 143 del Regolamento, alla IV Commissione (Difesa), che dovrà esprimere il prescritto parere entro il 24 luglio 2022. 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 4 luglio 2022.

Il Ministro dell'istruzione, con lettera in data 7 giugno 2022, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 1, comma 40, della legge 28 dicembre 1995, n. 549, e dell'articolo 32, comma 2, della legge 28 dicembre 2001, n. 448, la richiesta di parere parlamentare sullo schema di decreto ministeriale concernente il riparto dello stanziamento iscritto nel capitolo 1261 dello stato di previsione della spesa del Ministero dell'istruzione per l'anno 2022, relativo a contributi ad enti, istituti, associazioni, fondazioni ed altri organismi **(396)**.

Questa richiesta è assegnata, ai sensi del comma 4 dell'articolo 143 del Regolamento, alla VII Commissione (Cultura), che dovrà esprimere il prescritto parere entro il 4 luglio 2022.

Atti di controllo e di indirizzo.

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

INTERPELLANZA E INTERROGAZIONI

Iniziative per lo scorrimento delle graduatorie dei concorsi per direttori e cancellieri esperti, nel quadro degli interventi per fronteggiare la carenza di organico degli uffici giudiziari – 3-02870

A)

DORI. — *Al Ministro della giustizia.* — Per sapere – premesso che:

con decreto del 29 marzo 2022 il Presidente del Consiglio dei ministri, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, ha autorizzato l'avvio di una serie di procedure di reclutamento e di assunzione a tempo indeterminato di personale con varie qualifiche;

nell'ambito del Ministero della giustizia sono state autorizzate procedure di reclutamento e l'assunzione di risorse da assegnare al Dipartimento per la giustizia minorile e di comunità e all'Ufficio centrale archivi notarili;

il comparto giustizia, già caratterizzato da una storica strutturale carenza di organico, è risultato uno dei più penalizzati con sole 26 assunzioni da autorizzare, come residuo del 2020, per il Dipartimento di giustizia minorile e 56 assunzioni per l'Ufficio centrale archivi notarili, di cui 20 residue dal 2020 e 36 residue dal 2021;

eppure le dotazioni organiche del personale addetto alle cancellerie e alle segreterie degli uffici giudiziari risultano significativamente insufficienti. Allo stato, rispetto alle piante organiche, risultano scoperti numerosi posti;

i motivi sono da individuarsi anche nel mancato scorrimento delle graduatorie approvate e ancora aperte per direttori e cancellieri esperti, tenuto conto anche dei numerosi pensionamenti intervenuti;

la situazione coinvolge un considerevole numero di persone pronte a prendere immediato servizio, ma che invece risultano in attesa di collocazione o di riqualificazione professionale;

l'articolo 6 del decreto-legge n. 80 del 2021 ha introdotto un documento unico di programmazione e *governance* per le pubbliche amministrazioni per superare la frammentazione degli strumenti a oggi in uso: il piano integrato di attività e organizzazione (Piao);

le amministrazioni con più di 50 dipendenti, esclusi gli istituti scolastici, dovranno riunire in quest'unico atto tutta la programmazione finora inserita in piani differenti e relativa a: gestione delle risorse umane, organizzazione dei dipendenti dei vari uffici, formazione e modalità di prevenzione della corruzione;

il 2 dicembre 2021 la Conferenza unificata ha approvato il decreto del Ministro per la pubblica amministrazione con il quale si definisce il Piao;

il 9 febbraio 2022 la Conferenza unificata ha approvato lo schema di decreto del Presidente della Repubblica riguardante l'individuazione e l'abrogazione dei piani e adempimenti destinati ad essere assorbiti dal Piao;

il Piao sostituisce, tra gli altri, anche il Piano triennale del fabbisogno del personale, che nel comparto giustizia era da

tempo atteso, considerato che l'ultimo piano emanato dal Ministero della giustizia risale al 12 giugno 2019 relativamente all'organizzazione giudiziaria per il periodo 2019-2021;

il 2 marzo 2022 il Consiglio di Stato, pur esprimendo parere favorevole agli obiettivi di semplificazione del Piao, ha suggerito correttivi e integrazioni all'assetto giuridico e normativa per rendere il Piao uno strumento effettivamente operativo;

il decreto-legge n. 228 del 2021, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 15 del 25 febbraio 2022, ha infine fissato al 30 aprile 2022 il termine per l'adozione del Piao —:

quali iniziative il Ministro interrogato intenda porre in essere per consentire un efficiente funzionamento dell'amministrazione della giustizia mediante lo scorrimento delle graduatorie approvate e ancora aperte per direttori e cancellieri esperti, da attuarsi anche attraverso il nuovo Piano integrato di attività e organizzazione entro il 30 aprile 2022. (3-02870)

Iniziative volte a raggiungere l'obiettivo della destinazione del 40 per cento delle risorse del Piano nazionale di ripresa e resilienza alle regioni del Mezzogiorno — 3-02948

B)

VARCHI e LUCASELLI. — *Al Presidente del Consiglio dei ministri, al Ministro dello sviluppo economico, al Ministro del turismo, al Ministro per il sud e la coesione territoriale.* — Per sapere — premesso che:

l'obiettivo del 40 per cento dei fondi del Piano nazionale di ripresa e resilienza da investire nel Sud Italia è ancora molto lontano, come rivela uno studio Svimez a seguito della prima Relazione istruttoria sul rispetto del vincolo di destinazione alle regioni del Mezzogiorno di almeno il 40 per cento delle risorse allocabili territorial-

mente del Piano nazionale di ripresa e resilienza del Fondo complementare (FoC);

gli enti decentrati sono già fiaccati da anni di mancato *turnover*, assenza di vincoli di destinazione dei fondi destinati al Mezzogiorno per i bandi con scarsa partecipazione e un'adesione spontanea ai programmi di incentivo da parte delle imprese spesso deludente: sono soprattutto questi i motivi per i quali la destinazione del 40 per cento dei fondi del Piano nazionale di ripresa e resilienza al Sud è « tutt'altro che un risultato acquisito »;

in particolare, dallo studio emerge che il PNRR, con gli oltre 200 miliardi di euro ottenuti dall'Europa per ridurre i divari territoriali dell'Italia, rischia di non raggiungere l'obiettivo principale, non garantendo al Sud nemmeno la soglia minima stabilita in base alla popolazione;

le uniche risorse « certe », secondo la Svimez, sono i 24,8 miliardi di euro che finanziano progetti già identificati e con localizzazione territoriale e costi definiti; meno di un terzo degli 86 miliardi della « quota Sud ». Queste risorse sono per oltre la metà (14,6 miliardi) di titolarità del Ministero delle infrastrutture e della mobilità sostenibili, e in buona parte finanziano « progetti in essere », ovvero interventi per i quali già esistevano coperture nel bilancio dello Stato poi sostituite da quelle del Piano nazionale di ripresa e resilienza. I rimanenti 61,2 miliardi di euro rappresentano risorse « potenziali », la cui destinazione effettiva alle regioni del Mezzogiorno dovrà realizzarsi in fase di attuazione superando diverse criticità che la Relazione tecnica porta all'attenzione del decisore politico;

le due Amministrazioni centrali che riportano « quote Sud » molto distanti dall'obiettivo sono il Ministero dello sviluppo economico (24,8 per cento) e il Ministero del turismo (28,6 per cento). Nel complesso risulta che, rispetto alla soglia minima del 40 per cento (pari a 84,4 miliardi di euro), la fase di attuazione del Piano può avvalersi di un « margine di sicurezza » piuttosto limitato: 1,6 miliardi, appena 320 mi-

lioni di euro annui dal 2022 al 2026. È questo, da solo, un dato che qualifica la « quota Sud » come un obiettivo che non sarà facile conseguire, a meno di non introdurre azioni correttive e di accompagnamento « in corsa »;

gli aggiustamenti necessari riguarderebbero, in particolare, due ambiti: gli interventi che vedono come soggetti attuatori gli enti decentrati beneficiari di risorse distribuite su base competitiva dalle amministrazioni centrali e gli interventi di incentivazione a favore delle imprese;

degli 86 miliardi di euro potenzialmente allocabili al Mezzogiorno, ben 62 finanziano misure per le quali è stato espletato almeno un atto formale che già sta orientando l'allocazione territoriale delle risorse nelle fasi successive dell'attuazione;

la Relazione del Dipartimento per le politiche di coesione porta all'attenzione un aspetto particolarmente critico per il conseguimento dell'obiettivo del 40 per cento: in ben 15 su 28 procedure attive, per un valore complessivo di oltre 3 miliardi, non è stata disposta nessuna modalità di salvaguardia della quota Mezzogiorno sulle risorse non assegnate per carenza di domande ammissibili —;

considerata la gravità dei fatti esposti in premessa, se e quali immediate iniziative di competenza il Governo intenda assumere per raggiungere l'obiettivo della destinazione del 40 per cento dei fondi del Piano nazionale di ripresa e resilienza alle regioni del Mezzogiorno, rimuovendo le diverse criticità citate e avvalendosi di tutti gli strumenti di cui si è dotata la *governance* del PNRR. (3-02948)

Iniziative di competenza volte a prevenire prolungate interruzioni nell'erogazione della corrente elettrica e ad evitare il ripetersi di criticità analoghe a quelle registratesi in provincia di Nuoro alla fine del mese di novembre 2021 – 3-03015

C)

DEIDDA. — *Al Ministro dello sviluppo economico, al Ministro delle infrastrutture e*

della mobilità sostenibili, al Ministro dell'interno. — Per sapere — premesso che:

con decreto del Ministero delle attività produttive del 20 aprile 2005, modificato con decreto del Ministro dello sviluppo economico del 15 dicembre 2010, le attività di trasmissione e dispacciamento dell'energia elettrica nel territorio nazionale sono state attribuite in concessione alla società Terna Spa;

sin dalle prime ore del mattino del 29 novembre 2021 in Sardegna, in particolare nella zona centrale, nella provincia di Nuoro, c'è stata una nevicata, peraltro, ampiamente annunciata, che ha provocato notevoli problemi riguardanti la viabilità, l'interruzione dell'erogazione dell'energia elettrica o la telefonia;

i suddetti disagi sono durati, per alcuni comuni, per tutta la giornata, mentre, per altri, sono stati risolti solamente a mattinata inoltrata del giorno 30 novembre;

la forte nevicata avrebbe comportato dei guasti sulle linee dell'alta tensione che avrebbe provocato ulteriori guasti nelle cabine dei comuni interessati;

i lavori, resi difficili dalla situazione della viabilità compromessa, sono iniziati nel primo pomeriggio del 29 novembre, 2021;

alle prime ore del mattino del 30 novembre 2021, in Sardegna, sono stati 7.300 i cittadini con relativi nuclei familiari, in particolare nei comuni di Tonara, Gavoi, Desulo, Sorgono, Fonni e Seulo, a rimanere senza erogazione di energia elettrica;

il comune di Desulo è da oltre 30 ore consecutive senza energia elettrica;

fatto salvo l'impegno degli operatori, a cui va ringraziamento di tutta la comunità per il lavoro per il ripristino della viabilità e soprattutto per l'erogazione dell'energia elettrica, si evidenzia la fragilità dell'infrastruttura unitamente alla evidente inadeguatezza del sistema alternativo in

caso di guasto delle linee elettriche di alta tensione e non;

sono previste altre nevicate nei prossimi giorni e occorre comunque prevenire i problemi che in queste ore i cittadini stanno ancora subendo;

i comuni dovrebbero dotarsi di generatori di emergenza per uso mobile, tale da garantire l'erogazione di energia di almeno il 30 per cento delle utenze sensibili. Laddove, statisticamente, le interruzioni legate al maltempo sono più frequenti, i comuni più piccoli potrebbero valutare l'utilizzo di generatori di emergenza stazionari per alimentare la cabina elettrica principale —:

se il Governo sia a conoscenza di quanto sopra esposto e quali opportune iniziative di competenza intenda adottare al fine di prevenire in futuro, per quanto possibile, una prolungata assenza di energia elettrica. (3-03015)

Elementi e iniziative in relazione al trattamento dell'atrofia muscolare spinale mediante la somministrazione del medicinale Zolgensma – 2-01108; 3-03012; 3-03013

D)

La sottoscritta chiede di interpellare il Ministro della salute, per sapere — premesso che:

sono tante e da tutta Italia le persone che si stanno mobilitando per partecipare alla gara di solidarietà per aiutare il piccolo Luca, di soli 6 anni, e Melissa, un anno tra pochi giorni, entrambi affetti da atrofia muscolare spinale di tipo 1, una delle forme più aggressive di questa malattia genetica neuromuscolare, che insorge subito dopo la nascita e causa una progressiva debolezza muscolare che compromette la respirazione e la deglutizione;

in assenza di trattamenti, la sopravvivenza di questi bambini, nel 90 per cento dei casi, non raggiunge i 20 mesi;

secondo gli ultimi dati disponibili, in Europa ogni anno nascono circa 550-600 bambini con atrofia muscolare spinale (Sma) e in Italia colpisce circa 40-50 bambini all'anno;

l'unica speranza per questi bimbi è l'assunzione di Zolgensma, un farmaco molto costoso (oltre due milioni di dollari), prima ed unica terapia genica al mondo in grado di intervenire direttamente sul Dna, correggendo l'errore che causa la patologia: somministrato in un'unica infusione per via endovenosa, il farmaco inserisce una nuova copia funzionante del gene Smn1 nelle cellule del paziente, arrestando la progressione della malattia;

in base agli studi clinici a disposizione, un trattamento precoce consente ai bambini affetti da Sma di raggiungere tappe di sviluppo motorio che si avvicinano a quelle dei loro coetanei sani, come il controllo della testa e la capacità di sedersi senza supporto, senza il bisogno di ricorrere a supporti ventilatori; pur non essendo una cura definitiva, la terapia genica rappresenta quindi un grande passo in avanti per tutti i pazienti con atrofia muscolare spinale;

il 19 maggio 2020 la Commissione europea ha concesso a tutti i 27 Stati membri dell'Unione europea, oltre ad Islanda, Norvegia, Liechtenstein e Regno Unito l'approvazione condizionale per Zolgensma, fino a 21 chili di peso, parametro massimo in cui è assicurata l'efficacia stessa del farmaco;

secondo lo studio sulla storia naturale della Sma «*Pediatric neuromuscular clinical research*», infatti, quasi tutti i pazienti di età inferiore ai 5 anni (e alcuni di età pari a 6, 7 o 8 anni) hanno un peso inferiore a 21 chili;

nonostante ciò, la determina n. 126266/2020 approvata il 12 novembre 2020 da Aifa prevede l'inserimento del medicinale Zolgensma nell'elenco dei medicinali erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale ai sensi della legge 23 dicembre 1996, n. 648, per il trattamento solo entro i primi sei mesi di vita di pa-

zienti con diagnosi genetica (mutazione bi-allelica nel gene SMN1 e fino a 2 copie del gene SMN2) o diagnosi clinica di Sma di tipo 1;

in Germania, Zolgensma è approvato e in commercio dal luglio 2020 per bambini con Sma fino a 21 chilogrammi; in Francia, Portogallo e Grecia sono stati approvati programmi di accesso anticipato sempre fino ai 21 chilogrammi e tra gli Stati che hanno dato il via libera al farmaco, nessuno ne ha limitato l'accesso come in Italia;

per Luca o Melissa, però, il Ssn potrebbe arrivare troppo tardi, visto che, ad esempio, Luca attualmente pesa già 18 chilogrammi e rischia di non rientrare più nei criteri previsti per l'efficacia del farmaco, motivo per cui le famiglie hanno attivato una raccolta fondi per acquistare privatamente il farmaco e andare in Germania per la somministrazione;

l'accesso alle terapie, o a qualsiasi farmaco che apporti un miglioramento nella qualità della vita, dovrebbe essere disponibile per la più ampia platea possibile e, condividendo le parole di Anita Pallara, presidente Famiglie Sma, l'associazione che si occupa di persone affette da atrofia muscolare spinale, e che conosce bene speranze, paure e lotte di genitori e figli, « Non possiamo ignorare che un bambino con una diagnosi non tempestiva, oltre i sei mesi, sia ingiustamente escluso da un'importante opportunità » —:

quali siano le motivazioni alla base della scelta di somministrare il Zolgensma solo fino ai sei mesi di vita e se non ritenga fondamentale adottare iniziative di competenza affinché siano adeguati i criteri di somministrazione della terapia a quelli in atto in altri Stati europei, rendendo disponibile il trattamento a un maggior numero di pazienti;

se non ritenga necessario adottare iniziative per introdurre programmi nazionali di *screening* neonatale, sul modello di progetti pilota avviati in alcune regioni italiane, quale strumento indispensabile per una diagnosi tempestiva.

(2-01108)

« Bellucci ».

LACARRA e UBALDO PAGANO. — *Al Ministro della salute.* — Per sapere — premesso che:

l'atrofia muscolare spinale (Sma) è una malattia neuromuscolare rara caratterizzata dalla perdita dei motoneuroni, ovvero quei neuroni che trasportano i segnali dal sistema nervoso centrale ai muscoli, controllandone il movimento. Di conseguenza, la patologia provoca debolezza e atrofia muscolare progressiva, che interessa, in particolar modo, gli arti inferiori e i muscoli respiratori;

la Sma ha un'incidenza di circa 1 paziente su 10 mila nati vivi e rappresenta, ad oggi, la più comune causa genetica di morte infantile, non essendo disponibile una cura risolutiva;

a seconda dell'età in cui insorge la malattia e sulla base della gravità dei sintomi, sono state distinte quattro diverse varianti di atrofia muscolare spinale: Sma di tipo 1, la forma più grave di Sma, che esordisce prima dei 6 mesi d'età, compromette l'acquisizione delle capacità motorie, la respirazione e la deglutizione, e nella maggior parte dei casi porta al decesso dei bambini che ne sono affetti entro i 2 anni di vita; Sma di tipo 2 e di tipo 3 che presentano varianti meno severe della condizione ed esordiscono, rispettivamente, tra i 6 e i 18 mesi di vita, e dopo i 12 mesi di vita (solitamente tra l'infanzia e l'adolescenza); Sma di tipo 4 che, infine, esordisce in età adulta e rappresenta, in assoluto, la forma meno grave di atrofia muscolare spinale;

nel 2019, l'agenzia statunitense *Food and Drug Administration* (Fda) ha approvato la prima terapia genica (Zolgensma) in grado di arrestare la progressione dell'atrofia muscolare spinale attraverso una sola infusione;

nel marzo 2020, l'Ema ha dato parere positivo alla terapia, raccomandando l'autorizzazione all'immissione in commercio condizionata di Zolgensma per il trattamento di alcuni tipi di pazienti affetti da atrofia muscolare spinale (prevalentemente rientranti nella variante di tipo 1) fino a 21 chilogrammi di peso;

il 17 novembre 2020, in seguito alla fase di sperimentazione svolta nel nostro Paese sin dall'agosto del 2018 e in attesa di autorizzarne l'uso, l'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) ha approvato l'accesso anticipato per i pazienti affetti da SMA di tipo 1 fino ai 6 mesi di età, inserendo Zolgensma nell'elenco dei medicinali erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale ai sensi della legge del 23 dicembre 1996, n. 648;

ad oggi, malgrado le dichiarazioni pubbliche dei vertici dell'Agenzia, l'Aifa non ha ancora posto in essere i necessari adempimenti affinché anche nel nostro Paese, in ossequio alle determinazioni avvenute in sede europea e come già avviene in Germania, Francia, Portogallo e Grecia, sia consentito il trattamento con Zolgensma per soggetti fino a 21 chilogrammi;

tra gli Stati che hanno dato il via libera al farmaco, nessuno ha quindi limitato l'accesso come in Italia;

tale giustificata disparità ha portato diverse famiglie di bambini maggiori di 6 mesi di età affetti da Sma di tipo 1 a lanciare appelli pubblici e raccolte fondi per l'acquisto del farmaco e assicurare il trattamento mediante altre vie;

tra loro, vi è anche la famiglia del piccolo Paolo, di 15 mesi di età, a cui non è stato possibile somministrare la terapia, perché ha scoperto la malattia dopo i 6 mesi —;

se intenda adottare le iniziative di competenza affinché l'Agenzia italiana del farmaco estenda i criteri di accesso alla terapia in linea con gli altri Paesi in Europa;

se intenda, per quanto di competenza, acquisire da Aifa delucidazioni con riguardo ai ritardi nell'adeguamento alle raccomandazioni europee in merito all'accesso al farmaco per i pazienti oltre i 6 mesi di età. (3-03012)

UBALDO PAGANO. — *Al Ministro della salute.* — Per sapere — premesso che:

l'atrofia muscolare spinale (Sma) è una malattia neuromuscolare rara, carat-

terizzata dalla perdita dei motoneuroni che provoca debolezza e atrofia muscolare progressiva, e che interessa, in particolar modo, gli arti inferiori e i muscoli respiratori;

sono state distinte quattro diverse varianti di atrofia muscolare spinale e la Sma di tipo 1 ne è la forma più grave. Essa esordisce prima dei 6 mesi d'età, compromette l'acquisizione delle capacità motorie, la respirazione e la deglutizione, e, nella maggior parte dei casi, porta al decesso dei bambini che ne sono affetti entro i 2 anni di vita;

nel 2019, l'agenzia statunitense *Food and Drug Administration* (Fda) ha approvato la prima terapia genica (Zolgensma) in grado di arrestare la progressione dell'atrofia muscolare spinale attraverso una sola infusione;

nel marzo 2020, l'Ema ha dato parere positivo alla terapia, raccomandando l'autorizzazione all'immissione in commercio condizionata di Zolgensma per il trattamento di alcuni tipi di pazienti affetti da atrofia muscolare spinale (prevalentemente rientranti nella variante di tipo 1) fino a 21 chilogrammi di peso;

il 12 novembre 2020, in seguito alla fase di sperimentazione svolta nel nostro Paese sin dall'agosto del 2018 e in attesa di autorizzarne l'uso, l'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) ha approvato l'accesso anticipato per i pazienti affetti da Sma di tipo 1 fino ai 6 mesi di età, inserendo Zolgensma nell'elenco dei medicinali erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale, ai sensi della legge del 23 dicembre 1996, n. 648;

ad oggi, malgrado le dichiarazioni pubbliche dei vertici dell'Agenzia, l'Aifa non ha ancora posto in essere i necessari adempimenti affinché, anche nel nostro Paese, in ossequio alle determinazioni adottate in sede europea e come già avviene in Germania, Francia, Portogallo e Grecia, sia consentito il trattamento con Zolgensma per soggetti fino a 21 chilogrammi;

tra gli Stati che hanno dato il via libera al farmaco, nessuno ha quindi limitato l'accesso come in Italia;

tale ingiustificata disparità ha portato diverse famiglie di bambini maggiori di 6 mesi di età, affetti da Sma di tipo 1, a lanciare appelli pubblici e raccolte fondi per l'acquisto del farmaco e assicurare il trattamento mediante altre vie;

malgrado siano state presentate 9 interrogazioni parlamentari sul tema negli ultimi due mesi (di cui, alla Camera le interrogazioni n. 4/07698, n. 4/08018, n. 4/08089, n. 5/05244; al Senato l'interrogazione n. 3/02229), nessuna delle quali ha ricevuto risposte dal Ministero interrogato, duole constatare la perdurante inerzia dell'Aifa;

secondo quanto appreso dall'interrogante, il Comitato tecnico-scientifico dell'Aifa si sarebbe riunito in diverse occasioni, a cavallo tra dicembre 2020 e gennaio 2021, per discutere del rilascio dell'autorizzazione all'accesso anticipato alla terapia per i pazienti fino a 21 chilogrammi

senza tuttavia pervenire ad alcuna determinazione in merito —:

se il Ministro interrogato intenda adottare iniziative, per quanto di competenza, affinché siano estesi i criteri di accesso alla terapia in linea con gli altri Paesi in Europa;

se intenda, per quanto di competenza, acquisire da Aifa delucidazioni con riguardo ai ritardi nell'adeguamento alle raccomandazioni europee di cui in premessa in merito all'accesso al farmaco per i pazienti oltre i 6 mesi di età;

se intenda, per quanto di competenza, acquisire e divulgare informazioni circa i rilievi emersi durante le suddette riunioni del Cts dell'Aifa che, al momento sembrano impedire la presa di una posizione chiara da parte dell'Agenzia in merito all'accesso anticipato al farmaco per i pazienti affetti da Sma di tipo 1, con più di 6 mesi di età, ma rientranti nel limite, determinato dall'Ema dei 21 chilogrammi. (3-03013)

*PROPOSTA DI LEGGE COSTITUZIONALE: S. 747-2262-2474-2478-2480-2538 — D'INIZIATIVA DEI SENATORI: IANNONE E CALANDRINI; SBROLLINI ED ALTRI; BITI; AUGUSSORI; GAR-
RUTI ED ALTRI; GALLONE ED ALTRI: MODIFICA ALL'ARTI-
COLO 33 DELLA COSTITUZIONE, IN MATERIA DI ATTIVITÀ
SPORTIVA (APPROVATA, IN UN TESTO UNIFICATO, IN PRIMA
DELIBERAZIONE, DAL SENATO) (A.C. 3531) E ABBINATE PRO-
POSTE DI LEGGE COSTITUZIONALI: D'INIZIATIVA DEL CON-
SIGLIO REGIONALE DELLE MARCHE; PRISCO ED ALTRI;
BUTTI E FOTI; VERSACE ED ALTRI; BELOTTI ED ALTRI;
GAGLIARDI ED ALTRI (A.C. 586-731-1436-2998-3220-3536)*

A.C. 3531 – Articolo unico

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

Art. 1.

1. All'articolo 33 della Costituzione è
aggiunto, in fine, il seguente comma:

« La Repubblica riconosce il valore edu-
cativo, sociale e di promozione del benes-
sere psicofisico dell'attività sportiva in tutte
le sue forme ».

A.C. 3531 – Ordini del giorno

ORDINI DEL GIORNO

La Camera,

premesso che:

con il provvedimento in esame l'at-
tività sportiva in tutte le sue forme assume
un valore riconosciuto costituzionalmente;

in questi anni di pandemia tuttavia
il diritto a svolgere l'attività sportiva, no-
nostante il benessere psicofisico che ne
deriva, è stato fortemente compromesso;

invero i luoghi in cui essa si pratica
sono stati oggetto di lunghe restrizioni e da
ciò sono derivate anche perdite economi-
che per gli operatori del settore molti dei
quali sono stati costretti alla chiusura o a
riduzione del personale;

il problema del caro bollette sta
ulteriormente mettendo in difficoltà l'in-
tero comparto;

tutelare l'attività sportiva significa
al contempo tutelare tutti i professionisti
che sono il riferimento per il cittadino nello
svolgerla in maniera corretta;

pertanto non si può immaginare una
tutela costituzionale senza provvedere in
questa particolare contingenza un sup-
porto straordinario a tutti coloro che lavo-
rano nel settore;

nonostante il contributo a fondo
perduto del decreto del Presidente del Con-
siglio dei ministri 28 gennaio 2022 il settore
verte ancora in profonda crisi;

in particolare il settore delle piscine sta subendo fortissime perdite che rischiano di compromettere il loro futuro,

impegna il Governo

a rifinanziare la misura di cui in premessa prevedendo criteri di ripartizioni più equi, e a mettere in campo misure strutturali a sostegno dell'intero settore coinvolgendo le imprese mediante tavoli nazionali permanenti di crisi.

9/3531/1. Montaruli, Prisco.

La Camera,

premessi che:

con il provvedimento in esame l'attività sportiva in tutte le sue forme assume un valore riconosciuto costituzionalmente;

in questi anni di pandemia tuttavia il diritto a svolgere l'attività sportiva, nonostante il benessere psicofisico che ne deriva, è stato fortemente compromesso;

invero i luoghi in cui essa si pratica sono stati oggetto di lunghe restrizioni e da ciò sono derivate anche perdite economiche per gli operatori del settore molti dei quali sono stati costretti alla chiusura o a riduzione del personale;

il problema del caro bollette sta ulteriormente mettendo in difficoltà l'intero comparto;

tutelare l'attività sportiva significa al contempo tutelare tutti i professionisti che sono il riferimento per il cittadino nello svolgerla in maniera corretta;

pertanto non si può immaginare una tutela costituzionale senza provvedere in questa particolare contingenza un supporto straordinario a tutti coloro che lavorano nel settore;

nonostante il contributo a fondo perduto del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 28 gennaio 2022 il settore verte ancora in profonda crisi;

in particolare il settore delle piscine sta subendo fortissime perdite che rischiano di compromettere il loro futuro,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di rifinanziare la misura di cui in premessa prevedendo criteri di ripartizioni più equi, e a mettere in campo misure strutturali a sostegno dell'intero settore coinvolgendo le imprese mediante tavoli nazionali permanenti di crisi.

9/3531/1. *(Testo modificato nel corso della seduta)* Montaruli, Prisco.

La Camera,

premessi che:

il provvedimento in esame intende inserire in Costituzione il riconoscimento del valore sociale, educativo e di promozione del benessere psicofisico dell'attività sportiva in tutte le sue forme;

l'articolo 21 della Costituzione impone la protezione della gioventù, favorendo gli istituti necessari a tale scopo;

l'articolo 32 della Costituzione individua la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività;

le chiusure delle attività negli anni 2020 e 2021, a causa delle restrizioni del Governo, hanno portato ad una riduzione degli introiti delle organizzazioni sportive, dovuta al minor periodo di apertura e alla riduzione dei tesserati, a fronte di un carico fiscale rimasto invariato;

tale situazione, ha portato alla chiusura di circa il 10 per cento delle organizzazioni sportive, riducendo ulteriormente l'offerta di tali servizi;

gli effetti negativi della pandemia da SARS-CoV-2 hanno influito negativamente sulle disponibilità economiche dei cittadini, causando un declino nell'iscrizione ad attività sportive;

la conseguente maggiore sedentarietà della popolazione ha esternalità negative in termini di salute pubblica e coe-

sione sociale, fattori già condizionati dalle restrizioni e dalle conseguenze della pandemia da SARS-CoV-2, con effetti particolarmente rilevanti sulle periferie e sulle aree meno agiate del Paese, dove l'attività sportiva svolge una insostituibile funzione di aggregazione ed inclusione sociale,

impegna il Governo

ad adottare iniziative normative volte a modificare l'articolo 15 del testo unico delle imposte sui redditi, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, inserendo la detraibilità dei consumi di attività sportive in tutte le sue forme dall'imposta lorda nella misura di cui al citato articolo.

9/3531/2. Mollicone.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame intende inserire in Costituzione il riconoscimento del valore sociale, educativo e di promozione del benessere psicofisico dell'attività sportiva in tutte le sue forme;

l'articolo 21 della Costituzione impone la protezione della gioventù, favorendo gli istituti necessari a tale scopo;

l'articolo 32 della Costituzione individua la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività;

le chiusure delle attività negli anni 2020 e 2021, a causa delle restrizioni del

Governo, hanno portato ad una riduzione degli introiti delle organizzazioni sportive, dovuta al minor periodo di apertura e alla riduzione dei tesserati, a fronte di un carico fiscale rimasto invariato;

tale situazione, ha portato alla chiusura di circa il 10 per cento delle organizzazioni sportive, riducendo ulteriormente l'offerta di tali servizi;

gli effetti negativi della pandemia da SARS-CoV-2 hanno influito negativamente sulle disponibilità economiche dei cittadini, causando un declino nell'iscrizione ad attività sportive;

la conseguente maggiore sedentarietà della popolazione ha esternalità negative in termini di salute pubblica e coesione sociale, fattori già condizionati dalle restrizioni e dalle conseguenze della pandemia da SARS-CoV-2, con effetti particolarmente rilevanti sulle periferie e sulle aree meno agiate del Paese, dove l'attività sportiva svolge una insostituibile funzione di aggregazione ed inclusione sociale,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di adottare iniziative normative volte a modificare l'articolo 15 del testo unico delle imposte sui redditi, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, inserendo la detraibilità dei consumi di attività sportive in tutte le sue forme dall'imposta lorda nella misura di cui al citato articolo.

9/3531/2. *(Testo modificato nel corso della seduta)* Mollicone.

MOZIONI ROMANIELLO, AZZOLINA, PANIZZUT, DELRIO, CAPPELLACCI, FERRI, BERSANI, CARELLI, SAPIA, TRIZZINO, CECCONI, EHM ED ALTRI N. 1-00536 (ULTERIORE NUOVA FORMULAZIONE), ROMANIELLO, AZZOLINA, PANIZZUT, DELRIO, CAPPELLACCI, FERRI, BERSANI, CARELLI, SAPIA, TRIZZINO, CECCONI, EHM ED ALTRI N. 1-00536 (NUOVA FORMULAZIONE) E BELLUCCI ED ALTRI N. 1-00668 CONCERNENTI INIZIATIVE PER UNA STRATEGIA NAZIONALE PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO

Mozioni

La Camera,

premesso che:

il suicidio è e deve essere riconosciuto come un serio problema di salute pubblica;

ogni anno, secondo i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità, nel mondo oltre 800 mila persone muoiono per suicidio, l'equivalente di una vittima ogni 40 secondi. La mortalità complessiva del fenomeno supera il numero di morti per malaria, cancro al seno o demenza. Inoltre, per ogni suicidio, si contano circa 20 tentativi di suicidio. Il suicidio è la seconda causa di morte per i giovani di età compresa fra i 15 e i 29 anni;

secondo uno studio condotto nel 2019 dal *Global burden disease*, nel 2016 il suicidio è risultato tra le 10 principali cause di morte in Europa, così come in Asia centrale, Australasia, America latina meridionale e nei Paesi ad alto reddito del Nord America. Inoltre, secondo un *report* dell'Organizzazione mondiale della sanità del 2014, il suicidio comprende il 56 per cento di tutte le morti di carattere violento, un numero più elevato delle morti causate da guerre e omicidi. Nello specifico, l'81 per

cento delle morti violente nei Paesi ad alto reddito e, rispettivamente, il 44 per cento e il 70 per cento nei Paesi a basso e medio reddito;

il suicidio è un fenomeno collegato all'età e al genere: nei Paesi ad alto reddito i più recenti studi confermano un tasso di suicidio negli uomini tre volte maggiore rispetto alle donne; lo scarto diminuisce nei Paesi a medio-basso reddito dove il tasso di suicidio maschile è superiore del 57 per cento. La scelta di metodi autolesivi, che presentano una maggiore potenzialità di esito fatale, rappresenta un fattore rilevante riguardo la differenza di genere;

in linea generale, gli uomini presentano tassi di mortalità per suicidio più elevati in tutte le età, eccetto per la fascia dai 15 ai 29 anni, per la quale il suicidio, oltre a rappresentare la seconda principale causa di morte in tutto il mondo (8,5 per cento), costituisce la prima causa di morte tra le giovani donne a livello globale;

la riduzione del tasso dei suicidi è uno degli obiettivi dell'Agenda delle Nazioni Unite 2030 per lo sviluppo sostenibile;

nel 2014 è stato pubblicato il primo *World health organization world suicide report* «Prevenire il suicidio: un imperativo globale», il quale mirava ad aumentare la consapevolezza dell'importanza della sa-

lute pubblica riguardo i tentativi di suicidio e il suicidio, al fine di rendere la prevenzione del suicidio un'alta priorità nell'agenda della salute pubblica globale. Il *report* si proponeva, inoltre, di incoraggiare e sostenere i Paesi per sviluppare o rafforzare strategie globali di prevenzione del suicidio con un approccio multisettoriale di sanità pubblica;

ad oggi, solo alcuni Paesi nel mondo hanno incluso la prevenzione del suicidio tra le loro priorità sanitarie e solo 38 Stati possiedono una strategia nazionale di prevenzione del suicidio; l'Organizzazione mondiale della sanità ha incentivato gli sforzi di prevenzione nella direzione di una strategia nazionale che riconosca il suicidio e i tentativi di suicidio come un grave problema di salute pubblica, impegnando i Governi ad affrontarlo. Nello specifico, risulta necessario fornire un quadro strutturale che incorpori vari aspetti della prevenzione del suicidio e fornisca una guida autorevole sulle principali attività di prevenzione basate su evidenze empiriche;

le strategie nazionali si pongono l'obiettivo di individuare le principali strutture competenti in materia e di assegnare loro responsabilità specifiche, coordinandone l'operato. La struttura deputata al coordinamento della strategia nazionale deve, inoltre, occuparsi di identificare le lacune principali all'interno della legislazione vigente, nella fornitura dei servizi e nella raccolta dei dati e di suggerire elementi di risoluzione dei limiti strutturali, come l'esigenza di risorse umane e finanziarie necessarie per implementare nuovi modelli di intervento. Un piano di prevenzione così strutturato è in grado di modificare e sensibilizzare le comunicazioni dei media, di proporre un quadro solido di monitoraggio e di valutazione, infondendo un senso di fiducia nelle istituzioni e facilitando la ricerca scientifica sui comportamenti suicidati;

nei Paesi ad alto reddito, l'impiccagione costituisce il 50 per cento dei suicidi, mentre le armi da fuoco si collocano al secondo posto rappresentando il 18 per cento dei casi. Negli Stati Uniti, dove la

vendita di armi rappresenta un problema reale, all'interno della strategia nazionale per la prevenzione del suicidio è stata identificata la detenzione di armi come uno dei 4 fattori critici da trattare allo scopo di ridurre il fenomeno del 20 per cento entro il 2025;

il più importante fattore di rischio suicidario è rappresentato da uno o più precedenti tentativi di suicidio;

un noto aspetto critico relativo al fenomeno suicidario riguarda il cosiddetto « contagio » un fenomeno comune che si manifesta con l'aumento dei comportamenti suicidari nel periodo immediatamente successivo ad un episodio suicidario, o con disturbi collegati allo stress derivante dall'evento traumatico. Attualmente, il nostro Paese non investe nei servizi di *postvention*. *Postvention* è un programma che serve a gestire gli aspetti traumatici di un suicidio o di un tentato suicidio quando esso si verifica all'interno delle istituzioni scolastiche. Ha lo scopo di ridurre al minimo i rischi di emulazione, di prendere in carico i soggetti più sofferenti, di aiutare l'istituzione a superare le maggiori difficoltà che il trauma comporta. Tali servizi, che rappresentano la risposta a questo peculiare fenomeno, sono stati implementati nei protocolli di intervento da molti Paesi, tra i quali il Regno Unito, l'Australia e la Nuova Zelanda, consentendo di osservare effetti positivi. Anche in Italia esistono alcuni servizi, tra cui rivestono particolare importanza quelli di alcuni enti quali, a titolo di esempio, la De Leo Fund, i cui servizi sono ricalcati anche all'estero, e la Fondazione Minotauro, presieduta da Matteo Lancini, ma non esiste un *network* pubblico efficace sul territorio nazionale;

dal *dossier* elaborato dall'ONS il consumo dei farmaci antidepressivi può offrire indicazioni relative allo stato psicologico e la depressione, che ha un'incidenza estremamente alta nelle persone comprese tra i 18 e 64 anni, rappresenta una delle cause degli atti suicidari;

i tassi di mortalità per suicidio sono più elevati tra gli anziani, ma il suicidio è

tra le primissime cause di morte per i giovani tra i 15 e i 29 anni. Tali decessi presentano impatti devastanti sul contesto sociale e sulle famiglie ed emerge spesso che il suicida non si è mai rivolto ai servizi sanitari e sociosanitari;

nel nostro Paese, ogni anno, circa 4.000 persone si tolgono la vita e si stima che almeno la metà di esse potrebbe essere salvata con un intervento adeguato. Il numero di vittime, che non contempla il dato sommerso, prodotto dell'assenza di un osservatorio dedicato e di sistemi di rilevamento avanzati, è paragonabile a quello di una bomba atomica dilazionata in 10 anni, in grado di far sparire per sempre una città di medie dimensioni;

esiste una relazione tra suicidi e crisi socio-economiche, come il corso della storia ha sempre dimostrato. Nel 2016 l'Istat ha riportato che il suicidio è la causa di morte più direttamente influenzata dalle crisi economiche;

secondo una nota pubblicata dal professore Daniele dell'Università Magna Graecia, tra il 2007 e il 2010 il numero di suicidi è cresciuto del 34 per cento tra i disoccupati, del 19 per cento tra gli occupati e del 13 per cento tra le persone fuoriuscite dal mondo del lavoro;

nel 2009 si sono verificati 4.884 suicidi, in eccesso rispetto al numero previsto in base alle tendenze precedenti (2000-2007). Per quanto riguarda l'Europa, i suicidi in eccesso si sono verificati principalmente negli uomini di età compresa tra 15 e 24 anni, mentre nelle Americhe sono stati gli uomini di età compresa tra 45 e 64 anni a mostrare il maggiore aumento. L'incremento è stato osservato in particolare nei Paesi che presentavano bassi livelli di disoccupazione nel periodo precedente la crisi, nei Paesi con livelli più elevati di perdita di posti di lavoro e negli uomini;

ad oggi, la pandemia da COVID-19 sta esercitando un impatto particolarmente grave sulle condotte suicidarie all'interno del quadro descritto, già allarmante in precedenza. Alcuni dati rilevanti riguardo allo stato dell'arte emergono dalle rilevazioni

condotte da enti di ricerca che si occupano di determinate categorie di soggetti a rischio e fasce di età specifiche della popolazione;

negli ultimi mesi, tra ottobre 2020 e gennaio 2021, nell'unità operativa complessa di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma è stato registrato un incremento del 30 per cento dei tentativi di suicidio e degli atti di autolesionismo e il reparto risultava occupato al 100 per cento, mentre negli altri anni, di media, il dato si attestava intorno al 70 per cento;

tra febbraio 2020 e febbraio 2021 è stato registrato un aumento del 32 per cento delle richieste legate alla salute mentale, come l'ideazione suicidaria, gli atti autolesivi e i tentativi di suicidio, pervenute al servizio 114 « Emergenza infanzia » promosso dal Dipartimento per le politiche della famiglia e gestito da Telefono azzurro;

un recente studio, che ha coinvolto genitori di bambini e adolescenti in Italia, Spagna e Portogallo, ha evidenziato che il 19 per cento dei bambini e il 38 per cento degli adolescenti mostrano sintomi di ansia e depressione e che c'è stato un netto incremento di questi livelli rispetto a quelli riportati in altri studi condotti negli stessi Paesi nel periodo pre-COVID-19;

già nel 2008, in una comunicazione presentata al XXIV congresso nazionale della Società italiana neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Sinpia), dal titolo « Complessità e specificità in neuropsichiatria dell'età evolutiva: lo sviluppo delle conoscenze e il miglioramento delle cure », la Sinpia poneva in risalto le questioni relative al ricovero e all'emergenza psichiatrica in adolescenza che non riuscivano già allora a diventare una priorità organizzativa nazionale, nonostante l'allarme periodico sul fenomeno e l'evidenza di un incremento del numero di ricoveri per disturbi psichici dei minori e nonostante « gli studi epidemiologici indichino che tra il 18 per cento e il 21 per cento dei minori presenta, nel corso degli anni, un disturbo psicopatologico che comporta un *impairment*

rilevante e che, nell'arco di tutta l'adolescenza, si stima che tra il 9 e il 13 per cento dei ragazzi e delle ragazze possa presentare una patologia psichiatrica tale da richiedere una presa in carico da parte dei servizi di salute mentale »;

risultano perciò essenziali il monitoraggio dell'andamento delle condizioni psicologiche degli italiani e la costruzione di una rete di supporto per i soggetti più vulnerabili e a rischio;

i dati sono allarmanti anche in riferimento agli imprenditori, categoria maggiormente colpita dai suicidi per motivazioni economiche. L'omonimo osservatorio, che cerca di reperire questa sezione specifica di dati, riporta un aumento del 79,5 per cento dei suicidi per motivazioni economiche e un aumento del 78,3 per cento dei tentativi di suicidio;

un'altra categoria gravemente colpita è quella delle donne vittime di violenza. Dal VII rapporto Eures sul femminicidio/suicidio in Italia, emerge che da marzo a ottobre 2020, periodo dell'attività più intensa del Coronavirus e dell'adozione delle misure più restrittive, l'incremento dei cosiddetti femminicidi-suicidi è aumentato del 90,3 per cento;

il rischio di suicidio è poi accresciuto per le persone che, essendo portatrici di fattori di discriminazione, corrono maggiormente il pericolo di subire fenomeni di aggressione, emarginazione ed esclusione. Tra questi particolarmente preoccupanti sono i dati riferibili a persone LGBTIQ+;

il suicidio nelle Forze armate e nei Corpi di polizia in Italia è un fenomeno diffuso e trasversale e tra i militari e i poliziotti si registrano tassi di suicidio maggiori rispetto ad altre categorie professionali; si rileva che spesso gli stati psicologici disfunzionali accusati dai militari vengono celati e tenuti nascosti, poiché esiste una riluttanza a manifestare tali forme di disagio, al fine di impedire la compromissione della propria carriera lavorativa o, in situazioni limite, per non risultare soggetti alla destituzione dal proprio incarico;

le persone condannate al regime carcerario presentano un tasso di mortalità per suicidio maggiore rispetto alla popolazione generale, e il personale penitenziario è soggetto a condizioni psicologiche negative legate al particolare contesto lavorativo;

il Servizio sanitario nazionale, nel campo della salute mentale, risulta carente in termini di numerosità di posti di ricovero, di *day hospital* e di ambulatorio, ma anche in termini di investimenti sui servizi territoriali, residenziali e domiciliari;

i suicidi sono prevenibili con interventi puntuali, basati su evidenze e spesso a basso costo. In relazione alle evidenze, risulta promettente l'adozione di metodi di indagine sociale, quali gli studi longitudinali sui suicidi, al fine di comprendere la portata degli effetti *post lockdown* e degli strascichi conseguenti alla pandemia. Affinché le risposte nazionali siano efficaci, è necessaria una strategia multisettoriale globale di prevenzione del suicidio;

nel corso della giornata mondiale per la prevenzione del suicidio, celebrata il 10 settembre 2021 è intervenuto il professor Maurizio Pompili, docente di psichiatria all'Università Sapienza di Roma e direttore del servizio per la prevenzione del suicidio dell'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea di Roma, realtà nazionale unica nel suo genere, operante presso un'azienda ospedaliera pubblica e che si occupa efficacemente della complessiva attività clinico-assistenziale, a partire dal servizio di primo ascolto e accoglienza telefonica e fino alla gestione dei cosiddetti *survivors*, persone sopravvissute al dramma del suicidio avvenuto nella propria famiglia o nel contesto più prossimo;

ha dichiarato che la prevenzione è possibile e riguarda tutti: informare l'opinione pubblica, aiutare familiari e amici a riconoscere i segnali di allarme, sfatare i falsi miti su chi tenta di compiere un gesto estremo e contrastare lo stigma, consentirebbero di dimezzare l'entità del fenomeno;

a causa della crisi pandemica, numerose condizioni di rischio connesse al

suicidio si sono intensificate e aggravate, tra le quali la perdita del reddito e la conseguente riduzione della capacità di spesa, la perdita del posto di lavoro, le difficoltà di accesso alla rete sanitaria per le fasce più deboli della popolazione, l'aggravamento di condizioni mentali precarie e l'aumento delle fragilità psico-sociali, l'eventuale convivenza forzata con persone violente durante il *lockdown*, il mancato soddisfacimento di bisogni fondamentali, quali l'autonomia decisionale, la mobilità spaziale, la libertà di contatto con i propri cari;

il primo aspetto fondamentale connesso alla prevenzione del suicidio è rappresentato dalla necessità di raccogliere dati con precisione. Infatti, come affermato dal Professor Diego De Leo, riconosciuto tra i massimi esperti di settore a livello mondiale, il suicidio, rispetto ad altre cause di morte, risulta più incline a subire processi di errata classificazione. Inoltre, i dati attualmente disponibili non sono correntemente aggiornati e l'ultimo annuario statistico dell'Istat del 2020 contiene dati relativi al 2017, quando vennero registrati 3.940 atti suicidari. Si rileva che tale dato non dà conto dei tentativi di suicidio, rispetto ai quali non sono registrati dati, e risulta impossibile determinare una tendenza precisa e affidabile nel tempo;

è necessario garantire il monitoraggio dei tentativi di suicidio e dei suicidi per strategie efficaci di prevenzione del suicidio. È noto, infatti, che nei Paesi in cui è presente un osservatorio in grado di fornire stime verosimili che indichino in maniera puntuale quante persone si tolgono la vita, determinando parametri geografici, temporali e tenendo conto dei metodi attraverso i quali sono compiuti gesti estremi, è possibile individuare la popolazione a rischio e, di conseguenza, attivare un'efficace strategia di prevenzione;

è noto a livello internazionale che le linee telefoniche di aiuto rappresentano un supporto importante in grado di ridurre con successo l'ideazione suicidaria e la tendenza agli atti di autolesionismo. Ad oggi, in Italia esistono alcune linee telefoniche

attive di cui alcune pubbliche, altre private e gestite da organizzazioni di volontariato. Sul versante pubblico, oltre al già citato servizio sono degne di nota alcune esperienze di settore come un servizio pubblico di supporto psicologico presso la Regione Veneto, denominato Servizio inOltre, attivo attraverso un numero verde gratuito, che offre risposta 24 ore e 7 giorni, per tutte le situazioni di crisi. Tale servizio rappresenta un *unicum* sul territorio e rappresenta un modello di analisi e intervento importante, provvisto di uno strumento di analisi del rischio suicidario, attraverso una scala di valutazione che rappresenta un *triage* della salute mentale;

tuttavia, non esiste un numero verde nazionale, né una struttura specifica dotata di personale qualificato e in grado di svolgere gli incarichi di emergenza, presa in carico, supporto, indagine, *follow-up* e *postvention*;

nella letteratura internazionale di settore alcuni studi hanno definito che un intervento precoce nei reparti di primo soccorso mostra un'importante efficacia. È necessario dotare il sistema sanitario di strumenti utili alla determinazione precoce del rischio suicidario;

il periodo perinatale – inteso come il periodo che va dal concepimento al compimento del primo anno di vita del bambino – è fra i momenti emotivamente più importanti nella vita di una donna. Dopo il parto dal 30 per cento al 75 per cento delle donne sperimenta un disturbo dell'umore transitorio (chiamato *maternity blues*) che tende a risolversi spontaneamente entro una decina di giorni dal parto. Per alcune donne, invece, il periodo perinatale può essere offuscato dai sintomi di una condizione psicologica più seria e invalidante, che si ripresenta o esordisce in questo momento della vita. I disturbi più comuni sono quelli d'ansia e depressivi, che arrivano a colpire dal 10 per cento ai 15 per cento delle donne nel periodo perinatale. Questi possono avere un impatto sugli esiti ostetrici ed esercitare un effetto negativo a lungo termine sulla salute della donna e del bambino. Per questo, se i disturbi si ma-

nifestano, è molto importante che sia disponibile un accesso tempestivo alla presa in carico della donna e alle cure; inoltre, dai dati emerge che circa il 60 per cento delle donne decedute per suicidio materno risulta avere una precedente « storia psichiatrica » e che oltre i 3/4 delle diagnosi di disturbo mentale grave non sono state registrate con le informazioni ostetriche;

la formazione e l'informazione svolgono un ruolo importante nella prevenzione del suicidio. Ogni età presenta peculiari rischi connessi al tema. Nelle scuole, di ogni ordine e grado, è necessario conoscere il rischio suicidario per offrire strumenti di intervento e controllo ad ogni operatore scolastico, così come agli studenti e ai genitori, al fine di intervenire precocemente su condotte allarmanti collegate al suicidio, come l'autolesionismo, su cui si rileva scarsa attenzione,

impegna il Governo:

- 1) a riconoscere il suicidio ed i fenomeni ad esso connessi come gravi problemi di salute pubblica;
- 2) a realizzare una strategia nazionale per la prevenzione del suicidio, che fornisca una guida autorevole sulle principali attività di prevenzione basate su evidenze empiriche, attraverso la realizzazione degli impegni successivi del dispositivo del presente atto di indirizzo;
- 3) ad istituire un centro studi/osservatorio pubblico che operi per conseguire un efficace monitoraggio dei dati relativi ai casi di suicidio e dei fenomeni ad esso collegati, su tutto il territorio della Repubblica italiana, ponendo la debita attenzione all'andamento delle condizioni dello stato psicologico dei cittadini e costruendo una rete di supporto per i soggetti più vulnerabili e a rischio;
- 4) ad istituire un numero verde telefonico di emergenza suicidi gratuito per la presa in carico dei soggetti a rischio, basato sulle esperienze nazionali e internazionali all'avanguardia, nonché

un'applicazione digitale ed ogni nuovo strumento utile ad affrontare il problema, che vengano promossi sui canali di comunicazione istituzionali e governativi e sulla televisione pubblica;

- 5) ad adottare le iniziative di competenza per inserire un sistema di rilevamento diagnostico, come un codice identificativo, nel sistema sanitario digitale, al fine di poter indagare al meglio eventuali tentativi di suicidio, nella casistica determinata dai protocolli stabiliti dagli enti preposti, nonché al fine di rispondere al più importante rischio suicidario citato in premessa;
- 6) a promuovere campagne di sensibilizzazione e prevenzione all'interno delle scuole, a partire dalla scuola primaria, attraverso:
 - a) la predisposizione di *training* specifici per gli operatori scolastici, perché siano nelle condizioni di fornire collegamenti chiari con i professionisti di settore;
 - b) l'inserimento, all'interno della programmazione scolastica, dell'educazione emotiva;
 - c) l'inserimento di progetti dedicati e di momenti di confronto nelle scuole secondarie di primo e di secondo grado finalizzati a migliorare la conoscenza e la prevenzione del suicidio nell'età dell'adolescenza, evidenziando i rischi derivanti dal bullismo, dal cyberbullismo e da ogni fenomeno che possa comportare un disagio tale da condurre a pratiche di autolesionismo, a ideazione suicidaria o al suicidio;
 - d) la realizzazione di *peer support programs*, cioè programmi per assicurare un efficace sostegno tra coetanei;
- 7) ad adottare le iniziative di competenza per stanziare risorse dedicate all'assunzione ed alla formazione di personale qualificato nelle reti territoriali e di intervento, affinché ci siano persone

- specificamente addestrate a rispondere alle esigenze;
- 8) al fine di acquisire maggiori conoscenze sul tema, ad adottare iniziative per prevedere uno stanziamento specifico e sufficiente per la ricerca scientifica del settore in generale, che includa il finanziamento di borse di studio dedicate e la promozione di collaborazioni scientifico/istituzionali, nonché per orientare le ricerche sulle cause contingenti, di ogni genere, che presentano il rischio di un aumento dell'incidenza dei fenomeni suicidari;
- 9) ad adottare iniziative efficaci per consentire l'accesso alle cure ad un numero sempre maggiore di cittadini e per incentivare attività di *follow up* per monitorare nel tempo lo stato di avanzamento dei programmi di sostegno;
- 10) a promuovere servizi di *postvention*, volti ad offrire supporto alle persone suscettibili al contagio;
- 11) al fine di tutelare in particolare, ma non solo, i minori, ad adottare iniziative per disincentivare l'istigazione al suicidio, impedendo l'accesso ai siti *web* che incoraggiano il ricorso a pratiche di autolesionismo;
- 12) a predisporre una specifica applicazione digitale interattiva per preadolescenti, adolescenti e giovani adulti, che contenga informazioni utili al riconoscimento del disagio psichico, informazioni psicoeducative per la salute mentale e numeri utili per entrare in contatto con i servizi territoriali dedicati, valutando la possibilità di potenziare i servizi offerti dagli psicologi scolastici;
- 13) a promuovere campagne di informazione, prevenzione e di sensibilizzazione a livello nazionale estese a tutta la popolazione, offrendo linee guida in Conferenza Stato-regioni, al fine di uniformare i processi di intervento, ferme restando le specifiche competenze regionali;
- 14) con particolare riferimento ad alcune tipologie di suicidio condotte da giovani e adolescenti, ad adottare iniziative per finalizzare il proprio operato in tema di prevenzione del suicidio in ambiente domestico, a partire dalla realizzazione di campagne informative e di sensibilizzazione inerenti alla prevenzione dei rischi connessi alla detenzione delle armi e, nello specifico, del rischio suicidario da esse derivanti, monitorando gli aggiornamenti scientifici e richiamando le migliori pratiche politiche condotte a livello internazionale;
- 15) a valutare la possibilità di istituire un tavolo di lavoro specifico, con il coinvolgimento di associazioni e altri enti che si occupano in modo specifico delle persone più sensibili alla tematica: adolescenti e vittime di bullismo, imprenditori in crisi, persone economicamente vulnerabili, membri della comunità LGBTQ+, persone con problemi di dipendenza da alcool e sostanze stupefacenti, nonché ogni categoria esistente che necessiti della dovuta attenzione;
- 16) a promuovere, nel quadro degli interventi per contrastare il fenomeno dei suicidi, progetti che abbiano finalità socializzanti e formative aperte alla popolazione, mediante percorsi multidisciplinari integrati capaci di soddisfare tempestivamente le esigenze dei pazienti e delle famiglie;
- 17) ad adottare le iniziative di competenza affinché si attivino servizi di intervento psicologico, attraverso risorse già operanti all'interno delle Forze armate e dei Corpi di polizia, per il trattamento delle forme di sofferenza psicologica dei dipendenti, con particolare riferimento alla prevenzione del suicidio, predisponendo specifici programmi di formazione professionale per i professionisti operanti all'interno del Corpo di riferimento deputati agli incarichi esposti in precedenza, e affinché si incentivino l'utilizzo di risorse esterne, come professionisti non operanti all'interno delle Forze armate e dei Corpi di polizia, al

fine di rispondere alle esigenze precedentemente esposte, ponendo un argine all'effetto stigma che impedisce in molti casi un'efficace richiesta di intervento e un conseguente efficace rendimento dello stesso;

- 18) sempre con particolare riferimento alle categorie indicate nel precedente impegno, a predisporre una specifica applicazione digitale utile al supporto tra pari, a modello delle migliori pratiche esistenti a livello internazionale;
- 19) ad adottare iniziative per approfondire e affrontare le cause dei suicidi in carcere, nonché per tutelare il personale penitenziario dai fattori che conducono a condizioni psicologiche sfavorevoli e che possono incrementare il rischio suicidario;
- 20) ad adottare, in funzione della prevenzione dei suicidi, iniziative per introdurre servizi specialistici dedicati alla salute mentale perinatale, garantendo la continuità dell'assistenza e la strutturazione di politiche attive che forniscano supporto alle gestanti;
- 21) a valutare l'opportunità di supportare le attività delle associazioni di volontariato e dei gruppi di auto mutuo aiuto e altre iniziative di carattere umanitario che operino nel settore della prevenzione del suicidio;
- 22) a presentare alle Camere una relazione annuale sull'aggiornamento delle condizioni del Paese in relazione al tema del suicidio, della prevenzione dello stesso e dei fenomeni ad esso collegati, sullo stato delle conoscenze, delle nuove acquisizioni scientifiche di settore, nonché dell'efficacia della strategia nazionale di prevenzione del suicidio.

(1-00536) (*Ulteriore nuova formulazione*)

« Romaniello, Azzolina, Panizzut, Delrio, Cappellacci, Ferri, Bersani, Carelli, Sapia, Trizzino, Cecconi, Ehm, Vianello, Nappi, Termini, Siragusa, Fioramonti, Suriano, Maniero,

Raduzzi, Villarosa, Quarta-pelle Procopio, Vitiello, Fornaro, Sensi, Andrea Romano, Boldrini, Carnevali, Siani, Iannaro, Bologna, Colmellere, Sarli, Noja, Occhionero ».

La Camera,

premesso che:

il suicidio è e deve essere riconosciuto come un serio problema di salute pubblica;

ogni anno, secondo i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità, nel mondo oltre 800 mila persone muoiono per suicidio, l'equivalente di una vittima ogni 40 secondi. La mortalità complessiva del fenomeno supera il numero di morti per malaria, cancro al seno o demenza. Inoltre, per ogni suicidio, si contano circa 20 tentativi di suicidio. Il suicidio è la seconda causa di morte per i giovani di età compresa fra i 15 e i 29 anni;

secondo uno studio condotto nel 2019 dal *Global burden disease*, nel 2016 il suicidio è risultato tra le 10 principali cause di morte in Europa, così come in Asia centrale, Australasia, America latina meridionale e nei Paesi ad alto reddito del Nord America. Inoltre, secondo un *report* dell'Organizzazione mondiale della sanità del 2014, il suicidio comprende il 56 per cento di tutte le morti di carattere violento, un numero più elevato delle morti causate da guerre e omicidi. Nello specifico, l'81 per cento delle morti violente nei Paesi ad alto reddito e, rispettivamente, il 44 per cento e il 70 per cento nei Paesi a basso e medio reddito;

il suicidio è un fenomeno collegato all'età e al genere: nei Paesi ad alto reddito i più recenti studi confermano un tasso di suicidio negli uomini tre volte maggiore rispetto alle donne; lo scarto diminuisce nei Paesi a medio-basso reddito dove il tasso di suicidio maschile è superiore del 57 per cento. La scelta di metodi autolesivi, che presentano una maggiore potenzialità di esito fatale, rappresenta un fattore rilevante riguardo la differenza di genere;

in linea generale, gli uomini presentano tassi di mortalità per suicidio più elevati in tutte le età, eccetto per la fascia dai 15 ai 29 anni, per la quale il suicidio, oltre a rappresentare la seconda principale causa di morte in tutto il mondo (8,5 per cento), costituisce la prima causa di morte tra le giovani donne a livello globale;

la riduzione del tasso dei suicidi è uno degli obiettivi dell'Agenda delle Nazioni Unite 2030 per lo sviluppo sostenibile;

nel 2014 è stato pubblicato il primo *World health organization world suicide report* «Prevenire il suicidio: un imperativo globale», il quale mirava ad aumentare la consapevolezza dell'importanza della salute pubblica riguardo i tentativi di suicidio e il suicidio, al fine di rendere la prevenzione del suicidio un'alta priorità nell'agenda della salute pubblica globale. Il *report* si proponeva, inoltre, di incoraggiare e sostenere i Paesi per sviluppare o rafforzare strategie globali di prevenzione del suicidio con un approccio multisettoriale di sanità pubblica;

ad oggi, solo alcuni Paesi nel mondo hanno incluso la prevenzione del suicidio tra le loro priorità sanitarie e solo 38 Stati possiedono una strategia nazionale di prevenzione del suicidio; l'Organizzazione mondiale della sanità ha incentivato gli sforzi di prevenzione nella direzione di una strategia nazionale che riconosca il suicidio e i tentativi di suicidio come un grave problema di salute pubblica, impegnando i Governi ad affrontarlo. Nello specifico, risulta necessario fornire un quadro strutturale che incorpori vari aspetti della prevenzione del suicidio e fornisca una guida autorevole sulle principali attività di prevenzione basate su evidenze empiriche;

le strategie nazionali si pongono l'obiettivo di individuare le principali strutture competenti in materia e di assegnare loro responsabilità specifiche, coordinandone l'operato. La struttura deputata al coordinamento della strategia nazionale deve, inoltre, occuparsi di identificare le lacune principali all'interno della legislazione vigente, nella fornitura dei servizi e

nella raccolta dei dati e di suggerire elementi di risoluzione dei limiti strutturali, come l'esigenza di risorse umane e finanziarie necessarie per implementare nuovi modelli di intervento. Un piano di prevenzione così strutturato è in grado di modificare e sensibilizzare le comunicazioni dei media, di proporre un quadro solido di monitoraggio e di valutazione, infondendo un senso di fiducia nelle istituzioni e facilitando la ricerca scientifica sui comportamenti suicidati;

nei Paesi ad alto reddito, l'impiccagione costituisce il 50 per cento dei suicidi, mentre le armi da fuoco si collocano al secondo posto rappresentando il 18 per cento dei casi. Negli Stati Uniti, dove la vendita di armi rappresenta un problema reale, all'interno della strategia nazionale per la prevenzione del suicidio è stata identificata la detenzione di armi come uno dei 4 fattori critici da trattare allo scopo di ridurre il fenomeno del 20 per cento entro il 2025;

il più importante fattore di rischio suicidario è rappresentato da uno o più precedenti tentativi di suicidio;

un noto aspetto critico relativo al fenomeno suicidario riguarda il cosiddetto «contagio» un fenomeno comune che si manifesta con l'aumento dei comportamenti suicidari nel periodo immediatamente successivo ad un episodio suicidario, o con disturbi collegati allo stress derivante dall'evento traumatico. Attualmente, il nostro Paese non investe nei servizi di *postvention*. *Postvention* è un programma che serve a gestire gli aspetti traumatici di un suicidio o di un tentato suicidio quando esso si verifica all'interno delle istituzioni scolastiche. Ha lo scopo di ridurre al minimo i rischi di emulazione, di prendere in carico i soggetti più sofferenti, di aiutare l'istituzione a superare le maggiori difficoltà che il trauma comporta. Tali servizi, che rappresentano la risposta a questo peculiare fenomeno, sono stati implementati nei protocolli di intervento da molti Paesi, tra i quali il Regno Unito, l'Australia e la Nuova Zelanda, consentendo di osservare effetti positivi. Anche in Italia esistono alcuni ser-

vizi, tra cui rivestono particolare importanza quelli di alcuni enti quali, a titolo di esempio, la De Leo Fund, i cui servizi sono ricalcati anche all'estero, e la Fondazione Minotauro, presieduta da Matteo Lancini, ma non esiste un *network* pubblico efficace sul territorio nazionale;

dal *dossier* elaborato dall'ONS il consumo dei farmaci antidepressivi può offrire indicazioni relative allo stato psicologico e la depressione, che ha un'incidenza estremamente alta nelle persone comprese tra i 18 e 64 anni, rappresenta una delle cause degli atti suicidari;

i tassi di mortalità per suicidio sono più elevati tra gli anziani, ma il suicidio è tra le primissime cause di morte per i giovani tra i 15 e i 29 anni. Tali decessi presentano impatti devastanti sul contesto sociale e sulle famiglie ed emerge spesso che il suicida non si è mai rivolto ai servizi sanitari e sociosanitari;

nel nostro Paese, ogni anno, circa 4.000 persone si tolgono la vita e si stima che almeno la metà di esse potrebbe essere salvata con un intervento adeguato. Il numero di vittime, che non contempla il dato sommerso, prodotto dell'assenza di un osservatorio dedicato e di sistemi di rilevamento avanzati, è paragonabile a quello di una bomba atomica dilazionata in 10 anni, in grado di far sparire per sempre una città di medie dimensioni;

esiste una relazione tra suicidi e crisi socio-economiche, come il corso della storia ha sempre dimostrato. Nel 2016 l'Istat ha riportato che il suicidio è la causa di morte più direttamente influenzata dalle crisi economiche;

secondo una nota pubblicata dal professore Daniele dell'Università Magna Graecia, tra il 2007 e il 2010 il numero di suicidi è cresciuto del 34 per cento tra i disoccupati, del 19 per cento tra gli occupati e del 13 per cento tra le persone fuoriuscite dal mondo del lavoro;

nel 2009 si sono verificati 4.884 suicidi, in eccesso rispetto al numero previsto in base alle tendenze precedenti (2000-

2007). Per quanto riguarda l'Europa, i suicidi in eccesso si sono verificati principalmente negli uomini di età compresa tra 15 e 24 anni, mentre nelle Americhe sono stati gli uomini di età compresa tra 45 e 64 anni a mostrare il maggiore aumento. L'incremento è stato osservato in particolare nei Paesi che presentavano bassi livelli di disoccupazione nel periodo precedente la crisi, nei Paesi con livelli più elevati di perdita di posti di lavoro e negli uomini;

ad oggi, la pandemia da COVID-19 sta esercitando un impatto particolarmente grave sulle condotte suicidarie all'interno del quadro descritto, già allarmante in precedenza. Alcuni dati rilevanti riguardo allo stato dell'arte emergono dalle rilevazioni condotte da enti di ricerca che si occupano di determinate categorie di soggetti a rischio e fasce di età specifiche della popolazione;

negli ultimi mesi, tra ottobre 2020 e gennaio 2021, nell'unità operativa complessa di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma è stato registrato un incremento del 30 per cento dei tentativi di suicidio e degli atti di autolesionismo e il reparto risultava occupato al 100 per cento, mentre negli altri anni, di media, il dato si attestava intorno al 70 per cento;

tra febbraio 2020 e febbraio 2021 è stato registrato un aumento del 32 per cento delle richieste legate alla salute mentale, come l'ideazione suicidaria, gli atti autolesivi e i tentativi di suicidio, pervenute al servizio 114 « Emergenza infanzia » promosso dal Dipartimento per le politiche della famiglia e gestito da Telefono azzurro;

un recente studio, che ha coinvolto genitori di bambini e adolescenti in Italia, Spagna e Portogallo, ha evidenziato che il 19 per cento dei bambini e il 38 per cento degli adolescenti mostrano sintomi di ansia e depressione e che c'è stato un netto incremento di questi livelli rispetto a quelli riportati in altri studi condotti negli stessi Paesi nel periodo pre-COVID-19;

già nel 2008, in una comunicazione presentata al XXIV congresso nazionale

della Società italiana neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Sinpia), dal titolo « Complessità e specificità in neuropsichiatria dell'età evolutiva: lo sviluppo delle conoscenze e il miglioramento delle cure », la Sinpia poneva in risalto le questioni relative al ricovero e all'emergenza psichiatrica in adolescenza che non riuscivano già allora a diventare una priorità organizzativa nazionale, nonostante l'allarme periodico sul fenomeno e l'evidenza di un incremento del numero di ricoveri per disturbi psichici dei minori e nonostante « gli studi epidemiologici indichino che tra il 18 per cento e il 21 per cento dei minori presenta, nel corso degli anni, un disturbo psicopatologico che comporta un *impairment* rilevante e che, nell'arco di tutta l'adolescenza, si stima che tra il 9 e il 13 per cento dei ragazzi e delle ragazze possa presentare una patologia psichiatrica tale da richiedere una presa in carico da parte dei servizi di salute mentale »;

risultano perciò essenziali il monitoraggio dell'andamento delle condizioni psicologiche degli italiani e la costruzione di una rete di supporto per i soggetti più vulnerabili e a rischio;

i dati sono allarmanti anche in riferimento agli imprenditori, categoria maggiormente colpita dai suicidi per motivazioni economiche. L'omonimo osservatorio, che cerca di reperire questa sezione specifica di dati, riporta un aumento del 79,5 per cento dei suicidi per motivazioni economiche e un aumento del 78,3 per cento dei tentativi di suicidio;

un'altra categoria gravemente colpita è quella delle donne vittime di violenza. Dal VII rapporto Eures sul femminicidio/suicidio in Italia, emerge che da marzo a ottobre 2020, periodo dell'attività più intensa del Coronavirus e dell'adozione delle misure più restrittive, l'incremento dei cosiddetti femminicidi-suicidi è aumentato del 90,3 per cento;

il rischio di suicidio è poi accresciuto per le persone che, essendo portatrici di fattori di discriminazione, corrono maggiormente il pericolo di subire feno-

meni di aggressione, emarginazione ed esclusione. Tra questi particolarmente preoccupanti sono i dati riferibili a persone LGBTIQ+;

il suicidio nelle Forze armate e nei Corpi di polizia in Italia è un fenomeno diffuso e trasversale e tra i militari e i poliziotti si registrano tassi di suicidio maggiori rispetto ad altre categorie professionali; si rileva che spesso gli stati psicologici disfunzionali accusati dai militari vengono celati e tenuti nascosti, poiché esiste una riluttanza a manifestare tali forme di disagio, al fine di impedire la compromissione della propria carriera lavorativa o, in situazioni limite, per non risultare soggetti alla destituzione dal proprio incarico;

le persone condannate al regime carcerario presentano un tasso di mortalità per suicidio maggiore rispetto alla popolazione generale, e il personale penitenziario è soggetto a condizioni psicologiche negative legate al particolare contesto lavorativo;

i suicidi sono prevenibili con interventi puntuali, basati su evidenze e spesso a basso costo. In relazione alle evidenze, risulta promettente l'adozione di metodi di indagine sociale, quali gli studi longitudinali sui suicidi, al fine di comprendere la portata degli effetti *post lockdown* e degli strascichi conseguenti alla pandemia. Affinché le risposte nazionali siano efficaci, è necessaria una strategia multisettoriale globale di prevenzione del suicidio;

nel corso della giornata mondiale per la prevenzione del suicidio, celebrata il 10 settembre 2021 è intervenuto il professor Maurizio Pompili, docente di psichiatria all'Università Sapienza di Roma e direttore del servizio per la prevenzione del suicidio dell'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea di Roma, realtà nazionale unica nel suo genere, operante presso un'azienda ospedaliera pubblica e che si occupa efficacemente della complessiva attività clinico-assistenziale, a partire dal servizio di primo ascolto e accoglienza telefonica e fino alla gestione dei cosiddetti *survivors*, persone sopravvissute al dramma

del suicidio avvenuto nella propria famiglia o nel contesto più prossimo;

ha dichiarato che la prevenzione è possibile e riguarda tutti: informare l'opinione pubblica, aiutare familiari e amici a riconoscere i segnali di allarme, sfatare i falsi miti su chi tenta di compiere un gesto estremo e contrastare lo stigma, consentirebbero di dimezzare l'entità del fenomeno;

a causa della crisi pandemica, numerose condizioni di rischio connesse al suicidio si sono intensificate e aggravate, tra le quali la perdita del reddito e la conseguente riduzione della capacità di spesa, la perdita del posto di lavoro, le difficoltà di accesso alla rete sanitaria per le fasce più deboli della popolazione, l'aggravamento di condizioni mentali precarie e l'aumento delle fragilità psico-sociali, l'eventuale convivenza forzata con persone violente durante il *lockdown*, il mancato soddisfacimento di bisogni fondamentali, quali l'autonomia decisionale, la mobilità spaziale, la libertà di contatto con i propri cari;

il primo aspetto fondamentale connesso alla prevenzione del suicidio è rappresentato dalla necessità di raccogliere dati con precisione. Infatti, come affermato dal Professor Diego De Leo, riconosciuto tra i massimi esperti di settore a livello mondiale, il suicidio, rispetto ad altre cause di morte, risulta più incline a subire processi di errata classificazione. Inoltre, i dati attualmente disponibili non sono correntemente aggiornati e l'ultimo annuario statistico dell'Istat del 2020 contiene dati relativi al 2017, quando vennero registrati 3.940 atti suicidari. Si rileva che tale dato non dà conto dei tentativi di suicidio, rispetto ai quali non sono registrati dati, e risulta impossibile determinare una tendenza precisa e affidabile nel tempo;

è necessario garantire il monitoraggio dei tentativi di suicidio e dei suicidi per strategie efficaci di prevenzione del suicidio. È noto, infatti, che nei Paesi in cui è presente un osservatorio in grado di fornire stime verosimili che indichino in maniera

puntuale quante persone si tolgono la vita, determinando parametri geografici, temporali e tenendo conto dei metodi attraverso i quali sono compiuti gesti estremi, è possibile individuare la popolazione a rischio e, di conseguenza, attivare un'efficace strategia di prevenzione;

è noto a livello internazionale che le linee telefoniche di aiuto rappresentano un supporto importante in grado di ridurre con successo l'ideazione suicidaria e la tendenza agli atti di autolesionismo. Ad oggi, in Italia esistono alcune linee telefoniche attive di cui alcune pubbliche, altre private e gestite da organizzazioni di volontariato. Sul versante pubblico, oltre al già citato servizio sono degne di nota alcune esperienze di settore come un servizio pubblico di supporto psicologico presso la Regione Veneto, denominato Servizio inOltre, attivo attraverso un numero verde gratuito, che offre risposta 24 ore e 7 giorni, per tutte le situazioni di crisi. Tale servizio rappresenta un *unicum* sul territorio e rappresenta un modello di analisi e intervento importante, provvisto di uno strumento di analisi del rischio suicidario, attraverso una scala di valutazione che rappresenta un *triage* della salute mentale;

tuttavia, non esiste un numero verde nazionale, né una struttura specifica dotata di personale qualificato e in grado di svolgere gli incarichi di emergenza, presa in carico, supporto, indagine, *follow-up* e *postvention*;

nella letteratura internazionale di settore alcuni studi hanno definito che un intervento precoce nei reparti di primo soccorso mostra un'importante efficacia. È necessario dotare il sistema sanitario di strumenti utili alla determinazione precoce del rischio suicidario;

il periodo perinatale – inteso come il periodo che va dal concepimento al compimento del primo anno di vita del bambino – è fra i momenti emotivamente più importanti nella vita di una donna. Dopo il parto dal 30 per cento al 75 per cento delle donne sperimenta un disturbo dell'umore transitorio (chiamato *maternity blues*) che

tende a risolversi spontaneamente entro una decina di giorni dal parto. Per alcune donne, invece, il periodo perinatale può essere offuscato dai sintomi di una condizione psicologica più seria e invalidante, che si ripresenta o esordisce in questo momento della vita. I disturbi più comuni sono quelli d'ansia e depressivi, che arrivano a colpire dal 10 per cento ai 15 per cento delle donne nel periodo perinatale. Questi possono avere un impatto sugli esiti ostetrici ed esercitare un effetto negativo a lungo termine sulla salute della donna e del bambino. Per questo, se i disturbi si manifestano, è molto importante che sia disponibile un accesso tempestivo alla presa in carico della donna e alle cure; inoltre, dai dati emerge che circa il 60 per cento delle donne decedute per suicidio materno risulta avere una precedente « storia psichiatrica » e che oltre i 3/4 delle diagnosi di disturbo mentale grave non sono state registrate con le informazioni ostetriche;

la formazione e l'informazione svolgono un ruolo importante nella prevenzione del suicidio. Ogni età presenta peculiari rischi connessi al tema. Nelle scuole, di ogni ordine e grado, è necessario conoscere il rischio suicidario per offrire strumenti di intervento e controllo ad ogni operatore scolastico, così come agli studenti e ai genitori, al fine di intervenire precocemente su condotte allarmanti collegate al suicidio, come l'autolesionismo, su cui si rileva scarsa attenzione,

impegna il Governo:

- 1) a riconoscere il suicidio ed i fenomeni ad esso connessi come gravi problemi di salute pubblica;
- 2) a realizzare una strategia nazionale per la prevenzione del suicidio, che fornisca una guida autorevole sulle principali attività di prevenzione basate su evidenze empiriche, attraverso la realizzazione degli impegni successivi del dispositivo del presente atto di indirizzo;
- 3) nel rispetto dei vincoli di bilancio, ad istituire un centro studi/osservatorio

pubblico che operi per conseguire un efficace monitoraggio dei dati relativi ai casi di suicidio e dei fenomeni ad esso collegati, su tutto il territorio della Repubblica italiana, ponendo la debita attenzione all'andamento delle condizioni dello stato psicologico dei cittadini e costruendo una rete di supporto per i soggetti più vulnerabili e a rischio;

- 4) ad istituire un numero verde telefonico di prevenzione suicidi gratuito per la presa in carico dei soggetti a rischio, basato sulle esperienze nazionali e internazionali all'avanguardia, nonché un'applicazione digitale ed ogni nuovo strumento utile ad affrontare il problema, che vengano promossi sui canali di comunicazione istituzionali e governativi e sulla televisione pubblica;
- 5) ad adottare le iniziative di competenza per inserire un sistema di rilevamento diagnostico, come un codice identificativo, nel sistema sanitario digitale, al fine di poter indagare al meglio eventuali tentativi di suicidio, nella casistica determinata dai protocolli stabiliti dagli enti preposti, nonché al fine di rispondere al più importante rischio suicidario citato in premessa;
- 6) a promuovere campagne di sensibilizzazione e prevenzione all'interno delle scuole, a partire dalla scuola primaria;
- 7) nel rispetto dei vincoli di bilancio, a valutare la possibilità di adottare le iniziative di competenza per stanziare risorse dedicate all'assunzione ed alla formazione di personale qualificato nelle reti territoriali e di intervento, affinché ci siano persone specificamente addestrate a rispondere alle esigenze;
- 8) al fine di acquisire maggiori conoscenze sul tema, nel rispetto dei vincoli di bilancio, ad adottare iniziative per prevedere uno stanziamento specifico e sufficiente per la ricerca scientifica del settore in generale, che includa il finanziamento di borse di studio dedicate e la promozione di collaborazioni scientifico/istituzionali, nonché per orientare le ricerche sulle cause con-

- tingenti, di ogni genere, che presentano il rischio di un aumento dell'incidenza dei fenomeni suicidari;
- 9) ad adottare iniziative efficaci per consentire l'accesso alle cure ad un numero sempre maggiore di cittadini e per incentivare attività di *follow up* per monitorare nel tempo lo stato di avanzamento dei programmi di sostegno;
- 10) a promuovere servizi di *postvention*, volti ad offrire supporto alle persone suscettibili al contagio;
- 11) al fine di tutelare in particolare, ma non solo, i minori, ad adottare iniziative per disincentivare l'istigazione al suicidio, impedendo l'accesso ai siti *web* che incoraggiano il ricorso a pratiche di autolesionismo;
- 12) compatibilmente con i vincoli di bilancio, a predisporre una specifica applicazione digitale interattiva per preadolescenti, adolescenti e giovani adulti, che contenga informazioni utili al riconoscimento del disagio psichico, informazioni psicoeducative per la salute mentale e numeri utili per entrare in contatto con i servizi territoriali dedicati, valutando la possibilità di potenziare i servizi offerti dagli psicologi scolastici;
- 13) nel rispetto dei vincoli di bilancio, a promuovere campagne di informazione, prevenzione e di sensibilizzazione a livello nazionale estese a tutta la popolazione, promuovendo l'adozione di linee guida in Conferenza Stato-regioni, al fine di uniformare i processi di intervento, ferme restando le specifiche competenze regionali;
- 14) con particolare riferimento ad alcune tipologie di suicidio condotte da giovani e adolescenti, ad adottare iniziative per finalizzare il proprio operato in tema di prevenzione del suicidio in ambiente domestico, a partire dalla realizzazione di campagne informative e di sensibilizzazione inerenti alla prevenzione dei rischi connessi alla detenzione delle armi e, nello specifico, del rischio suicidario da esse derivanti, monitorando gli aggiornamenti scientifici e richiamando le migliori pratiche politiche condotte a livello internazionale;
- 15) a valutare la possibilità di istituire un tavolo di lavoro specifico, con il coinvolgimento di associazioni e altri enti che si occupano in modo specifico delle persone più sensibili alla tematica: adolescenti e vittime di bullismo, imprenditori in crisi, persone economicamente vulnerabili, membri della comunità LGBTQ+, persone con problemi di dipendenza da alcool e sostanze stupefacenti, nonché ogni categoria esistente che necessiti della dovuta attenzione;
- 16) a promuovere, nel quadro degli interventi per contrastare il fenomeno dei suicidi, progetti che abbiano finalità socializzanti e formative aperte alla popolazione, mediante percorsi multidisciplinari integrati capaci di soddisfare tempestivamente le esigenze dei pazienti e delle famiglie;
- 17) a continuare ad adottare le iniziative di competenza affinché si attivino servizi di intervento psicologico, attraverso risorse già operanti all'interno delle Forze armate e dei Corpi di polizia, per il trattamento delle forme di sofferenza psicologica dei dipendenti, con particolare riferimento alla prevenzione del suicidio, predisponendo specifici programmi di formazione professionale per i professionisti operanti all'interno del Corpo di riferimento deputati agli incarichi esposti in precedenza, e affinché si incentivino l'utilizzo di risorse esterne, come professionisti non operanti all'interno delle Forze armate e dei Corpi di polizia, al fine di rispondere alle esigenze precedentemente esposte, ponendo un argine all'effetto stigma che impedisce in molti casi un'efficace richiesta di intervento e un conseguente efficace rendimento dello stesso;
- 18) sempre con particolare riferimento alle categorie indicate nel precedente im-

pegno, a predisporre una specifica applicazione digitale utile al supporto tra pari, a modello delle migliori pratiche esistenti a livello internazionale;

- 19) ad adottare iniziative per approfondire e affrontare le cause dei suicidi in carcere, nonché per tutelare il personale penitenziario dai fattori che conducono a condizioni psicologiche sfavorevoli e che possono incrementare il rischio suicidario;
- 20) ad adottare, in funzione della prevenzione dei suicidi, iniziative per introdurre servizi specialistici dedicati alla salute mentale perinatale, garantendo la continuità dell'assistenza e la strutturazione di politiche attive che forniscano supporto alle gestanti;
- 21) a valutare l'opportunità di supportare le attività delle associazioni di volontariato e dei gruppi di auto mutuo aiuto e altre iniziative di carattere umanitario che operino nel settore della prevenzione del suicidio;
- 22) a presentare alle Camere, previa disposizione normativa, una relazione annuale sull'aggiornamento delle condizioni del Paese in relazione al tema del suicidio, della prevenzione dello stesso e dei fenomeni ad esso collegati, sullo stato delle conoscenze, delle nuove acquisizioni scientifiche di settore, nonché dell'efficacia della strategia nazionale di prevenzione del suicidio.

(1-00536) (*Ulteriore nuova formulazione – Testo modificato nel corso della seduta*) « Romaniello, Azzolina, Panizzut, Delrio, Cappelacci, Ferri, Bersani, Carelli, Sapia, Trizzino, Cecconi, Ehm, Vianello, Nappi, Termini, Siragusa, Fioramonti, Suriano, Maniero, Raduzzi, Villarosa, Quartapelle Procopio, Vitiello, Fornaro, Sensi, Andrea Romano, Boldrini, Carnevali, Siani, Ianaro, Bologna, Colmellere, Sarli, Noja, Occhio-nero ».

La Camera,

premesso che:

il suicidio è e deve essere riconosciuto come un serio problema di salute pubblica;

ogni anno, secondo i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità, nel mondo oltre 800 mila persone muoiono per suicidio, l'equivalente di una vittima ogni 40 secondi. La mortalità complessiva del fenomeno supera il numero di morti per malaria, cancro al seno o demenza. Inoltre, per ogni suicidio, si contano circa 20 tentativi di suicidio. Il suicidio è la seconda causa di morte per i giovani di età compresa fra i 15 e i 29 anni;

secondo uno studio condotto nel 2019 dal *Global burden disease*, nel 2016 il suicidio è risultato tra le 10 principali cause di morte in Europa, così come in Asia centrale, Australasia, America latina meridionale e nei Paesi ad alto reddito del Nord America. Inoltre, secondo un *report* dell'Organizzazione mondiale della sanità del 2014, il suicidio comprende il 56 per cento di tutte le morti di carattere violento, un numero più elevato delle morti causate da guerre e omicidi. Nello specifico, l'81 per cento delle morti violente nei Paesi ad alto reddito e, rispettivamente, il 44 per cento e il 70 per cento nei Paesi a basso e medio reddito;

il suicidio è un fenomeno collegato all'età e al genere: nei Paesi ad alto reddito i più recenti studi confermano un tasso di suicidio negli uomini tre volte maggiore rispetto alle donne; lo scarto diminuisce nei Paesi a medio-basso reddito dove il tasso di suicidio maschile è superiore del 57 per cento. La scelta di metodi autolesivi, che presentano una maggiore potenzialità di esito fatale, rappresenta un fattore rilevante riguardo la differenza di genere;

in linea generale, gli uomini presentano tassi di mortalità per suicidio più elevati in tutte le età, eccetto per la fascia dai 15 ai 29 anni, per la quale il suicidio, oltre a rappresentare la seconda principale causa di morte in tutto il mondo (8,5 per

cento), costituisce la prima causa di morte tra le giovani donne a livello globale;

la riduzione del tasso dei suicidi è uno degli obiettivi dell'Agenda delle Nazioni Unite 2030 per lo sviluppo sostenibile;

nel 2014 è stato pubblicato il primo *World health organization world suicide report* «Prevenire il suicidio: un imperativo globale», il quale mirava ad aumentare la consapevolezza dell'importanza della salute pubblica riguardo i tentativi di suicidio e il suicidio, al fine di rendere la prevenzione del suicidio un'alta priorità nell'agenda della salute pubblica globale. Il *report* si proponeva, inoltre, di incoraggiare e sostenere i Paesi per sviluppare o rafforzare strategie globali di prevenzione del suicidio con un approccio multisettoriale di sanità pubblica;

ad oggi, solo alcuni Paesi nel mondo hanno incluso la prevenzione del suicidio tra le loro priorità sanitarie e solo 38 Stati possiedono una strategia nazionale di prevenzione del suicidio;

L'Organizzazione mondiale della sanità ha incentivato gli sforzi di prevenzione nella direzione di una strategia nazionale che riconosca il suicidio e i tentativi di suicidio come un grave problema di salute pubblica, impegnando i Governi ad affrontarlo. Nello specifico, risulta necessario fornire un quadro strutturale che incorpori vari aspetti della prevenzione del suicidio e fornisca una guida autorevole sulle principali attività di prevenzione basate su evidenze empiriche;

le strategie nazionali si pongono l'obiettivo di individuare le principali strutture competenti in materia e di assegnare loro responsabilità specifiche, coordinandone l'operato. La struttura deputata al coordinamento della strategia nazionale deve, inoltre, occuparsi di identificare le lacune principali all'interno della legislazione vigente, nella fornitura dei servizi e nella raccolta dei dati e di suggerire elementi di risoluzione dei limiti strutturali, come l'esigenza di risorse umane e finanziarie necessarie per implementare nuovi modelli di intervento. Un piano di preven-

zione così strutturato è in grado di modificare e sensibilizzare le comunicazioni dei media, di proporre un quadro solido di monitoraggio e di valutazione, infondendo un senso di fiducia nelle istituzioni e facilitando la ricerca scientifica sui comportamenti suicidari;

nei Paesi ad alto reddito, l'impiccagione costituisce il 50 per cento dei suicidi, mentre le armi da fuoco si collocano al secondo posto rappresentando il 18 per cento dei casi. Negli Stati Uniti, dove la vendita di armi rappresenta un problema reale, all'interno della strategia nazionale per la prevenzione del suicidio è stata identificata la detenzione di armi come uno dei 4 fattori critici da trattare allo scopo di ridurre il fenomeno del 20 per cento entro il 2025;

il più importante fattore di rischio suicidario è rappresentato da uno o più precedenti tentativi di suicidio;

un noto aspetto critico relativo al fenomeno suicidario riguarda il cosiddetto «contagio» un fenomeno comune che si manifesta con l'aumento dei comportamenti suicidari nel periodo immediatamente successivo ad un episodio suicidario, o con disturbi collegati allo stress derivante dall'evento traumatico. Attualmente, il nostro Paese non investe nei servizi di *postvention*. *Postvention* è un programma che serve a gestire gli aspetti traumatici di un suicidio o di un tentato suicidio quando esso si verifica all'interno delle istituzioni scolastiche. Ha lo scopo di ridurre al minimo i rischi di emulazione, di prendere in carico i soggetti più sofferenti, di aiutare l'istituzione a superare le maggiori difficoltà che il trauma comporta. Tali servizi, che rappresentano la risposta a questo peculiare fenomeno, sono stati implementati nei protocolli di intervento da molti Paesi, tra i quali il Regno Unito, l'Australia e la Nuova Zelanda, consentendo di osservare effetti positivi. Anche in Italia esistono alcuni servizi, tra cui rivestono particolare importanza quelli di alcuni enti quali, a titolo di esempio, la De Leo Fund, i cui servizi sono ricalcati anche all'estero, e la Fondazione Minotauro, presieduta da Matteo Lancini,

ma non esiste un *network* pubblico efficace sul territorio nazionale;

dal *dossier* elaborato dall'ONS il consumo dei farmaci antidepressivi può offrire indicazioni relative allo stato psicologico e la depressione, che ha un'incidenza estremamente alta nelle persone comprese tra i 18 e 64 anni, rappresenta una delle cause degli atti suicidari;

i tassi di mortalità per suicidio sono più elevati tra gli anziani, ma il suicidio è tra le primissime cause di morte per i giovani tra i 15 e i 29 anni. Tali decessi presentano impatti devastanti sul contesto sociale e sulle famiglie ed emerge spesso che il suicida non si è mai rivolto ai servizi sanitari e sociosanitari;

nel nostro Paese, ogni anno, circa 4.000 persone si tolgono la vita e si stima che almeno la metà di esse potrebbe essere salvata con un intervento adeguato. Il numero di vittime, che non contempla il dato sommerso, prodotto dell'assenza di un osservatorio dedicato e di sistemi di rilevamento avanzati, è paragonabile a quello di una bomba atomica dilazionata in 10 anni, in grado di far sparire per sempre una città di medie dimensioni;

esiste una relazione tra suicidi e crisi socio-economiche, come il corso della storia ha sempre dimostrato. Nel 2016 l'Istat ha riportato che il suicidio è la causa di morte più direttamente influenzata dalle crisi economiche;

secondo una nota pubblicata dal professore Daniele dell'Università Magna Graecia, tra il 2007 e il 2010 il numero di suicidi è cresciuto del 34 per cento tra i disoccupati, del 19 per cento tra gli occupati e del 13 per cento tra le persone fuoriuscite dal mondo del lavoro;

nel 2009 si sono verificati 4.884 suicidi, in eccesso rispetto al numero previsto in base alle tendenze precedenti (2000-2007). Per quanto riguarda l'Europa, i suicidi in eccesso si sono verificati principalmente negli uomini di età compresa tra 15 e 24 anni, mentre nelle Americhe sono stati gli uomini di età compresa tra 45 e 64 anni

a mostrare il maggiore aumento. L'incremento è stato osservato in particolare nei Paesi che presentavano bassi livelli di disoccupazione nel periodo precedente la crisi, nei Paesi con livelli più elevati di perdita di posti di lavoro e negli uomini;

ad oggi, la pandemia da COVID-19 sta esercitando un impatto particolarmente grave sulle condotte suicidarie all'interno del quadro descritto, già allarmante in precedenza. Alcuni dati rilevanti riguardo allo stato dell'arte emergono dalle rilevazioni condotte da enti di ricerca che si occupano di determinate categorie di soggetti a rischio e fasce di età specifiche della popolazione;

negli ultimi mesi, tra ottobre 2020 e gennaio 2021, nell'unità operativa complessa di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma è stato registrato un incremento del 30 per cento dei tentativi di suicidio e degli atti di autolesionismo e il reparto risultava occupato al 100 per cento, mentre negli altri anni, di media, il dato si attestava intorno al 70 per cento;

tra febbraio 2020 e febbraio 2021 è stato registrato un aumento del 32 per cento delle richieste legate alla salute mentale, come l'ideazione suicidaria, gli atti autolesivi e i tentativi di suicidio, pervenute al servizio 114 « Emergenza infanzia » promosso dal Dipartimento per le politiche della famiglia e gestito da Telefono azzurro;

un recente studio, che ha coinvolto genitori di bambini e adolescenti in Italia, Spagna e Portogallo, ha evidenziato che il 19 per cento dei bambini e il 38 per cento degli adolescenti mostrano sintomi di ansia e depressione e che c'è stato un netto incremento di questi livelli rispetto a quelli riportati in altri studi condotti negli stessi Paesi nel periodo pre-COVID-19;

già nel 2008, in una comunicazione presentata al XXIV congresso nazionale della Società italiana neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Sinpia), dal titolo « Complessità e specificità in neuropsichiatria dell'età evolutiva: lo sviluppo delle conoscenze e il miglioramento delle cure »,

la Sinpia poneva in risalto le questioni relative al ricovero e all'emergenza psichiatrica in adolescenza che non riuscivano già allora a diventare una priorità organizzativa nazionale, nonostante l'allarme periodico sul fenomeno e l'evidenza di un incremento del numero di ricoveri per disturbi psichici dei minori e nonostante « gli studi epidemiologici indichino che tra il 18 per cento e il 21 per cento dei minori presenta, nel corso degli anni, un disturbo psicopatologico che comporta un *impairment* rilevante e che, nell'arco di tutta l'adolescenza, si stima che tra il 9 e il 13 per cento dei ragazzi e delle ragazze possa presentare una patologia psichiatrica tale da richiedere una presa in carico da parte dei servizi di salute mentale »;

risultano perciò essenziali il monitoraggio dell'andamento delle condizioni psicologiche degli italiani e la costruzione di una rete di supporto per i soggetti più vulnerabili e a rischio;

i dati sono allarmanti anche in riferimento agli imprenditori, categoria maggiormente colpita dai suicidi per motivazioni economiche. L'omonimo osservatorio, che cerca di reperire questa sezione specifica di dati, riporta un aumento del 79,5 per cento dei suicidi per motivazioni economiche e un aumento del 78,3 per cento dei tentativi di suicidio;

un'altra categoria gravemente colpita è quella delle donne vittime di violenza. Dal VII rapporto Eures sul femminicidio/suicidio in Italia, emerge che da marzo a ottobre 2020, periodo dell'attività più intensa del Coronavirus e dell'adozione delle misure più restrittive, l'incremento dei cosiddetti femminicidi-suicidi è aumentato del 90,3 per cento;

il rischio di suicidio è poi accresciuto per le persone che, essendo portatrici di fattori di discriminazione, corrono maggiormente il pericolo di subire fenomeni di aggressione, emarginazione ed esclusione. Tra questi particolarmente preoccupanti sono i dati riferibili a persone LGBTIQ+;

il suicidio nelle Forze armate e nei Corpi di polizia in Italia è un fenomeno

diffuso e trasversale e tra i militari e i poliziotti si registrano tassi di suicidio maggiori rispetto ad altre categorie professionali; si rileva che spesso gli stati psicologici disfunzionali accusati dai militari vengono celati e tenuti nascosti, poiché esiste una riluttanza a manifestare tali forme di disagio, al fine di impedire la compromissione della propria carriera lavorativa o, in situazioni limite, per non risultare soggetti alla destituzione dal proprio incarico;

il Servizio sanitario nazionale, nel campo della salute mentale, risulta carente in termini di numerosità di posti di ricovero, di *day hospital* e di ambulatorio, ma anche in termini di investimenti sui servizi territoriali, residenziali e domiciliari;

i suicidi sono prevenibili con interventi puntuali, basati su evidenze e spesso a basso costo. In relazione alle evidenze, risulta promettente l'adozione di metodi di indagine sociale, quali gli studi longitudinali sui suicidi, al fine di comprendere la portata degli effetti post *lockdown* e degli strascichi conseguenti alla pandemia. Affinché le risposte nazionali siano efficaci, è necessaria una strategia multisettoriale globale di prevenzione del suicidio;

nel corso della giornata mondiale per la prevenzione del suicidio, celebrata il 10 settembre 2021 è intervenuto il professor Maurizio Pompili, docente di psichiatria all'Università Sapienza di Roma e direttore del servizio per la prevenzione del suicidio dell'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea di Roma, realtà nazionale unica nel suo genere, operante presso un'azienda ospedaliera pubblica e che si occupa efficacemente della complessiva attività clinico-assistenziale, a partire dal servizio di primo ascolto e accoglienza telefonica e fino alla gestione dei cosiddetti *survivors*, persone sopravvissute al dramma del suicidio avvenuto nella propria famiglia o nel contesto più prossimo;

ha dichiarato che la prevenzione è possibile e riguarda tutti: informare l'opinione pubblica, aiutare familiari e amici a riconoscere i segnali di allarme, sfatare i falsi miti su chi tenta di compiere un gesto

estremo e contrastare lo stigma, consentirebbero di dimezzare l'entità del fenomeno;

a causa della crisi pandemica, numerose condizioni di rischio connesse al suicidio si sono intensificate e aggravate, tra le quali la perdita del reddito e la conseguente riduzione della capacità di spesa, la perdita del posto di lavoro, le difficoltà di accesso alla rete sanitaria per le fasce più deboli della popolazione, l'aggravamento di condizioni mentali precarie e l'aumento delle fragilità psico-sociali, l'eventuale convivenza forzata con persone violente durante il *lockdown*, il mancato soddisfacimento di bisogni fondamentali, quali l'autonomia decisionale, la mobilità spaziale, la libertà di contatto con i propri cari;

il primo aspetto fondamentale connesso alla prevenzione del suicidio è rappresentato dalla necessità di raccogliere dati con precisione. Infatti, come affermato dal Professor Diego De Leo, riconosciuto tra i massimi esperti di settore a livello mondiale, il suicidio, rispetto ad altre cause di morte, risulta più incline a subire processi di errata classificazione. Inoltre, i dati attualmente disponibili non sono correntemente aggiornati e l'ultimo annuario statistico dell'Istat del 2020 contiene dati relativi al 2017, quando vennero registrati 3.940 atti suicidari. Si rileva che tale dato non dà conto dei tentativi di suicidio, rispetto ai quali non sono registrati dati, e risulta impossibile determinare una tendenza precisa e affidabile nel tempo;

è necessario garantire il monitoraggio dei tentativi di suicidio e dei suicidi per strategie efficaci di prevenzione del suicidio. È noto, infatti, che nei Paesi in cui è presente un osservatorio in grado di fornire stime verosimili che indichino in maniera puntuale quante persone si tolgono la vita, determinando parametri geografici, temporali e tenendo conto dei metodi attraverso i quali sono compiuti gesti estremi, è possibile individuare la popolazione a rischio e, di conseguenza, attivare un'efficace strategia di prevenzione;

è noto a livello internazionale che le linee telefoniche di aiuto rappresentano un supporto importante in grado di ridurre con successo l'ideazione suicidaria e la tendenza agli atti di autolesionismo. Ad oggi, in Italia esistono alcune linee telefoniche attive di cui alcune pubbliche, altre private e gestite da organizzazioni di volontariato. Sul versante pubblico, oltre al già citato servizio sono degne di nota alcune esperienze di settore come un servizio pubblico di supporto psicologico presso la Regione Veneto, denominato Servizio inOltre, attivo attraverso un numero verde gratuito, che offre risposta 24h e 7 gg, per tutte le situazioni di crisi. Tale servizio rappresenta un *unicum* sul territorio e rappresenta un modello di analisi e intervento importante, provvisto di uno strumento di analisi del rischio suicidario, attraverso una scala di valutazione che rappresenta un *triage* della salute mentale;

tuttavia, non esiste un numero verde nazionale, né una struttura specifica dotata di personale qualificato e in grado di svolgere gli incarichi di emergenza, presa in carico, supporto, indagine, *follow-up* e *postvention*:

nella letteratura internazionale di settore alcuni studi hanno definito che un intervento precoce nei reparti di primo soccorso mostra un'importante efficacia. È necessario dotare il sistema sanitario di strumenti utili alla determinazione precoce del rischio suicidario;

il periodo perinatale – inteso come il periodo che va dal concepimento al compimento del primo anno di vita del bambino – è fra i momenti emotivamente più importanti nella vita di una donna. Dopo il parto dal 30 per cento al 75 per cento delle donne sperimenta un disturbo dell'umore transitorio (chiamato *maternity blues*) che tende a risolversi spontaneamente entro una decina di giorni dal parto. Per alcune donne, invece, il periodo perinatale può essere offuscato dai sintomi di una condizione psicologica più seria e invalidante, che si ripresenta o esordisce in questo momento della vita. I disturbi più comuni sono quelli d'ansia e depressivi, che arri-

vano a colpire dal 10 per cento al 15 per cento delle donne nel periodo perinatale. Questi possono avere un impatto sugli esiti ostetrici ed esercitare un effetto negativo a lungo termine sulla salute della donna e del bambino. Per questo, se i disturbi si manifestano, è molto importante che sia disponibile un accesso tempestivo alla presa in carico della donna e alle cure; inoltre, dai dati emerge che circa il 60 per cento delle donne decedute per suicidio materno risulta avere una precedente « storia psichiatrica » e che oltre i 3/4 delle diagnosi di disturbo mentale grave non sono state registrate con le informazioni ostetriche;

la formazione e l'informazione svolgono un ruolo importante nella prevenzione del suicidio. Ogni età presenta peculiari rischi connessi al tema. Nelle scuole, di ogni ordine e grado, è necessario conoscere il rischio suicidario per offrire strumenti di intervento e controllo ad ogni operatore scolastico, così come agli studenti e ai genitori, al fine di intervenire precocemente su condotte allarmanti collegate al suicidio, come l'autolesionismo, su cui si rileva scarsa attenzione,

impegna il Governo:

- 1) a riconoscere il suicidio ed i fenomeni ad esso connessi come gravi problemi di salute pubblica;
- 2) a realizzare una strategia nazionale per la prevenzione del suicidio, che fornisca una guida autorevole sulle principali attività di prevenzione basate su evidenze empiriche, attraverso la realizzazione degli impegni successivi del dispositivo del presente atto di indirizzo;
- 3) ad istituire un centro studi/osservatorio pubblico che operi per conseguire un efficace monitoraggio dei dati relativi ai casi di suicidio e dei fenomeni ad esso collegati, su tutto il territorio della Repubblica italiana, ponendo la debita attenzione all'andamento delle condizioni dello stato psicologico dei cittadini e costruendo una rete di supporto per i soggetti più vulnerabili e a rischio;

- 4) ad istituire un numero verde telefonico di emergenza suicidi gratuito per la presa in carico dei soggetti a rischio, basato sulle esperienze nazionali e internazionali all'avanguardia, nonché un'applicazione digitale ed ogni nuovo strumento utile ad affrontare il problema, che vengano promossi sui canali di comunicazione istituzionali e governativi e sulla televisione pubblica;
- 5) ad adottare le iniziative di competenza per inserire un sistema di rilevamento diagnostico, come un codice identificativo, nel sistema sanitario digitale, al fine di poter indagare al meglio eventuali tentativi di suicidio, nella casistica determinata dai protocolli stabiliti dagli enti preposti, nonché al fine di rispondere al più importante rischio suicidario citato in premessa;
- 6) a promuovere campagne di sensibilizzazione e prevenzione all'interno delle scuole, a partire dalla scuola primaria, attraverso:
 - a) la predisposizione di *training* specifici per gli operatori scolastici, perché siano nelle condizioni di fornire collegamenti chiari con i professionisti di settore;
 - b) l'inserimento, all'interno della programmazione scolastica, dell'educazione emotiva;
 - c) l'inserimento di progetti dedicati e di momenti di confronto nelle scuole secondarie di primo e di secondo grado finalizzati a migliorare la conoscenza e la prevenzione del suicidio nell'età dell'adolescenza, evidenziando i rischi derivanti dal bullismo, dal cyberbullismo e da ogni fenomeno che possa comportare un disagio tale da condurre a pratiche di autolesionismo, a ideazione suicidaria o al suicidio;
 - d) la realizzazione di *peer support programs*, cioè programmi per assicurare un efficace sostegno tra coetanei;

- 7) ad adottare le iniziative di competenza per stanziare risorse dedicate all'assunzione ed alla formazione di personale qualificato nelle reti territoriali e di intervento, affinché ci siano persone specificamente addestrate a rispondere alle esigenze;
- 8) al fine di acquisire maggiori conoscenze sul tema, ad adottare iniziative per prevedere uno stanziamento specifico e sufficiente per la ricerca scientifica del settore in generale, che includa il finanziamento di borse di studio dedicate e la promozione di collaborazioni scientifico/istituzionali, nonché per orientare le ricerche sulle cause contingenti, di ogni genere, che presentano il rischio di un aumento dell'incidenza dei fenomeni suicidari;
- 9) ad adottare iniziative efficaci per consentire l'accesso alle cure ad un numero sempre maggiore di cittadini e per incentivare attività di *follow up* per monitorare nel tempo lo stato di avanzamento dei programmi di sostegno;
- 10) a promuovere servizi di *postvention*, volti ad offrire supporto alle persone suscettibili al contagio;
- 11) al fine di tutelare in particolare, ma non solo, i minori, ad adottare iniziative per disincentivare l'istigazione al suicidio, impedendo l'accesso ai siti *web* che incoraggiano il ricorso a pratiche di autolesionismo;
- 12) a predisporre una specifica applicazione digitale interattiva per preadolescenti, adolescenti e giovani adulti, che contenga informazioni utili al riconoscimento del disagio psichico, informazioni psicoeducative per la salute mentale e numeri utili per entrare in contatto con i servizi territoriali dedicati, valutando la possibilità di potenziare i servizi offerti dagli psicologi scolastici;
- 13) a promuovere campagne di informazione, prevenzione e di sensibilizzazione a livello nazionale estese a tutta la popolazione, offrendo linee guida in Conferenza Stato-regioni, al fine di uniformare i processi di intervento, ferme restando le specifiche competenze regionali;
- 14) con particolare riferimento ad alcune tipologie di suicidio condotte da giovani e adolescenti, ad adottare iniziative per finalizzare il proprio operato in tema di prevenzione del suicidio in ambiente domestico, a partire dalla realizzazione di campagne informative volte alla promozione delle migliori misure di detenzione delle armi e della consapevolezza del rischio suicidario da esse derivanti, monitorando gli aggiornamenti scientifici e le migliori pratiche politiche condotte a livello internazionale;
- 15) a valutare la possibilità di istituire un tavolo di lavoro specifico, con il coinvolgimento di associazioni e altri enti che si occupano in modo specifico delle persone più sensibili alla tematica: adolescenti e vittime di bullismo, imprenditori in crisi, persone economicamente vulnerabili, membri della comunità LGBTQ+, persone con problemi di dipendenza da alcool e sostanze stupefacenti, nonché ogni categoria esistente che necessiti della dovuta attenzione;
- 16) a promuovere, nel quadro degli interventi per contrastare il fenomeno dei suicidi, progetti che abbiano finalità socializzanti e formative aperte alla popolazione, mediante percorsi multidisciplinari integrati capaci di soddisfare tempestivamente le esigenze dei pazienti e delle famiglie;
- 17) ad adottare le iniziative di competenza affinché si attivino servizi di intervento psicologico, attraverso risorse già operanti all'interno delle Forze armate e dei Corpi di polizia, per il trattamento delle forme di sofferenza psicologica dei dipendenti, con particolare riferimento alla prevenzione del suicidio, predisponendo specifici programmi di formazione

professionale per i professionisti operanti all'interno del Corpo di riferimento deputati agli incarichi esposti in precedenza, e affinché si incentivino l'utilizzo di risorse esterne, come professionisti non operanti all'interno delle Forze armate e dei Corpi di polizia, al fine di rispondere alle esigenze precedentemente esposte, ponendo un argine all'effetto stigma che impedisce in molti casi un'efficace richiesta di intervento e un conseguente efficace rendimento dello stesso;

- 18) sempre con particolare riferimento alle categorie indicate nel precedente impegno, a predisporre una specifica applicazione digitale utile al supporto tra pari, a modello delle migliori pratiche esistenti a livello internazionale;
- 19) ad adottare, in funzione della prevenzione dei suicidi, iniziative per introdurre servizi specialistici dedicati alla salute mentale perinatale, garantendo la continuità dell'assistenza e la strutturazione di politiche attive che forniscano supporto alle gestanti;
- 20) a valutare l'opportunità di supportare le attività delle associazioni di volontariato e dei gruppi di auto mutuo aiuto e altre iniziative di carattere umanitario che operino nel settore della prevenzione del suicidio;
- 21) a presentare alle Camere una relazione annuale sull'aggiornamento delle condizioni del Paese in relazione al tema del suicidio, della prevenzione dello stesso e dei fenomeni ad esso collegati, sullo stato delle conoscenze, delle nuove acquisizioni scientifiche di settore, nonché dell'efficacia della strategia nazionale di prevenzione del suicidio.

(1-00536) (Nuova formulazione) « Romanelli, Azzolina, Panizzut, Delrio, Cappellacci, Ferri, Bersani, Carelli, Sapia, Trizzino, Cecconi, Ehm, Vianello, Nappi, Termini, Siragusa, Fioramonti,

Suriano, Maniero, Raduzzi, Villarosa, Quartapelle Procopio, Vitiello, Fornaro, Sensi, Andrea Romano, Boldrini, Carnevali, Siani, Ianaro, Bologna, Colmellere, Sarli, Noja, Occhionero ».

La Camera,

premesso che:

negli ultimi 45 anni il tasso di suicidio è cresciuto del 65 per cento in tutto il mondo; oggi il suicidio è considerato una delle tre principali cause di morte fra gli individui di età compresa tra i 15 e i 44 anni, in entrambi i sessi. Senza contare i tentati suicidi, fino a venti volte più frequenti. In Italia invece, si registrano ogni anno circa 4000 morti per suicidio;

il fenomeno sta assumendo una dimensione allarmante soprattutto tra i giovani: il numero di suicidi tra i giovani di età compresa tra 15 e 29 anni ne fa la seconda causa di morte in quella fascia di età, e se si limita il dato alle sole ragazze diventa addirittura la prima causa di morte;

i dati riportati evidenziano come il suicidio rappresenti un problema di salute pubblica rispetto al quale occorre mettere in campo strumenti specifici di prevenzione e cura;

nel 2014 è stato pubblicato il primo *World Suicide Report* da parte dell'OMS « Prevenire il suicidio: un imperativo globale », il cui obiettivo era dare priorità a livello globale alla prevenzione del suicidio e aumentare la consapevolezza del suicidio come un problema di salute pubblica, attraverso la predisposizione di programmi politici attuativi. Il suddetto *report*, inoltre, evidenziava già allora la necessità di sviluppare e rafforzare le strategie di prevenzione grazie ad un approccio multisettoriale;

recentemente, il *Coronavirus* e le misure restrittive adottate al fine di contenere la diffusione del contagio hanno contribuito ad alimentare disagi di ogni genere, specie psicologici, con conseguente au-

mento del rischio suicidario. Infatti, studi e ricerche recenti hanno segnalato un forte aumento nelle persone dei sintomi depressivi, variamente riconducibili alla permanenza domiciliare forzata, al distanziamento sociale e, in alcuni casi, alla riduzione di attività ambulatoriali e consulenziali dedicate ai minori con malattie croniche o con malattie acute non-Covid-19. Il pericolo che l'attuale conflitto tra Ucraina e Russia e le difficoltà post pandemia, con le associate conseguenze economiche e sociali, possano causare anche un aumento dei suicidi è, dunque, uno scenario verosimile;

allarmanti sono i dati riportati dall'Ospedale pediatrico Bambino Gesù, dai quali emerge con grande evidenza come negli ultimi due anni, soprattutto a causa della pandemia il numero dei bambini ricoverati presso il reparto di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza infantile e di quelli seguiti in attività diurna presso lo stesso reparto sia drammaticamente aumentato fino a registrare la massima capienza della struttura, a causa di tentativi di suicidio, atti di autolesionismo, disturbi alimentari;

difatti, l'andamento decrescente della curva epidemiologica suggerisce un insieme di misure che, proiettandosi al di là dell'emergenza, siano volte piuttosto a rimediare ai disagi, specie psicologici, da questa creati;

sul piano normativo, la predisposizione di strumenti assistenziali rappresenta la strategia più in linea con l'interpretazione data dalla Corte costituzionale dell'articolo 32 della Costituzione, che assegna alla Repubblica il compito di tutelare la salute come fondamentale diritto dell'individuo;

come chiarito dalla giurisprudenza di legittimità costituzionale, la nozione di salute non coincide solo con il benessere fisico della persona, ma comprende anche il suo equilibrio psicologico;

il suicidio è un fenomeno multifattoriale complesso e di non facile rilevazione. Negli anni sono stati fatti diversi

tentativi di associazione causa-effetto: da un lato, il suicidio è riconducibile a cause legate al contesto educativo, sociale e lavorativo in cui l'individuo si relaziona, dall'altro, la presenza di patologie psichiatriche può rappresentare un ulteriore fattore di rischio. Tuttavia, i due fattori isolati non bastano ad indurre al suicidio poiché ogni individuo ha una propria storia, composta da un insieme di relazioni ed esperienze che ne formano il carattere e la personalità, tormenti compresi. In questa prospettiva è dunque fondamentale apprestare un sistema dinamico e multifattoriale, capace di incidere nel tessuto socio-sanitario sotto più profili;

in primo luogo, un'efficace raccolta dati centralizzata assume un ruolo di primaria importanza. È noto, infatti, che nei Paesi in cui è presente un Osservatorio in grado di fornire stime verosimili, il tasso di mortalità per suicidio è diminuito sensibilmente negli anni successivi alla sua istituzione. In Italia l'unico ente istituzionale che monitora tale fenomeno è l'Istat. L'ultimo aggiornamento risale però all'anno 2017. Senza un monitoraggio costante è molto complicato capire come intervenire per scongiurare e prevenire un eventuale accentuarsi degli atti suicidari, specie visto il periodo critico che stiamo vivendo. Per questa ragione dal primo gennaio 2021 la Fondazione BRF – Istituto per la ricerca in psichiatria e neuroscienze, ha deciso di aprire un Osservatorio suicidi che monitori, sempre in base ad un'attenta analisi delle notizie di cronaca, gli atti suicidari, tentati e tragicamente conclusi, al fine di colmare, per quanto possibile, il *vulnus* dei dati mancanti;

in secondo luogo, a livello internazionale è stato riconosciuto che le linee telefoniche di aiuto rappresentano uno strumento di supporto importante in grado di ridurre con successo l'ideazione suicidaria e la tendenza agli atti di autolesionismo, in Italia, tuttavia, non è ancora prevista una struttura specifica e qualificata in grado di gestire un numero verde nazionale e coordinare sull'intero territorio programmi ed interventi di prima urgenza;

in terzo luogo, occorre tutelare gli adolescenti appartenenti alla cosiddetta « *web generation* », composta per lo più da giovani di età compresa tra gli 11 e i 14 anni. Negli anni, infatti, si sono drammaticamente diffusi più giochi di adescamento *on line*, uno dei quali noto come « *Blue Whale* », articolati in una serie di prove attraverso le quali un *tutor* indurrebbe molti ragazzi a compiere atti di autolesionismo e ad intraprendere azioni pericolose per la loro incolumità, che vengono documentate mediante *smartphone* e condivise in rete sui *social*, fino all'atto finale del suicidio. L'aspetto sociologicamente più rilevante del fenomeno, che assume le caratteristiche di una sorta di cyberbullismo estremo che insisterebbe su bassa autostima e fragilità, risiede nel fatto che esso fa perno sulla vulnerabilità dei soggetti coinvolti, appartenenti ad una fascia d'età caratterizzata da insicurezza e instabilità emotiva. Per tale ragione la scuola, pilastro fondamentale dell'educazione e formazione degli adolescenti, dovrebbe ricoprire un ruolo centrale. Infatti, la realizzazione di campagne e di giornate di sensibilizzazione organizzate presso le scuole e gli istituti di ogni ordine e grado contribuirebbe sicuramente a contrastare tali fenomeni, anche grazie all'ausilio di psicologi e specialisti;

in quarto luogo, il Servizio sanitario nazionale risulta carente, nel campo della salute mentale, in termini di ricovero e soprattutto in termini di investimenti a livello territoriale. In questa ottica, una rete di assistenza territoriale solida, sostenuta da investimenti per la formazione e la specializzazione del personale sanitario, offrirebbe ai soggetti considerati a rischio la possibilità di ricevere sostegno, aiuto e cura in senso lato. Infatti, colui il quale rappresenta a sé stesso la volontà di compiere l'estremo atto non è solito esprimere esplicitamente i propri disagi e le proprie difficoltà. Molto spesso infatti, diventa importante desumere le intenzioni attraverso un'attenta e corretta interpretazione dei comportamenti cosiddetti univoci e conclusivi. Attività estremamente delicata, che

solo un personale altamente qualificato può compiere positivamente;

infine, devono essere considerati anche gli effetti destabilizzanti sulle persone con le quali il suicida era in relazione: i *survivor*, cioè coloro che sono stati colpiti da un lutto in seguito ad un suicidio, presentano più frequentemente senso di colpa e sentimenti di rifiuto e abbandono rispetto a chi ha perso qualcuno per cause naturali, o comunque disturbi collegati allo stress derivante dall'evento traumatico. Attualmente, il nostro Paese non investe nei servizi di « *postvention* », ossia interventi di assistenza alle famiglie e alle persone vicine a vittime di condotte con fine suicidario,

impegna il Governo:

- 1) ad assumere iniziative, anche normative, volte a riconoscere il suicidio come un grave problema di salute pubblica;
- 2) a elaborare una strategia per la prevenzione e la sensibilizzazione rispetto al fenomeno suicidario, al fine di contrastare e mitigare il tragico impatto del suicidio sulla popolazione;
- 3) a istituire un Osservatorio nazionale per il monitoraggio dei dati sui fenomeni suicidari volto a permettere un approfondimento sulle cause del fenomeno;
- 4) ad assumere iniziative volte ad istituire un numero verde telefonico per la gestione delle segnalazioni e delle richieste di primo soccorso;
- 5) a promuovere la realizzazione di campagne di sensibilizzazione e prevenzione presso le scuole, di ogni ordine e grado, al fine di scongiurare atti di autolesionismo e suicidari tra i più giovani, anche attraverso la spiegazione dei rischi connessi alle cosiddette *challenges estreme*;
- 6) ad adottare le iniziative di competenza volte a potenziare la rete di assistenza territoriale e dotarla del personale qualificato necessario e di un numero adeguato di psicologi;

- 7) ad adottare urgentemente ogni iniziativa di competenza per monitorare e « bloccare » i siti *web* che istigano al suicidio e atti di autolesionismo minori e persone di ogni età;
 - 8) ad adottare iniziative per prevedere che all'interno del personale scolastico sia assicurata la presenza di psicologi e specialisti del settore;
 - 9) ad adottare iniziative per prevedere interventi di assistenza alle famiglie e alle persone vicine a vittime di condotte con fine suicidario, volti a contrastare gli effetti destabilizzanti sulle persone con le quali il suicida era in relazione;
 - 10) ad adottare iniziative per prevedere investimenti specifici per la ricerca scientifica nel settore.
- (1-00668) « Bellucci, Ferro, Gemmato, Montaruli, Albano, Bucalo, Frassinetti, Lucaselli, Galantino, Zucconi ».

La Camera,

premesso che:

negli ultimi 45 anni il tasso di suicidio è cresciuto del 65 per cento in tutto il mondo; oggi il suicidio è considerato una delle tre principali cause di morte fra gli individui di età compresa tra i 15 e i 44 anni, in entrambi i sessi. Senza contare i tentati suicidi, fino a venti volte più frequenti. In Italia invece, si registrano ogni anno circa 4000 morti per suicidio;

il fenomeno sta assumendo una dimensione allarmante soprattutto tra i giovani: il numero di suicidi tra i giovani di età compresa tra 15 e 29 anni ne fa la seconda causa di morte in quella fascia di età, e se si limita il dato alle sole ragazze diventa addirittura la prima causa di morte;

i dati riportati evidenziano come il suicidio rappresenti un problema di salute pubblica rispetto al quale occorre mettere in campo strumenti specifici di prevenzione e cura;

nel 2014 è stato pubblicato il primo *World Suicide Report* da parte dell'OMS « Prevenire il suicidio: un imperativo globale », il cui obiettivo era dare priorità a livello globale alla prevenzione del suicidio e aumentare la consapevolezza del suicidio come un problema di salute pubblica, attraverso la predisposizione di programmi politici attuativi. Il suddetto *report*, inoltre, evidenziava già allora la necessità di sviluppare e rafforzare le strategie di prevenzione grazie ad un approccio multisettoriale;

recentemente, il *Coronavirus* e le misure restrittive adottate al fine di contenere la diffusione del contagio hanno contribuito ad alimentare disagi di ogni genere, specie psicologici, con conseguente aumento del rischio suicidario. Infatti, studi e ricerche recenti hanno segnalato un forte aumento nelle persone dei sintomi depressivi, variamente riconducibili alla permanenza domiciliare forzata, al distanziamento sociale e, in alcuni casi, alla riduzione di attività ambulatoriali e consulenziali dedicate ai minori con malattie croniche o con malattie acute non-Covid-19. Il pericolo che l'attuale conflitto tra Ucraina e Russia e le difficoltà post pandemia, con le associate conseguenze economiche e sociali, possano causare anche un aumento dei suicidi è, dunque, uno scenario verosimile;

allarmanti sono i dati riportati dall'Ospedale pediatrico Bambino Gesù, dai quali emerge con grande evidenza come negli ultimi due anni, soprattutto a causa della pandemia il numero dei bambini ricoverati presso il reparto di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza infantile e di quelli seguiti in attività diurna presso lo stesso reparto sia drammaticamente aumentato fino a registrare la massima capienza della struttura, a causa di tentativi di suicidio, atti di autolesionismo, disturbi alimentari;

difatti, l'andamento decrescente della curva epidemiologica suggerisce un insieme di misure che, proiettandosi al di là dell'emergenza, siano volte piuttosto a rimediare ai disagi, specie psicologici, da questa creati;

sul piano normativo, la predisposizione di strumenti assistenziali rappresenta la strategia più in linea con l'interpretazione data dalla Corte costituzionale dell'articolo 32 della Costituzione, che assegna alla Repubblica il compito di tutelare la salute come fondamentale diritto dell'individuo;

come chiarito dalla giurisprudenza di legittimità costituzionale, la nozione di salute non coincide solo con il benessere fisico della persona, ma comprende anche il suo equilibrio psicologico;

il suicidio è un fenomeno multifattoriale complesso e di non facile rilevazione. Negli anni sono stati fatti diversi tentativi di associazione causa-effetto: da un lato, il suicidio è riconducibile a cause legate al contesto educativo, sociale e lavorativo in cui l'individuo si relaziona, dall'altro, la presenza di patologie psichiatriche può rappresentare un ulteriore fattore di rischio. Tuttavia, i due fattori isolati non bastano ad indurre al suicidio poiché ogni individuo ha una propria storia, composta da un insieme di relazioni ed esperienze che ne formano il carattere e la personalità, tormenti compresi. In questa prospettiva è dunque fondamentale apprestare un sistema dinamico e multifattoriale, capace di incidere nel tessuto socio-sanitario sotto più profili;

in primo luogo, un'efficace raccolta dati centralizzata assume un ruolo di primaria importanza. È noto, infatti, che nei Paesi in cui è presente un Osservatorio in grado di fornire stime verosimili, il tasso di mortalità per suicidio è diminuito sensibilmente negli anni successivi alla sua istituzione. In Italia l'unico ente istituzionale che monitora tale fenomeno è l'Istat. L'ultimo aggiornamento risale però all'anno 2017. Senza un monitoraggio costante è molto complicato capire come intervenire per scongiurare e prevenire un eventuale accentuarsi degli atti suicidari, specie visto il periodo critico che stiamo vivendo. Per questa ragione dal primo gennaio 2021 la Fondazione BRF – Istituto per la ricerca in psichiatria e neuroscienze, ha deciso di aprire un Osservatorio suicidi che moni-

tori, sempre in base ad un'attenta analisi delle notizie di cronaca, gli atti suicidari, tentati e tragicamente conclusi, al fine di colmare, per quanto possibile, il *vulnus* dei dati mancanti;

in secondo luogo, a livello internazionale è stato riconosciuto che le linee telefoniche di aiuto rappresentano uno strumento di supporto importante in grado di ridurre con successo l'ideazione suicidaria e la tendenza agli atti di autolesionismo, in Italia, tuttavia, non è ancora prevista una struttura specifica e qualificata in grado di gestire un numero verde nazionale e coordinare sull'intero territorio programmi ed interventi di prima urgenza;

in terzo luogo, occorre tutelare gli adolescenti appartenenti alla cosiddetta « *web generation* », composta per lo più da giovani di età compresa tra gli 11 e i 14 anni. Negli anni, infatti, si sono drammaticamente diffusi più giochi di adescamento *on line*, uno dei quali noto come « *Blue Whale* », articolati in una serie di prove attraverso le quali un *tutor* indurrebbe molti ragazzi a compiere atti di autolesionismo e ad intraprendere azioni pericolose per la loro incolumità, che vengono documentate mediante *smartphone* e condivise in rete sui *social*, fino all'atto finale del suicidio. L'aspetto sociologicamente più rilevante del fenomeno, che assume le caratteristiche di una sorta di cyberbullismo estremo che insisterebbe su bassa autostima e fragilità, risiede nel fatto che esso fa perno sulla vulnerabilità dei soggetti coinvolti, appartenenti ad una fascia d'età caratterizzata da insicurezza e instabilità emotiva. Per tale ragione la scuola, pilastro fondamentale dell'educazione e formazione degli adolescenti, dovrebbe ricoprire un ruolo centrale. Infatti, la realizzazione di campagne e di giornate di sensibilizzazione organizzate presso le scuole e gli istituti di ogni ordine e grado contribuirebbe sicuramente a contrastare tali fenomeni, anche grazie all'ausilio di psicologi e specialisti;

infine, devono essere considerati anche gli effetti destabilizzanti sulle persone con le quali il suicida era in relazione: i

survivor, cioè coloro che sono stati colpiti da un lutto in seguito ad un suicidio, presentano più frequentemente senso di colpa e sentimenti di rifiuto e abbandono rispetto a chi ha perso qualcuno per cause naturali, o comunque disturbi collegati allo stress derivante dall'evento traumatico. Attualmente, il nostro Paese non investe nei servizi di «*postvention*», ossia interventi di assistenza alle famiglie e alle persone vicine a vittime di condotte con fine suicidario,

impegna il Governo:

- 1) ad assumere iniziative, anche normative, volte a riconoscere il suicidio come un grave problema di salute pubblica;
- 2) a elaborare una strategia per la prevenzione e la sensibilizzazione rispetto al fenomeno suicidario, al fine di contrastare e mitigare il tragico impatto del suicidio sulla popolazione;
- 3) nel rispetto dei vincoli di bilancio, a valutare l'opportunità di istituire un Osservatorio nazionale per il monitoraggio dei dati sui fenomeni suicidari volto a permettere un approfondimento sulle cause del fenomeno;
- 4) ad assumere iniziative volte ad istituire un numero verde telefonico per la gestione delle segnalazioni e delle richieste di primo soccorso;
- 5) a promuovere la realizzazione di campagne di sensibilizzazione e prevenzione presso le scuole, di ogni ordine e grado, al fine di scongiurare atti di autolesionismo e suicidari tra i più giovani, anche attraverso la spiegazione dei rischi connessi alle cosiddette *challenges estreme*;
- 6) tenuto conto di quanto già in fase di attuazione, ad adottare le iniziative di competenza volte a potenziare la rete di assistenza territoriale e dotarla del personale qualificato necessario e di un numero adeguato di psicologi;
- 7) a valutare la possibilità di adottare urgentemente ogni iniziativa di competenza per monitorare e «bloccare» i siti *web* che istigano al suicidio e atti di autolesionismo minori e persone di ogni età;
- 8) ad adottare iniziative per prevedere che all'interno del personale scolastico sia assicurata la presenza di psicologi e specialisti del settore;
- 9) per quanto di competenza, ad adottare iniziative per prevedere interventi di assistenza alle famiglie e alle persone vicine a vittime di condotte con fine suicidario, volti a contrastare gli effetti destabilizzanti sulle persone con le quali il suicida era in relazione;
- 10) ad adottare iniziative per prevedere investimenti specifici per la ricerca scientifica nel settore.

(1-00668) (*Testo modificato nel corso della seduta*) « Bellucci, Ferro, Gemmato, Montaruli, Albano, Bucalo, Frassinetti, Lucaselli, Galantino, Zucconi ».

Stabilimenti Tipografici
Carlo Colombo S.p.A.



18ALA0188690