

148.

Allegato A

DOCUMENTI ESAMINATI NEL CORSO DELLA SEDUTA COMUNICAZIONI ALL'ASSEMBLEA

INDICE

	PAG.		PAG.
Comunicazioni	3	Proposta di legge: Conte ed altri: Disposizioni per l'istituzione del salario minimo (A.C. 1275) e abbinate proposte di legge: Fratoianni e Mari; Serracchiani ed altri; Laus; Conte ed altri; Orlando; Richetti ed altri (A.C. 141-210-216-306-432-1053)	7
Missioni vevoli nella seduta del 27 luglio 2023	3	Questione sospensiva	7
Progetti di legge (Annunzio; Adesione di deputati a proposte di legge; Assegnazione a Commissioni in sede referente).....	3, 4	Mozioni Semenzato, Vietri, Loizzo, Casasco ed altri n. 1-00132 (Nuova formulazione), Semenzato ed altri n. 1-00132, Furfaro ed altri n. 1-00163 e Quartini ed altri n. 1-00170 concernenti iniziative volte alla prevenzione e alla cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione	9
Assegnazione di una proposta di inchiesta parlamentare a Commissione in sede referente	5	Mozioni.....	9
Presidenza del Consiglio dei ministri (Trasmissione di documenti)	5	Mozione De Maria ed altri n. 1-00144 concernente iniziative di competenza in relazione alla strage di Bologna, con particolare riferimento al processo di desecretazione degli atti	28
Documento ministeriale (Trasmissione).....	5	Mozione	28
Progetti di atti dell'Unione europea (Annunzio).....	5		
Autorità garante della concorrenza e del mercato (Trasmissione di un documento).....	6		
Garante per la protezione dei dati personali (Trasmissione di un documento)	6		
Richiesta di parere parlamentare su proposta di nomina	6		
Atti di controllo e di indirizzo.....	6		

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

PAGINA BIANCA

COMUNICAZIONI

**Missioni valevoli nella seduta
del 27 luglio 2023.**

Albano, Ascani, Barelli, Benvenuto, Bignami, Bitonci, Braga, Caiata, Cappellacci, Carloni, Cecchetti, Cesa, Cirielli, Colosimo, Alessandro Colucci, Enrico Costa, Sergio Costa, Delmastro Delle Vedove, Donzelli, Evi, Ferrante, Ferro, Fitto, Foti, Frassinetti, Freni, Gava, Gebhard, Gemmato, Giachetti, Giglio Vigna, Giorgetti, Gribaudo, Guerini, Gusmeroli, Leo, Letta, Lollobrigida, Lupi, Magi, Mangialavori, Maschio, Mazzi, Meloni, Minardo, Molinari, Molteni, Mulè, Nordio, Nazario Pagano, Pastorella, Pichetto Fratin, Prisco, Rampelli, Richetti, Rixi, Roccella, Rotelli, Scerra, Schullian, Francesco Silvestri, Siracusano, Sportiello, Tajani, Trancassini, Tremonti, Vaccari, Varchi, Zaratti, Zoffili.

(Alla ripresa pomeridiana della seduta).

Albano, Ascani, Barelli, Benvenuto, Bignami, Bitonci, Braga, Caiata, Cappellacci, Carloni, Cecchetti, Cesa, Cirielli, Colosimo, Alessandro Colucci, Enrico Costa, Sergio Costa, Delmastro Delle Vedove, Donzelli, Evi, Ferrante, Ferro, Fitto, Foti, Frassinetti, Freni, Gava, Gebhard, Gemmato, Giachetti, Giglio Vigna, Giorgetti, Gribaudo, Guerini, Gusmeroli, Leo, Letta, Lollobrigida, Lupi, Magi, Mangialavori, Maschio, Mazzi, Meloni, Minardo, Molinari, Molteni, Mulè, Nordio, Nazario Pagano, Pastorella, Pichetto Fratin, Prisco, Rampelli, Richetti, Rixi, Roccella, Rotelli, Scerra, Schullian, Francesco Silvestri, Siracusano, Sportiello, Tajani, Tran-

cassini, Tremonti, Vaccari, Varchi, Zaratti, Zoffili.

Annunzio di proposte di legge.

In data 26 luglio 2023 sono state presentate alla Presidenza le seguenti proposte di legge d'iniziativa dei deputati:

LOIZZO ed altri: « Disposizioni concernenti l'impiego dei dati relativi agli esiti riferiti dai pazienti nei procedimenti di valutazione dei farmaci » (1333);

MEROLA e MORASSUT: « Introduzione dell'articolo 716-bis del codice della navigazione in materia di installazione di sistemi di protezione dall'inquinamento acustico e ambientale negli aeroporti situati in aree urbane » (1334);

CAPARVI: « Istituzione della Giornata nazionale delle mamme e dei papà degli angeli e disposizioni per l'assistenza socio-sanitaria in favore dei genitori che hanno subito la morte di un figlio » (1335);

FURFARO: « Disposizioni per l'inserimento dell'esame diagnostico prenatale non invasivo nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza a carico del Servizio sanitario nazionale » (1336);

MADIA ed altri: « Istituzione delle assemblee dei cittadini, per la partecipazione diretta alla decisione su temi di interesse pubblico generale, e dell'Assemblea dei cittadini sul clima, sull'ambiente e sulla transizione energetica » (1337).

Saranno stampate e distribuite.

Adesione di deputati a proposte di legge.

La proposta di legge CENTEMERO ed altri: « Introduzione dell'insegnamento dell'educazione finanziaria nella scuola primaria e secondaria » (363) è stata successivamente sottoscritta dal deputato Stefani.

La proposta di legge SCUTELLÀ ed altri: « Delega al Governo per la riorganizzazione della distribuzione territoriale degli uffici giudiziari » (553) è stata successivamente sottoscritta dal deputato Gallo.

La proposta di legge CERRETO ed altri: « Modifiche al codice penale e altre disposizioni in materia di illeciti agro-alimentari » (1004) è stata successivamente sottoscritta dalla deputata Frijia.

La proposta di legge MESSINA e CANATA: « Concessione di un contributo annuo in favore della Regione Siciliana per il sostegno e la valorizzazione del Taobuk Festival di Taormina » (1009) è stata successivamente sottoscritta dal deputato Ciancitto.

La proposta di legge MESSINA e CANATA: « Modifica all'articolo 2 della legge 20 dicembre 2012, n. 238, per il sostegno e la valorizzazione del Sicilia Jazz Festival » (1010) è stata successivamente sottoscritta dal deputato Ciancitto.

La proposta di legge MESSINA e CANATA: « Modifica all'articolo 2 della legge 20 dicembre 2012, n. 238, per il sostegno e la valorizzazione del Bellini International Context » (1011) è stata successivamente sottoscritta dal deputato Ciancitto.

La proposta di legge MARCHETTO ALI-PRANDI ed altri: « Introduzione dell'insegnamento dell'educazione alimentare nei corsi scolastici del primo e del secondo ciclo di istruzione » (1055) è stata successivamente sottoscritta dalla deputata Frijia.

La proposta di legge CARETTA ed altri: « Disposizioni per la promozione e la valorizzazione del patrimonio collinare e dell'agricoltura di collina » (1106) è stata suc-

cessivamente sottoscritta dalla deputata Frijia.

La proposta di legge CARETTA ed altri: « Riconoscimento della figura dell'agricoltore e dell'allevatore custodi dell'ambiente e del territorio e delega al Governo per la tutela e la promozione dell'attività da essi svolta » (1123) è stata successivamente sottoscritta dalla deputata Frijia.

La proposta di legge CARETTA ed altri: « Disposizioni per il contrasto e il contenimento della diffusione del bostrico tipografo » (1130) è stata successivamente sottoscritta dalla deputata Frijia.

Assegnazione di progetti di legge a Commissioni in sede referente.

A norma del comma 1 dell'articolo 72 del Regolamento, i seguenti progetti di legge sono assegnati, in sede referente, alle sottointimate Commissioni permanenti:

I Commissione (Affari costituzionali)

VINCI ed altri: « Istituzione della Giornata in ricordo della battaglia di Montecassino e della canzone "Czerwone maki na Monte Cassino" ("Papaveri rossi su Montecassino") » (1172) *Parere delle Commissioni III, IV, V e VII.*

IX Commissione (Trasporti)

SERRACCHIANI ed altri: « Modifica all'articolo 37 del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214, in materia di soppressione del contributo versato all'Autorità di regolazione dei trasporti dagli operatori economici operanti nel settore del trasporto » (1162) *Parere delle Commissioni I, V e VIII.*

XI Commissione (Lavoro)

BAGNASCO ed altri: « Modifiche alla disciplina in materia di termini per la liquidazione e di erogazione rateale dei trattamenti di fine servizio dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche » (1264) *Parere delle Commissioni I e V.*

XII Commissione (Affari sociali)

DE PALMA: « Istituzione della figura professionale dell'assistente per la salute » (1163) *Parere delle Commissioni I, II (ex articolo 73, comma 1-bis, del Regolamento), V, VII, XI e XIV.*

Commissioni riunite VII (Cultura) e XII (Affari sociali)

GHIRRA ed altri: « Istituzione e disciplina delle palestre della salute per la qualità e la sicurezza delle strutture destinate all'attività fisico-motoria » (1143) *Parere delle Commissioni I, II, V, X, XI e XIV;*

LUPI ed altri: « Istituzione di presidi sanitari nei plessi scolastici e negli istituti scolastici paritari » (1192) *Parere delle Commissioni I, V e XI.*

Assegnazione di una proposta di inchiesta parlamentare a Commissione in sede referente.

A norma del comma 1 dell'articolo 72 del Regolamento, la seguente proposta di inchiesta parlamentare è assegnata, in sede referente, alla sottoindicata Commissione permanente:

VI Commissione (Finanze):

RAVETTO: « Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sulla valutazione dell'impatto economico e sociale degli interventi in materia di pari opportunità e di parità di genere » (Doc XXII, n. 25) — *Parere delle Commissioni I, II (ex articolo 73, comma 1-bis, del Regolamento, per le disposizioni in materia di sanzioni), V, VI, X, XI e XII.*

Trasmissione dalla Presidenza del Consiglio dei ministri.

La Presidenza del Consiglio dei ministri, con lettere in data 24 e 25 luglio 2023, ha comunicato, ai sensi dell'articolo 8-ter, comma 4, del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1998, n. 76, le seguenti comunicazioni in relazione a interventi da realizzare tramite

contributi assegnati in sede di ripartizione della quota dell'otto per mille dell'IRPEF devoluta alla diretta gestione statale:

comunicazione dell'autorizzazione, in relazione a un contributo assegnato per l'anno 2016, della rimodulazione del progetto « Consolidamento dell'abitato di colle soggetto a movimenti gravitativi » del comune di Montegallo (Ascoli Piceno);

comunicazione dell'autorizzazione, in relazione a un contributo assegnato per l'anno 2017, della rimodulazione del progetto « Consolidamento e messa in sicurezza del versante ovest » del comune di Stigliano (Matera).

Queste comunicazioni sono trasmesse alla V (Bilancio) e alla VIII Commissione (Ambiente).

Trasmissione dal Ministro dell'interno.

Il Ministro dell'interno, con lettera in data 25 luglio 2023, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 109 del codice di cui al decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159, la relazione sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione investigativa antimafia, riferita al secondo semestre 2022 (Doc. LXXIV, n. 2).

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

Annuncio di progetti di atti dell'Unione europea.

La Commissione europea, in data 26 luglio 2023, ha trasmesso, in attuazione del Protocollo sul ruolo dei Parlamenti allegato al Trattato sull'Unione europea, la proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio sul certificato protettivo complementare per i medicinali (rifusione) (COM(2023) 231 final), corredata dai relativi allegati (COM(2023) 231 final — Annexes 1 to 2, Annex 3 e Annex 4), che è assegnata, ai sensi dell'articolo 127 del Regolamento, alla XII Commissione (Affari sociali), con il parere della XIV Commis-

sione (Politiche dell'Unione europea). Questa proposta è altresì assegnata alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea) ai fini della verifica della conformità al principio di sussidiarietà; il termine di otto settimane per la verifica di conformità, ai sensi del Protocollo sull'applicazione dei principi di sussidiarietà e di proporzionalità allegato al Trattato sull'Unione europea, decorre dal 27 luglio 2023.

Il Dipartimento per le politiche europee della Presidenza del Consiglio dei ministri, in data 26 luglio 2023, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 6, commi 1 e 2, della legge 24 dicembre 2012, n. 234, progetti di atti dell'Unione europea, nonché atti preordinati alla formulazione degli stessi.

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

Trasmissione dall'Autorità garante della concorrenza e del mercato.

Il Presidente dell'Autorità garante della concorrenza e del mercato, con lettera in data 26 luglio 2023, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, della legge 20 luglio 2004, n. 215, la relazione della medesima Autorità sullo stato delle attività di controllo e vigilanza in materia di conflitti di interessi, aggiornata al mese di giugno 2023 (Doc. CLIII, n. 2).

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

Trasmissione dal Garante per la protezione dei dati personali.

Il Presidente del Garante per la protezione dei dati personali, con lettera pervenuta in data 25 luglio 2023, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 154, comma 1, lettera e), del codice in materia di protezione dei dati personali, di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, la relazione sull'attività svolta dal medesimo Garante, riferita all'anno 2022 (Doc. CXXXVI, n. 1).

Questa relazione è trasmessa alla II Commissione (Giustizia).

Richiesta di parere parlamentare su proposta di nomina.

Il Ministro per lo sport e i giovani, con lettera in data 26 luglio 2023, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 8, comma 4, del decreto-legge 8 luglio 2002, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 agosto 2002, n. 178, la richiesta di parere parlamentare sulla proposta di nomina del dottor Marco Mezzaroma a presidente del consiglio di amministrazione della società Sport e salute Spa (12).

Questa richiesta è assegnata, ai sensi del comma 4 dell'articolo 143 del Regolamento, alla VII Commissione (Cultura).

Atti di controllo e di indirizzo.

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

PROPOSTA DI LEGGE: CONTE ED ALTRI: DISPOSIZIONI PER L'ISTITUZIONE DEL SALARIO MINIMO (A.C. 1275) E ABBINATE PROPOSTE DI LEGGE: FRATOIANNI E MARI; SERRACCHIANI ED ALTRI; LAUS; CONTE ED ALTRI; ORLANDO; RICHETTI ED ALTRI (A.C. 141-210-216-306-432-1053)

A. C. 1275 – *Questione sospensiva*

QUESTIONE SOSPENSIVA

La Camera,

premessi che:

il lavoro povero è sovente l'esito di rapporti lavorativi irregolari, attività di breve durata o intermittente e di orario ridotto, oltre che agli accordi definiti – non a caso – « pirata »;

nel corso della scorsa legislatura nei due rami del Parlamento sono state depositate, in larghissima parte da esponenti di partiti della maggioranza di Governo, tredici proposte di legge relative al tema dell'introduzione del salario minimo, cinque delle quali discusse congiuntamente presso la Commissione 11^a Lavoro pubblico e privato, previdenza sociale del Senato della Repubblica, ma alcuna delle quali mai giunta all'esame dell'Assemblea;

nel corso della presente legislatura sono sette le proposte di legge abbinata in corso di esame presso la Commissione Lavoro della Camera dei deputati, l'ultima delle quali, in ordine di presentazione, frutto della sintesi tra i gruppi parlamentari d'opposizione e che è stata adottata come testo base per la discussione, è stata depositata solo in data 4 luglio 2023 e assegnata in Commissione il successivo 7 luglio;

in data 25 luglio la medesima Commissione Lavoro ha concluso l'esame del provvedimento avendo l'Ufficio di presidenza « convenuto all'unanimità che non sussistono le condizioni per procedere alla votazione degli emendamenti presentati alla proposta di legge, la cui calendarizzazione in Assemblea (...) è stata anticipata a giovedì 27 luglio, né per procedere alla votazione sul conferimento del mandato alla relatrice »;

al riguardo, la detta proposta demanda alla legge di bilancio per il 2024 la definizione di un beneficio in favore dei datori di lavoro, per un periodo di tempo definito e in misura progressivamente decrescente, proporzionale agli incrementi retributivi corrisposti ai prestatori di lavoro al fine di adeguare il trattamento economico minimo orario all'importo di 9 euro lordi, ponendo, quindi, un ingente onere a carico della finanza pubblica, per il quale non è prevista alcuna copertura finanziaria;

risulta, inoltre, contraddittoria la scelta di escludere dall'applicazione di una norma che richiama esplicitamente un diritto costituzionale un intero settore, quale quello del lavoro domestico;

la direttiva (UE) 2022/2041 del Parlamento europeo e del Consiglio del 19 ottobre 2022 relativa a salari minimi adeguati nell'Unione europea, che deve essere recepita dagli Stati membri entro il 14 novembre 2024, prevede l'obbligatorietà del

salario minimo soltanto per quegli Stati che non hanno almeno l'ottanta per cento della contrattazione collettiva, requisito soddisfatto, invece, dall'Italia, ritenendo il salario minimo per legge una soluzione secondaria rispetto alla via contrattuale da adottarsi solo quando questa è debole;

nel nostro ordinamento, infatti, la determinazione della retribuzione minima da riconoscere ai lavoratori dipendenti è rimessa alla contrattazione collettiva, e nel corso degli anni una consolidata giurisprudenza ha costantemente ritenuto che i minimi tabellari stabiliti nei CCNL siano applicabili anche alle imprese e ai lavoratori cui non si applica alcun contratto collettivo, interpretando, quindi, in maniera estensiva il sistema di tutele previste dai CCNL;

questo ha determinato sin qui, come evidenziato da numerosi studi, un adeguato livello di tutele per i lavoratori, tanto che anche dal raffronto con gli altri stati europei emerge come in Italia sia del 3,5 la percentuale dei lavoratori che hanno una remunerazione oraria inferiore al sessanta per cento del salario mediano, fissata dalla citata direttiva come obiettivo minimo per un trattamento salariale equo;

da più parti sono stati messi in luce i rischi legati alla determinazione per legge della paga minima oraria da riconoscere ai lavoratori per quanto riguarda il potenziale aumento del ricorso al lavoro nero, che si verificherebbe, peraltro, proprio nei settori in cui sono attualmente più bassi i salari e

nei quali l'introduzione del salario minimo obbligatorio rischierebbe di mettere « fuori mercato » alcune categorie di lavoratori;

a questo si aggiungerebbe il rischio di un blocco della dinamica naturalmente espansiva della contrattazione collettiva, che tenderebbe ad appiattare i valori mediani verso il minimo stabilito dalla legge;

inoltre, l'introduzione di un salario minimo per legge dimentica la varietà ed eterogeneità di tutele contenute nei CCNL, riducendoli solamente agli aspetti tariffari e tabellari, tralasciando istituti come le mensilità aggiuntive, il trattamento di fine rapporto, il *welfare* contrattuale e aziendale;

pur tuttavia, atteso che da un confronto parlamentare più approfondito e scevro da strumentalizzazioni ideologiche potrebbe consolidarsi l'opportunità di un intervento normativo volto al superamento dell'attuale situazione in cui versano alcuni settori del mercato del lavoro,

delibera

ai sensi dell'articolo 40, comma 1, del Regolamento della Camera, di sospendere l'esame dell'A.C. 1275 e abb. per un periodo di sessanta giorni.

N. 1. Foti, Molinari, Barelli, Lupi, Malagola, Schifone, Coppo, Giovine, Mascaretti, Volpi, Zurzolo, Zucconi, Vinci.

MOZIONI SEMENZATO, VIETRI, LOIZZO, CASASCO ED ALTRI N. 1-00132 (NUOVA FORMULAZIONE), SEMENZATO ED ALTRI N. 1-00132, FURFARO ED ALTRI N. 1-00163 E QUARTINI ED ALTRI N. 1-00170 CONCERNENTI INIZIATIVE VOLTE ALLA PREVENZIONE E ALLA CURA DEI DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE

Mozioni

La Camera,

premesso che:

1) i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (Dna), più comunemente conosciuti come disturbi del comportamento alimentare (Dca), rappresentano un problema di sanità pubblica di crescente importanza per la loro progressiva diffusione, per l'esordio sempre più precoce tra i giovani e per l'eziologia multifattoriale complessa;

2) sono disturbi psichiatrici caratterizzati da un rapporto patologico con il cibo e con il proprio corpo, che risultano invalidanti e compromettono notevolmente il funzionamento personale e sociale di un individuo e impattano il suo sistema familiare e che possono portare alla compromissione della salute fisica e del funzionamento sociale e che possono comportare conseguenze anche mortali;

3) in Italia si stima che i DNA coinvolgano circa quattro milioni di persone diagnosticate, di cui oltre il 90 per cento sono donne, oltre 2 milioni gli adolescenti. Negli ultimi decenni c'è stato un progressivo abbassamento dell'età di insorgenza, tanto che sono sempre più frequenti le diagnosi in età preadolescenziale e nell'infanzia: il 59 per cento dei casi ha tra i 13 e 25 anni di età, il 6 per cento ha meno

di 12 anni. Un esordio così precoce in un soggetto in piena fase di sviluppo psichico e corporeo può comportare un rischio maggiore di danni permanenti secondari alla malnutrizione, soprattutto a carico dei tessuti che non hanno ancora raggiunto una piena maturazione, come le ossa e il sistema nervoso centrale;

4) il Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali – V edizione (DSM-5), suddivide i DNA in sei categorie, più due residue, alcune delle quali riconducibili anche a insufficienze mentali o a disturbi psicotici;

5) le diagnosi più frequenti sono quelle legate all'anoressia nervosa presente nel 46 per cento dei casi, la bulimia nervosa nel 28 per cento e il disturbo da alimentazione incontrollata (Bed) nel 15 per cento; rispetto a quest'ultimo disturbo l'anoressia nervosa e la bulimia hanno un tasso di mortalità più elevato del 20 per cento;

6) tali disturbi durante la pandemia sono vistosamente aumentati: dai dati raccolti emerge un incremento di nuovi casi del 30 per cento e una crescita del 50 per cento di richieste di prima visita per i Dna; in particolare le chiamate al numero SOS sono aumentate più del doppio rispetto all'anno scorso; nove persone al giorno in Italia muoiono a causa della mancanza di cure;

7) i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA) sono patologie se-

vere con rischio di gravi compromissioni cliniche e psichiatriche e sono altresì patologie di lunga durata che possono avere esiti diversi. Se non trattati in tempi e con metodi adeguati, tali disturbi possono diventare una condizione permanente e compromettere seriamente la salute di tutti gli organi e apparati del corpo (cardiovascolare, gastrointestinale, endocrino, ematologico, scheletrico, sistema nervoso centrale, dermatologico e altro) e, nei casi gravi, portare alla morte;

8) i percorsi terapeutici di tali disturbi danno oggi risultati molto confortanti ma la prognosi dipende da alcuni importanti fattori come la tempestività della diagnosi e del trattamento, la continuità delle cure che non dovrebbero avere una durata inferiore ai due anni e da un approccio multidisciplinare alla malattia;

9) molte persone oggi non arrivano alle cure e, in questo caso, il rischio di un aggravamento della patologia o un esito infausto è molto alto. La prima ragione di questa difficoltà è legata al fatto che i Dna sono disturbi egosintonici. La seconda ragione discende dal fatto che non vi è continuità assistenziale sull'intero territorio nazionale e le strutture di cura sono diffuse in modo disomogeneo. Questo determina spesso un ritardo nella prognosi e soprattutto nell'intervento terapeutico. Un'altra ragione è la difficoltà del primo livello di intervento (medici di base e pediatri) a riconoscere e indirizzare i pazienti e le loro famiglie verso le strutture specializzate;

10) i Dna sono disturbi insidiosi, in costante aumento e mutamento. Colpiscono ragazze sempre più giovani e quindi cambiano forma e modalità di espressione. Si manifestano sempre più frequentemente anche nei ragazzi e al centro delle proprie ossessioni c'è — per tutti — il corpo, un'eccessiva preoccupazione per il peso con alterata percezione dell'immagine corporea. Molteplici sono le cause e i fattori di rischio: individuali, familiari, socioculturali. I fattori socioculturali sono i più dinamici e necessitano di una riflessione più approfondita, in quanto la diffusione di canoni estetici culturali che vengono presi come

modello dalla società e soprattutto dai giovani è molto difficile da contrastare;

11) la difficoltà di accettare sé stessi e il proprio fisico, influenzati spesso da modelli sociali che trasmettono immagini di bellezza quasi sempre legate alla magrezza e alla forma fisica, nonché altre ragioni legate alla alta richiesta di prestazioni nella scuola, nel lavoro, nello sport e in altre attività legate a *performance* figurative, unite all'essere potenziale bersaglio di comportamenti offensivi che denigrano il corpo, possono causare nel soggetto che li subisce stati depressivi e di ansia e sono spesso alla base dei disturbi del comportamento alimentare; dall'attività dei centri di prevenzione specializzati si è notato infatti che dietro all'esordio dei disturbi alimentari c'è spesso un'esperienza di *body shaming*;

12) la ricerca indica che la maggior parte dei pazienti affetti da Dna non è propensa a chiedere aiuto e che uno degli aspetti più ardui del lavoro con tali pazienti consiste nel superare la loro scarsa disponibilità al trattamento. Fattori diversi incidono su questa riluttanza: non preoccupare le persone care, lo stigma sociale, atteggiamenti negativi associati alla richiesta d'aiuto e alla successiva attivazione di un percorso terapeutico, la scarsa conoscenza dei percorsi di cura, la mancanza di modalità efficaci di incoraggiamento; incidono, inoltre, anche metodi diagnostici arretrati che ancora permettono l'accesso alle cure solo ai pazienti che rientrano nei parametri del BMI (*body mass index*);

13) nel 2018 è stato elaborato dal Ministero della salute un documento che delinea un vero e proprio « Percorso Lilla » specifico per i pazienti che soffrono di Dna e si presentano in pronto soccorso. Il documento offre indicazioni operative, per un approccio multidisciplinare, in considerazione dei bisogni e tenuto conto del fatto che l'accesso in pronto soccorso può rappresentare una preziosa occasione per intercettare un soggetto con Dna e per l'avvio di un percorso terapeutico specialistico integrato;

14) nel trattamento dei pazienti affetti da Dna è fondamentale adottare un approccio multidisciplinare integrato e un lavoro « in rete » che coinvolga diverse figure professionali. È infatti previsto che le cure vengano erogate all'interno di un percorso che prevede livelli di cura successivi: ambulatoriale non specialistico, ambulatoriale specialistico, *day-service*/diurno/semi-residenziale, residenziale, ospedaliero;

15) l'offerta assistenziale nazionale per il trattamento dei pazienti affetti da Dna presenta alcune criticità. Dall'attuale mappatura nazionale dei servizi emerge una disomogeneità nella distribuzione dei servizi sul territorio italiano, con una carenza in alcune regioni soprattutto dei livelli di cura intensivi e di emergenza. Solo in 9 regioni (Veneto, Lombardia, Lazio, Umbria, Emilia Romagna, Liguria, Toscana, Sicilia e Valle d'Aosta) vi è una rete completa nei suoi 5 livelli di assistenza, con la mancanza totale di servizi nella regione Molise. Appare quindi evidente la necessità di un adeguamento delle reti assistenziali dedicate ai Dna complete in tutti i livelli di assistenza e distribuite in maniera omogenea su tutto il territorio italiano, al fine di non inficiare la continuità assistenziale;

16) nonostante le complicanze mediche dei disturbi dell'alimentazione possano interessare tutti gli organi e apparati, i Dna sono inseriti nei livelli essenziali di assistenza (LEA) per il percorso che riguarda l'area psichiatrica/psicologica, comportando l'esclusione di varie prestazioni mediche che sarebbe necessario integrare per una completa prosecuzione del percorso diagnostico;

17) per il sistema di cura sarebbe particolarmente importante disporre di dati attendibili di incidenza e prevalenza dei Dna, così come di evidenze sull'efficacia dei trattamenti e sull'appropriatezza dei percorsi di cura. Difatti, le stime di prevalenza e incidenza sono frequentemente limitate a realtà regionali e a tutt'oggi non è possibile ricostruire un quadro complessivo dell'organizzazione, delle prestazioni e degli esiti dei trattamenti, perché le fonti informative di solito forniscono dati parziali, prevalen-

temente ospedalieri, riferiti a frammenti del percorso assistenziale. Disporre di maggiori dati epidemiologici raccolti su ampi campioni relativi ai Dna nel nostro Paese permetterebbe di adeguare l'offerta assistenziale dedicata, migliorando anche l'impatto socio-economico che tali patologie hanno a breve e a lungo termine;

18) è in questa complessità che si iscrive il lavoro del numero verde 800 180 969 « SOS Disturbi Alimentari » operativo dal novembre 2011. Si tratta di un servizio gratuito di *counseling* telefonico svolto da professionisti, che, nel rispetto dell'anonimato dell'utente, si propone come spazio di ascolto e orientamento per chi soffre di queste problematiche e per le persone a loro vicine. Tale strumento oltre a rendere più agevole l'accesso all'offerta sanitaria e fare da tramite tra la prima domanda di aiuto e i servizi specializzati, incoraggia nella domanda di aiuto, riduce le aspettative negative legate ai percorsi terapeutici fornendo informazioni adeguate sugli stessi e offre all'utente la possibilità di dialogare con un operatore, nell'anonimato, nel momento in cui si sente più bisognoso o disponibile a farlo;

19) il numero verde 800 180 969 « SOS Disturbi Alimentari » attivo dalle ore 9:00 alle 21:00 potrebbe essere potenziato con due ulteriori servizi volti a sostenere ulteriormente l'utente in un momento di solitudine e sconforto: nella fascia notturna mediante l'introduzione di un servizio di segreteria telefonica al quale l'utente può lasciare un messaggio e chiedere di essere richiamato, mentre nella fascia diurna tramite l'attivazione di messaggio di attesa nel caso in cui il numero verde sia occupato, in modo che il chiamante non senta il telefono squillare senza ricevere risposta;

20) oltre ai soggetti direttamente colpiti dal disturbo del comportamento alimentare, non si può non tener conto del coinvolgimento delle loro famiglie che, ove non sorrette da una adeguata rete territoriale e in assenza di una corretta conoscenza del fenomeno, si trovano in completa solitudine ad affrontare una situazione che proprio per la specificità della

patologia, si presenta in tutto e per tutto più grande di loro e di difficile gestione e chiederebbe un supporto adeguato;

21) i disturbi alimentari, che colpiscono soprattutto le fasce giovanili, possono coinvolgere profondamente le abilità di apprendimento, determinare una diminuzione della concentrazione e dell'attenzione e una difficoltà nell'ascoltare e nell'elaborare le informazioni. Chi soffre di Dna tende infatti a focalizzarsi sui dettagli, faticando a raccogliere informazioni in modo ampio e articolato, con esigenze didattiche particolari;

22) per quanto numerosi studi in materia abbiano dimostrato che comprendere le cause dell'insorgenza dei disturbi alimentari non sia semplice, in quanto spesso sono molti i fattori che concorrono a determinare il disturbo, l'attività di prevenzione e di sensibilizzazione è fondamentale non solo per contrastare i fattori di rischio ma soprattutto per consolidare i fattori protettivi. Si presenta, pertanto, necessario informare e formare chi è a contatto con persone potenzialmente a rischio — operatori sanitari, genitori e, in generale, i soggetti adulti che entrano in contatto con gli adolescenti — affinché sappia riconoscere tempestivamente i segnali di un disturbo e si possa quindi intervenire precocemente sull'insorgenza, contrastare il suo evolversi od osteggiare eventuali ricadute. Ne consegue che la prevenzione, per essere efficace, deve muoversi contemporaneamente su più piani;

23) i programmi di prevenzione che hanno ottenuto i migliori risultati sono quelli scolastici attuati in ragazzi di età maggiore di 15 anni, con incontri organizzati in piccoli gruppi, condotti da professionisti focalizzati sull'accettazione del proprio corpo, su una corretta alimentazione e attività fisica, nonché sulla capacità di sviluppare maggiore senso critico nei confronti dei messaggi provenienti dai media e dai *social* e di non provare vergogna a chiedere aiuto in caso di bisogno e di difficoltà;

24) l'educazione alimentare, seppure non direttamente connessa con i Dna,

se inserita come argomento trasversale nella programmazione scolastica al fine di promuovere una corretta educazione alimentare e abitudini alimentari volte a definire un sano rapporto con il cibo, può contribuire a sviluppare, nei giovani, la consapevolezza critica verso messaggi mediatici sbagliati che associano bellezza e magrezza, e li accompagnerebbe verso un equilibrato sviluppo e benessere psico-fisico. Mirati progetti nelle scuole e campagne di sensibilizzazione, servirebbero a prevenire anche queste patologie sempre più diffuse oltre a contribuire a ridurre lo spreco alimentare, in un'ottica di circolarità da cui può beneficiare anche la sovranità alimentare nazionale. Inoltre, questo tipo di approfondimento scolastico potrebbe contribuire a promuovere una cultura alimentare positiva, in cui gli studenti imparano a conoscere il valore delle tradizioni culinarie locali e della gastronomia italiana, delle pratiche culturali ad esse legate e del ruolo imprescindibile che hanno assunto e assumono per lo sviluppo delle identità territoriali e dell'identità nazionale;

25) lo sport aiuta il benessere psico-fisico e a prevenire le patologie, aumenta l'autostima e migliora il nostro aspetto fisico. Per i più giovani è anche un importante strumento educativo. Purtroppo non sempre svolge una funzione positiva come dovrebbe. Per gli atleti di alcune discipline c'è una forte pressione affinché si raggiunga un determinato peso, una dimensione corporea stereotipata o un determinato rapporto muscoli/grasso;

26) non si può, inoltre, non considerare il ruolo che i *social media* possono ricoprire nella diffusione di messaggi errati rispetto al proprio corpo, alla propria autostima, considerato l'intenso uso delle immagini che viene fatto su queste piattaforme, che si accompagna con la ricerca di accettazione sociale e di corrispondenza ai canoni maggiormente esibiti e considerati socialmente accettati, tenendo conto del tempo che proprio gli adolescenti trascorrono connessi ogni giorno, in una fase della loro vita in cui sono più vulnerabili e in fase di definizione della loro personalità, e che i *social* ormai costituiscono uno stru-

mento della realizzazione della loro vita sociale,

impegna il Governo:

- 1) ad adottare le opportune iniziative, anche normative, nel rispetto delle competenze regionali e nel rispetto dei vincoli di bilancio, per migliorare la precocità della presa in carico dei soggetti che presentano disturbi dell'alimentazione e per implementare l'offerta assistenziale al fine di adeguarla alla reale domanda di cura posta dalle persone che soffrono di Dna e dalle loro famiglie, garantendo una maggiore equità delle cure alle persone affette da tali gravi patologie in tutto il territorio nazionale;
- 2) considerata l'estrema eterogeneità delle espressioni sintomatiche dei disturbi alimentari che rende complessa l'identificazione, a promuovere, nel rispetto delle competenze regionali e nel rispetto dei vincoli di bilancio, la formazione dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e del personale medico e infermieristico deputato alle emergenze al fine di facilitare una diagnosi precoce di questi disturbi, difficilmente riconoscibili;
- 3) considerata la difficoltà di individuazione dei disturbi del comportamento alimentare, a prevedere una specifica formazione in merito dei soggetti che svolgono professioni o mansioni che li mettono quotidianamente a stretto contatto con adolescenti quali docenti, formatori, allenatori sportivi, educatori, nonché genitori, prevedendo in tal senso, nei percorsi di formazione universitaria per l'accesso al ruolo di docente, uno specifico approfondimento in materia di disturbi della nutrizione e dell'alimentazione;
- 4) a riconoscere i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione quali malattie sociali di natura psichiatrica;
- 5) a dare attuazione a quanto previsto al comma 687 dell'articolo 1 della legge n. 234 del 2021 individuando una specifica area per i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (Dna), le cui prestazioni sono ancora inserite nell'area della salute mentale;
- 6) ad aggiornare e integrare l'elenco delle prestazioni rientranti nei Lea per l'anorexia nervosa, la bulimia nervosa e i disturbi da alimentazione incontrollata (Bed);
- 7) a promuovere nelle scuole di ogni ordine e grado programmi di formazione e prevenzione rivolti ad alunni e insegnanti e condotti da professionisti per promuovere l'autostima, un corretto stile alimentare, l'importanza di una sana attività fisica focalizzati sull'accettazione del proprio corpo;
- 8) a introdurre l'educazione alimentare nelle scuole attraverso l'inserimento trasversale della materia nella didattica ordinaria nei cicli di formazione primaria e secondaria, contribuendo attivamente al miglioramento della qualità della salute degli studenti, insegnando loro a fare corrette e sane scelte alimentari riducendo in tal modo il rischio di malattie come obesità, anoressia, bulimia o diabete, prevedendo a tal fine, uno specifico piano di formazione del personale docente;
- 9) ad adottare le opportune iniziative volte a informare le famiglie degli studenti circa la possibilità di chiedere, per il proprio figlio affetto da Dna, l'adozione di un piano didattico personalizzato (Pdp);
- 10) a promuovere lo sviluppo e la diffusione di *app* gratuite destinate alla divulgazione di informazioni concernenti la nutrizione e l'educazione a una sana e corretta alimentazione, anche legata a particolari condizioni;
- 11) ad avviare campagne di comunicazione istituzionale in tema di promozione di stili di vita salutari e focalizzate su una corretta alimentazione, attraverso il servizio pubblico radiofonico, televisivo e multimediale e i

- canali *web* e *social* istituzionali, allo scopo di prevenire le malattie legate all'alimentazione e promuovere il benessere psico-fisico;
- 12) ad avviare campagne di comunicazione volte alla promozione di stili di vita salutari e una corretta alimentazione in occasione delle maggiori competizioni sportive agonistiche nazionali e internazionali;
- 13) a promuovere, in maniera diffusa e capillare, campagne di comunicazione istituzionale utilizzando tutti i canali, anche *web* e *social*, finalizzate a una maggiore diffusione della conoscenza del numero verde « SOS disturbi alimentari » 800 180 969;
- 14) a potenziare il servizio reso dal numero verde « SOS disturbi alimentari » 800 180 969 inserendo un servizio di segreteria telefonica attivo dalle ore 21:00 alle 9:00, anche prevedendo l'attivazione del messaggio di attesa nel caso in cui il numero verde sia occupato;
- 15) a prevedere corsi di formazione affinché il personale specializzato che opera nel servizio « SOS disturbi alimentari » possa offrire aiuto alle persone che vengono istigate a ricorrere a condotte idonee a provocare o rafforzare i disturbi del comportamento alimentare;
- 16) a promuovere, nel rispetto delle competenze regionali e nel rispetto dei vincoli di bilancio, le iniziative necessarie atte a introdurre modelli per il monitoraggio sistemico e strutturato a livello nazionale con studi di prevalenza, incidenza e mortalità riguardanti i Dna in Italia su ampi campioni, al fine di migliorare la qualità e la quantità dei dati che contribuiscono a inquadrare i Dna dal punto di vista epidemiologico;
- 17) tenuto conto delle difficoltà e del coinvolgimento delle loro famiglie che si trovano a prendersi cura di un soggetto con disturbi dell'alimentazione,

ed adottare iniziative volte a prevedere il potenziamento delle strutture territoriali al fine di definire una adeguata rete territoriale di supporto e di informazione.

(1-00132) (Nuova formulazione) « Semenzato, Vietri, Loizzo, Casasco, Lupi, Marchetto Aliprandi, Panizzut, Benigni, Bicchielli, Ciancitto, Lazzarini, Dalla Chiesa, Brambilla, Ciocchetti, Cappellacci, Cavo, Colosimo, Mulè, Cesa, La Porta, Patriarca, Alessandro Colucci, Lancellotta, Tassinari, Pisano, Maccari, Romano, Morgante, Tirelli, Roscani, Rosso, Schifone ».

La Camera,

premessi che:

1) i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (Dna) rappresentano un problema di sanità pubblica di crescente importanza per la loro progressiva diffusione, per l'esordio sempre più precoce tra i giovani e per l'eziologia multifattoriale complessa;

2) in Italia si stima che i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione coinvolgano circa tre milioni di persone, di cui il 90 per cento sono donne, oltre 2 milioni gli adolescenti. Negli ultimi decenni c'è stato un progressivo abbassamento dell'età di insorgenza, tanto che sono sempre più frequenti le diagnosi in età preadolescenziale e nell'infanzia: il 59 per cento dei casi ha tra i 13 e 25 anni di età, il 6 per cento ha meno di 12 anni. Le diagnosi più frequenti sono quelle legate all'anoressia nervosa presente nel 46 per cento dei casi, la bulimia nervosa nel 28 per cento e il disturbo da alimentazione incontrollata (Bed) nel 15 per cento;

3) tali disturbi durante la pandemia sono vistosamente aumentati: dai dati raccolti emerge un incremento di nuovi casi del 30 per cento e una crescita del 50 per cento di richieste di prima visita per i

disturbi della nutrizione e dell'alimentazione;

4) i disturbi alimentari possono coinvolgere profondamente le abilità di apprendimento, determinare una diminuzione della concentrazione e dell'attenzione e una difficoltà nell'ascoltare e nell'elaborare le informazioni. Chi soffre di disturbi della nutrizione e dell'alimentazione tende infatti a focalizzarsi sui dettagli, faticando a raccogliere informazioni in modo ampio e articolato, con esigenze didattiche particolari;

5) i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (Dna) sono patologie severe con rischio di gravi compromissioni cliniche e psichiatriche e sono altresì patologie di lunga durata che possono avere esiti diversi. Se non trattati in tempi e con metodi adeguati, tali disturbi possono diventare una condizione permanente e compromettere seriamente la salute di tutti gli organi e apparati del corpo (cardiovascolare, gastrointestinale, endocrino, ematologico, scheletrico, sistema nervoso centrale, dermatologico e altro) e, nei casi gravi, portare alla morte;

6) i percorsi terapeutici di tali disturbi danno oggi risultati molto confortanti ma la prognosi dipende da alcuni importanti fattori come la tempestività della diagnosi e del trattamento, la continuità delle cure che non dovrebbero avere una durata inferiore ai due anni e da un approccio multidisciplinare alla malattia;

7) molte persone oggi non arrivano alle cure e, in questo caso, il rischio di un aggravamento della patologia o un esito infausto è molto alto. La prima ragione di questa difficoltà è legata al fatto che i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono disturbi egosintonici. La seconda ragione discende dal fatto che non vi è continuità assistenziale sull'intero territorio nazionale e le strutture di cura sono diffuse in modo disomogeneo. Questo determina spesso un ritardo nella prognosi e soprattutto nell'intervento terapeutico. Un'altra ragione è la difficoltà del

primo livello di intervento (medici di base e pediatri) a riconoscere e indirizzare i pazienti e le loro famiglie verso le strutture specializzate;

8) i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono disturbi insidiosi, in costante aumento e mutamento. Colpiscono ragazze sempre più giovani e quindi cambiano forma e modalità di espressione. Si manifestano sempre più frequentemente anche nei ragazzi e al centro delle proprie ossessioni c'è — per tutti — il corpo, un'eccessiva preoccupazione per il peso con alterata percezione dell'immagine corporea. Molteplici sono le cause e i fattori di rischio: individuali, familiari, socioculturali. I fattori socioculturali sono i più dinamici e necessitano di una riflessione più approfondita, in quanto la diffusione di canoni estetici culturali che vengono presi come modello dalla società e soprattutto dai giovani è molto difficile da contrastare;

9) la difficoltà di accettare se stessi e il proprio fisico, unita all'essere bersaglio di comportamenti offensivi che denigrano il corpo, possono causare nel soggetto che li subisce stati depressivi e di ansia e disturbi del comportamento alimentare. Dall'attività dei centri di prevenzione specializzati si è notato infatti che dietro all'esordio dei disturbi alimentari c'è spesso un'esperienza di *body shaming*;

10) lo sport aiuta il benessere psicofisico e a prevenire le patologie, aumenta l'autostima e migliora il nostro aspetto fisico. Per i più giovani è anche un importante strumento educativo. Purtroppo non sempre svolge una funzione positiva come dovrebbe. Per gli atleti di alcune discipline c'è una forte pressione affinché si raggiunga un determinato peso, una dimensione corporea stereotipata o un determinato rapporto muscoli/grasso;

11) l'attività di prevenzione e di sensibilizzazione è fondamentale non solo per contrastare i fattori di rischio ma soprattutto per consolidare i fattori protettivi. È necessario informare e formare chi è a contatto con persone potenzialmente a rischio affinché sappia riconoscere tempe-

stivamente i segnali di un disturbo e si possa quindi intervenire precocemente sull'insorgenza, contrastare il suo evolversi od osteggiare eventuali ricadute. Ne consegue che la prevenzione, per essere efficace, deve muoversi contemporaneamente su più piani;

12) i programmi di prevenzione che hanno ottenuto i migliori risultati sono quelli scolastici attuati in ragazzi di età maggiore di 15 anni, con incontri organizzati in piccoli gruppi, condotti da professionisti e focalizzati sull'accettazione del proprio corpo, su una corretta alimentazione e attività fisica;

13) la ricerca indica che la maggior parte dei pazienti affetti da disturbi della nutrizione e dell'alimentazione non è propensa a chiedere aiuto e che uno degli aspetti più ardui del lavoro con pazienti affetti da disturbi della nutrizione e dell'alimentazione consiste nel superare la loro scarsa disponibilità al trattamento. Fattori diversi incidono su questa riluttanza: non preoccupare le persone care, lo stigma, atteggiamenti negativi associati alla richiesta d'aiuto e alla successiva attivazione di un percorso terapeutico, la scarsa conoscenza dei percorsi di cura, la mancanza di modalità efficaci di incoraggiamento;

14) è in questa complessità che si iscrive il lavoro del numero verde 800 180 969 « SOS Disturbi Alimentari » operativo dal novembre 2011. Si tratta di un servizio gratuito di *counseling* telefonico svolto da professionisti, che, nel rispetto dell'anonimato dell'utente, si propone come spazio di ascolto e orientamento per chi soffre di queste problematiche e per le persone a loro vicine. Tale strumento oltre a rendere più agevole l'accesso all'offerta sanitaria e fare da tramite tra la prima domanda di aiuto e i servizi specializzati, incoraggia nella domanda di aiuto, riduce le aspettative negative legate ai percorsi terapeutici fornendo informazioni adeguate sugli stessi e offre all'utente la possibilità di dialogare con un operatore, nell'anonimato, nel momento in cui si sente più bisognoso o disponibile a farlo;

15) il numero verde 800 180 969 « SOS Disturbi Alimentari » attivo dalle ore

9:00 alle 21:00 potrebbe essere potenziato con due ulteriori servizi volti a sostenere ulteriormente l'utente in un momento di solitudine e sconforto: nella fascia notturna mediante l'introduzione di un servizio di segreteria telefonica al quale l'utente può lasciare un messaggio e chiedere di essere richiamato, mentre nella fascia diurna tramite l'attivazione di messaggio di attesa nel caso in cui il numero verde sia occupato, in modo che il chiamante non senta il telefono squillare senza ricevere risposta;

16) nel 2018 è stato elaborato dal Ministero della salute un documento che delinea un vero e proprio « Percorso Lilla » specifico per i pazienti che soffrono di disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e si presentano in pronto soccorso. Il documento offre indicazioni operative, per un approccio multidisciplinare, in considerazione dei bisogni e tenuto conto del fatto che l'accesso in pronto soccorso può rappresentare una preziosa occasione per intercettare un soggetto con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e per l'avvio di un percorso terapeutico specialistico integrato;

17) nel trattamento dei pazienti affetti da disturbi della nutrizione e dell'alimentazione si adotta un approccio multidisciplinare e un lavoro « in rete ». È infatti previsto che le cure vengano erogate all'interno di un percorso che prevede livelli di cura successivi: ambulatoriale non specialistico, ambulatoriale specialistico, *day-service*/diurno/semiresidenziale, residenziale, ospedaliero;

18) l'offerta assistenziale nazionale per il trattamento dei pazienti affetti da disturbi della nutrizione e dell'alimentazione presenta alcune criticità. Dall'attuale mappatura nazionale dei servizi emerge una disomogeneità nella distribuzione dei servizi sul territorio italiano, con una carenza in alcune regioni soprattutto dei livelli di cura intensivi e di emergenza. Solo in 9 regioni (Veneto, Lombardia, Lazio, Umbria, Emilia-Romagna, Liguria, Toscana, Sicilia e Valle d'Aosta) vi è una rete completa nei suoi 5 livelli di assistenza, con la mancanza totale di servizi nella regione

Molise. Appare quindi evidente la necessità di un adeguamento delle reti assistenziali dedicate ai disturbi della nutrizione e dell'alimentazione complete in tutti i livelli di assistenza e distribuite in maniera omogenea su tutto il territorio italiano, al fine di non inficiare la continuità assistenziale;

19) nonostante le complicità mediche dei disturbi dell'alimentazione possano interessare tutti gli organi e apparati, i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono inseriti nei livelli essenziali di assistenza (Lea) per il percorso che riguarda l'area psichiatrica/psicologica, comportando l'esclusione di varie prestazioni mediche che sarebbe necessario integrare per una completa prosecuzione del percorso diagnostico;

20) per il sistema di cura sarebbe particolarmente importante disporre di dati attendibili di incidenza e prevalenza dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, così come di evidenze sull'efficacia dei trattamenti e sull'appropriatezza dei percorsi di cura. Difatti, le stime di prevalenza e incidenza sono frequentemente limitate a realtà regionali e a tutt'oggi non è possibile ricostruire un quadro complessivo dell'organizzazione, delle prestazioni e degli esiti dei trattamenti, perché le fonti informative di solito forniscono dati parziali, prevalentemente ospedalieri, riferiti a frammenti del percorso assistenziale. Disporre di maggiori dati epidemiologici raccolti su ampi campioni relativi ai disturbi della nutrizione e dell'alimentazione nel nostro Paese permetterebbe di adeguare l'offerta assistenziale dedicata, migliorando anche l'impatto socio-economico che tali patologie hanno a breve e a lungo termine,

impegna il Governo:

- 1) a promuovere nelle scuole di ogni ordine e grado programmi di prevenzione rivolti ad alunni e insegnanti e condotti da professionisti per promuovere l'autostima, un corretto stile alimentare, l'importanza di una sana attività fisica focalizzati sull'accettazione del proprio corpo;
- 2) ad adottare le opportune iniziative volte a informare le famiglie degli studenti circa la possibilità di chiedere, per il proprio figlio affetto da disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, l'adozione di un piano didattico personalizzato (Pdp);
- 3) a promuovere lo sviluppo e la diffusione di *app* gratuite destinate alla divulgazione di informazioni concernenti la nutrizione e l'educazione a una sana e corretta alimentazione, anche legata a particolari condizioni;
- 4) ad avviare campagne di comunicazione istituzionale in tema di promozione di stili di vita salutari e focalizzate su una corretta alimentazione, attraverso il servizio pubblico radiofonico, televisivo e multimediale e i canali *web* e *social* istituzionali, allo scopo di prevenire le malattie legate all'alimentazione e promuovere il benessere psico-fisico;
- 5) ad avviare campagne di comunicazione volte alla promozione di stili di vita salutari e una corretta alimentazione in occasione delle maggiori competizioni sportive agonistiche nazionali e internazionali;
- 6) a promuovere, in maniera diffusa a capillare, campagne di comunicazione istituzionale utilizzando tutti i canali, anche *web* e *social*, finalizzate a una maggiore diffusione della conoscenza del numero verde « SOS disturbi alimentari » 800 180 969;
- 7) a potenziare il servizio reso dal numero verde « SOS disturbi alimentari » 800 180 969 inserendo un servizio di segreteria telefonica attivo dalle ore 21:00 alle 9:00;
- 8) ad attivare il messaggio di attesa nel caso in cui il numero verde « SOS disturbi alimentari » sia occupato;
- 9) a prevedere corsi di formazione affinché il personale specializzato che opera nel servizio « SOS disturbi alimentari » possa offrire aiuto alle persone che vengono istigate a ricorrere a condotte

idonee a provocare o rafforzare i disturbi del comportamento alimentare;

- 10) considerata l'estrema eterogeneità delle espressioni sintomatiche dei disturbi alimentari che rende complessa l'identificazione, a promuovere, nel rispetto delle competenze regionali e nel rispetto dei vincoli di bilancio, la formazione dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e del personale medico e infermieristico deputato alle emergenze al fine di facilitare una diagnosi precoce di questi disturbi, difficilmente riconoscibili;
- 11) ad adottare le opportune iniziative, anche normative, nel rispetto delle competenze regionali e nel rispetto dei vincoli di bilancio, necessarie ad implementare l'offerta assistenziale alla reale domanda di cura posta dalle persone che soffrono di disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e dalle loro famiglie, garantendo una maggiore equità delle cure alle persone affette da tali gravi patologie in tutto il territorio nazionale;
- 12) a riconoscere l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il disturbo da alimentazione incontrollata come malattie sociali;
- 13) a dare attuazione a quanto previsto al comma 687 dell'articolo 1 della legge n. 234 del 2021, individuando una specifica area per i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (Dna), le cui prestazioni sono ancora inserite nell'area della salute mentale;
- 14) ad aggiornare e integrare l'elenco delle prestazioni rientranti nei livelli essenziali di assistenza per l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e i disturbi da alimentazione incontrollata (Bed);
- 15) a promuovere, nel rispetto delle competenze regionali e nel rispetto dei vincoli di bilancio, le iniziative necessarie atte a introdurre modelli per il monitoraggio sistemico e strutturato a livello nazionale con studi di prevalenza, incidenza e mortalità riguar-

danti i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione in Italia su ampi campioni, al fine di migliorare la qualità e la quantità dei dati che contribuiscono a inquadrare i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione dal punto di vista epidemiologico.

(1-00132) « Semenzato, Bicchielli, Cavo, Alessandro Colucci, Romano, Lupi, Tirelli, Brambilla, Cesa, Pisano ».

La Camera,

premesso che:

1) il 15 marzo 2023 si è svolta la Giornata nazionale dei disturbi del comportamento alimentare, ovvero la Giornata del fiocchetto lilla, che focalizza l'attenzione (e vuole sensibilizzare) sulle disfunzioni dell'alimentazione oggi associate, anche, alla recente pandemia;

2) in Italia, tale giornata è stata deliberata ufficialmente nel 2018 dalla Presidenza del Consiglio dei ministri, per favorire e promuovere l'attenzione degli italiani su patologie alimentari che « usano » il corpo come mezzo per comunicare un disagio profondo che, spesso, passa attraverso meccanismi psico-biologici che conducono alla malattia;

3) in realtà, sempre in Italia, la Giornata è stata promossa per la prima volta nel 2012, dall'Associazione « Mi Nutro di Vita » per volontà di un padre, Stefano Tavilla, in onore e ricordo della figlia Giulia, affetta da Bulimia Nervosa, morta a soli 17 anni il 15 marzo 2011 mentre era in « lista di attesa » per essere curata in un centro fuori dalla sua regione di appartenenza;

4) i disturbi del comportamento alimentare o della nutrizione e dell'alimentazione (Dna) sono un gigantesco contenitore al cui interno si collocano manifestazioni e patologie differenti tutte quante accomunate da una grande sofferenza psicofisica e da un rapporto conflittuale e faticoso con il cibo, che è ovviamente la spia di dinamiche psicologiche estremamente complesse;

5) se non trattati in tempo e con metodi adeguati, i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione possono diventare una condizione permanente e compromettere seriamente la salute di tutti gli organi e apparati del corpo (cardiovascolare, gastrointestinale, endocrino, ematologico, scheletrico, sistema nervoso centrale, dermatologico ecc.) e, nei casi gravi, portare alla morte;

6) attualmente questi disturbi rappresentano un importante problema di salute pubblica, visto che per l'anoressia e per la bulimia, negli ultimi decenni, c'è stato un progressivo abbassamento dell'età di insorgenza, tanto che sono sempre più frequenti diagnosi in età preadolescenziale e nell'infanzia;

7) secondo i dati dalla *survey* nazionale del Ministero della salute 2019-2023, che incrocia fonti diverse, Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), accessi ai centri specializzati e alla specialistica ambulatoriale, al pronto soccorso e le esenzioni, sono oltre 3 milioni le persone in Italia in cura per anoressia, bulimia e *binge eating*;

8) in particolare, nel 2019 i casi di disturbi alimentari (anoressia, bulimia e *binge eating*) intercettati sono stati 680.569, balzati a 879.560 nel 2020, a 1.230.468 nel 2021 e a 1.450.567 nel 2022;

9) anche i dati Rencam regionali (Registro nominativo cause di morte) sono purtroppo molto alti, il dato Rencam del 2022 rileva complessivamente 3.158 decessi con diagnosi correlate ai Disturbi della Alimentazione e della nutrizione, con una variabilità più alta nelle regioni dove sono scarse o addirittura assenti le strutture di cura e con una età media di 35 anni, che significa che una alta percentuale di questo numero ha una età inferiore a 25 anni;

10) si tratta di dati sottostimati e incompleti visto che molte persone oggi non arrivano alla presa in carico e alle cure necessarie a causa di una grave carenza di strutture presenti sul territorio nazionale;

11) si tratta di un'« epidemia nasosta » che si fronteggia con una rete di cura

del Servizio sanitario nazionale che retrocede, a fronte del galoppante aumento dei casi. Dopo la pandemia 38 strutture specializzate non sono state mai riaperte. Nel 2019 erano 164, nella rilevazione dell'Istituto superiore di Sanità del 2022 sono 126 strutture sparse su tutto il territorio nazionale, di cui molte erogano un servizio « parziale ». Di queste, 63 centri sono al Nord (20 in Emilia-Romagna), 23 al Centro Italia e 40 tra Sud e Isole. Tra le 126 strutture 112 sono pubbliche (appartenenti al Servizio sanitario nazionale – Ssn) e 14 appartenenti al settore del privato accreditato e comunque solo il 48 per cento del totale dei centri ha dichiarato di prendere in carico i minori fino a 14 anni; mentre la fascia pediatrica della popolazione, in costante aumento di casi vede solo pochissimi reparti dedicati in tutta Italia. Questa mancanza di presa in carico immediata genera casi gravi già dalla preadolescenza;

12) secondo il numero verde nazionale « Sos Disturbi Alimentari » nei suoi 12 anni di attività le richieste di aiuto sono aumentate prima progressivamente e poi nell'ultimo anno vertiginosamente. Sono oltre 3 milioni i pazienti in cura (3.678.362 per l'esattezza, di cui 1,4 milioni di nuovi casi solo nel 2022). La metà soffre di anoressia, il 20,2 per cento di obesità, il 19,9 per cento di bulimia nervosa e l'1,9 per cento di Arfid, il disturbo evitante-restrittivo dell'assunzione di cibo, l'ultimo inserito nelle tabelle sanitarie, dieci anni fa;

13) sempre al numero verde, tra gennaio e maggio di quest'anno, sono già arrivati 817 Sos: più del doppio rispetto allo stesso periodo del 2022. Negli anni, è stato accertato che sono in maggioranza le donne (87 per cento) a utilizzarlo. Il 51 per cento delle persone che si rivolge al servizio di *counseling* gratuito e anonimo della Presidenza del Consiglio, in precedenza, non aveva mai chiesto aiuto. Per molti è il primo difficile passo, l'unico sollievo dalla solitudine della propria condizione di sofferenza. Il 47 per cento delle chiamate arriva da parte dei genitori, il 44 per cento dagli interessati. Nel 9 per cento dei casi sono amici e *partner* a cercare conforto e a

richiedere il primo accesso virtuale all'offerta di cura;

14) la scarsa presenza di centri specializzati e la loro non omogenea collocazione sul territorio nazionale non permette una reale, adeguata e tempestiva presa in carico di questi giovani e delle loro famiglie;

15) la mancanza di strutture adeguate fa sì che molto spesso le famiglie vengano lasciate sole ad affrontare le prime fasi di questo dramma, innescando di fatto un peregrinare in cerca di luoghi di cura per l'Italia e solo successivamente, quando la situazione il più delle volte è ormai compromessa si arriva ad una presa in carico della persona e del suo nucleo familiare;

16) attualmente i posti letti a disposizione per gli eventuali ricoveri sono nel complesso in Italia, tenendo conto degli ospedali, delle comunità e dei centri diurni, solo circa 900 e di questi l'85 per cento è collocato al Nord Italia e, di certo, non può rispondere ai bisogni di cura di circa tre milioni e mezzo di italiani affetti da anoressia, bulimia e dipendenze da cibo;

17) si tratta di un numero infinitesimale rispetto ai reali bisogni effettivi e, molte volte, vista la giovane età delle persone coinvolte e in relazione alla gravità del quadro clinico si ricorre al ricovero presso i reparti di pediatria e medicina generale e purtroppo ormai sempre più spesso ai reparti di psichiatria;

18) la metà delle regioni non ha una rete completa di assistenza, che dovrebbe prevedere quattro livelli: ambulatori specializzati nei disturbi alimentari, che assorbono il 60 per cento della richiesta, servizi semiresidenziali (centri diurni dove le persone possono fare i propri pasti), servizi residenziali extraospedalieri h24 che dovrebbero garantire una presa in carico della persona dai 3 ai 5 mesi, e infine i servizi ospedalieri che prevedono il ricovero salvavita per chi rifiuta le cure, e la nutrizione artificiale;

19) nel 2018 il Ministero della salute, su forte sollecitazione delle associa-

zioni dei familiari e degli operatori sanitari, che necessitano di strumenti pratici in una tematica in cui ancora oggi, purtroppo, esiste una estrema disomogeneità di cura e trattamento sull'intero territorio nazionale, ha elaborato un documento inerente l'istituzione di un vero e proprio « codice lilla » al momento dell'accettazione al pronto soccorso di persone con disturbi della nutrizione dell'alimentazione. Il documento offre indicazioni operative in un'ottica multidisciplinare anche tenuto conto del fatto che l'accesso al pronto soccorso può rappresentare un'occasione per intercettare una persona che soffre di disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e avviarlo così verso un percorso terapeutico; ad oggi ancora non c'è traccia di applicazione del « Codice Lilla » così come era stato pensato e voluto;

20) la sperequazione tra l'offerta assistenziale e la domanda di cura è stata la grande artefice dell'importante numero di morti che in questi anni si sono verificati a causa dei disturbi alimentari. In media in Italia per disturbi alimentari muoiono circa 3000 ragazzi, nel 2020 a causa della pandemia da COVID-19 i morti sono stati circa 5000. L'incremento drammatico è dovuto di certo all'aumento della prevalenza della malattia causa Covid, ma anche a causa del fatto che l'esile tessuto assistenziale presente sul territorio non ha retto l'emergenza sanitaria;

21) un primo passo per tentare di invertire la tendenza caratterizzata da pochi strumenti e molta solitudine vissuta dalle famiglie, dai pazienti e dagli operatori del settore ed iniziare ad immaginare una cura diffusa sul territorio, inclusiva e innovativa con l'obiettivo di ridurre drasticamente la mortalità di tale patologia è stata l'approvazione di un emendamento alla legge di bilancio 2022 (legge 30 dicembre 2021 n. 234) che inserisce le prestazioni relative ai disturbi della nutrizione dell'alimentazione all'interno dei livelli essenziali di assistenza (Lea) al di fuori del capitolo della « salute mentale » con un budget autonomo ampliando la possibilità di erogare prestazioni e servizi;

22) nonostante sia passato quasi un anno e mezzo dall'approvazione di tale modifica niente è stato fatto lasciando ancora una volta le persone che soffrono di disturbi della nutrizione della alimentazione e le loro famiglie sole ad affrontare questo dramma;

23) a novembre 2022 il Ministero della salute ha dato mandato all'Istituto superiore di sanità di avviare, in stretta collaborazione con le regioni e province autonome, con le associazioni di familiari e le società scientifiche, anche le attività per il censimento delle associazioni che operano per informare, sensibilizzare, offrire supporto a chi soffre di disturbi alimentari e ai familiari in difficoltà, rafforzare la collaborazione con le strutture dedicate alla loro cura, creando così una rete di protezione per contrastare tali disturbi e rispondere all'esigenza di intercettare sempre più precocemente i bisogni del territorio,

impegna il Governo:

- 1) a dare piena e completa attuazione a quanto previsto dall'articolo 1, comma 687, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, individuando ed aggiornando le prestazioni sanitarie e sociosanitarie inerenti ai disturbi della nutrizione e della alimentazione da inserire in un'area specifica dei livelli essenziali d'assistenza dandogli così piena dignità ed autonomia;
- 2) ad adottare per quanto di competenza e nel rispetto delle competenze regionali, le opportune iniziative volte ad implementare e a rendere omogeneo su tutto il territorio nazionale l'offerta assistenziale, con particolare attenzione all'incremento dei posti letto volti ad accogliere le ragazze e i ragazzi con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (Dna) adeguandola alla reale domanda di cura posta dalle persone che soffrono di questi disturbi e dalle loro famiglie;
- 3) ad adottare iniziative di competenza per incrementare le risorse destinate alla presa in carico delle persone affette da disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e delle loro famiglie al fine di ridurre il *gap* tra la forte richiesta di aiuto e la scarsa offerta di servizi, prestazioni ed *équipe* multidisciplinari presenti ed in grado di intervenire tempestivamente;
- 4) a riconoscere i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (Dna) come malattie sociali in particolare per le fasce più giovani della popolazione;
- 5) a prevedere dei corsi di formazione, in particolare per i pediatri di libera scelta e per i medici di medicina generale, volti ad intercettare i primi sintomi dei disturbi della nutrizione e della alimentazione favorendo così una diagnosi e una presa in carico precoce;
- 6) a prevedere l'istituzione della figura dello psicologo di cure primarie che nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e in collaborazione con la rete dei servizi di assistenza socioassistenziale per una rapida e diffusa presa in carico delle persone affette da disturbi della nutrizione e dell'alimentazione;
- 7) a predisporre in collaborazione con le regioni e con le province autonome di Trento e Bolzano, ognuno per le proprie competenze, una piattaforma nazionale ove inserire le informazioni delle strutture a cui i medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta possono indirizzare le persone che soffrono di disturbi dell'alimentazione e le loro famiglie per una rapida presa in carico;
- 8) a predisporre misure volte all'attivazione di un « codice lilla » nei pronto soccorso che preveda, oltre alla formazione obbligatoria del personale sanitario, un *team* multidisciplinare integrato dedicato ed una rete assistenziale locale, *intra* ed *extra* regionale;
- 9) ad adottare iniziative di competenza per predisporre risorse finanziarie volte ad incrementare la ricerca scientifica e farmacologica sull'uso di specifici far-

maci adatti ai disturbi della nutrizione e dell'alimentazione;

- 10) a promuovere, per quanto di competenza e in collaborazione con le regioni e con le associazioni che si occupano di disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, all'interno degli istituti scolastici di ogni ordine e grado, nel rispetto della loro autonomia, campagne informative, iniziative e incontri sui temi dell'educazione alimentare e dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione;
 - 11) a promuovere, per quanto di competenza, insieme al CONI e alle Federazioni sportive nazionali (FSN), agli enti di promozione sportiva (EPS) e alle discipline sportive associate (DSA), corsi di formazione per gli allenatori e le allenatrici, in particolare per quelli che operano nei settori giovanili sull'insegnamento di una corretta ed equilibrata alimentazione in ambito sportivo;
 - 12) a promuovere, per quanto di competenza, insieme al CONI e alle Federazioni sportive nazionali (FSN), agli enti di promozione sportiva (EPS) e alle discipline sportive associate (DSA) campagne di comunicazione rivolte ai giovani atleti agonisti e non sull'importanza di avere una alimentazione sana ed equilibrata indipendentemente dalla disciplina sportiva praticata.
- (1-00163)** « Furfaro, Malavasi, Di Biase, Ciani, Girelli, Stumpo, Roggiani, Forattini, Berruto, Casu, Ghio ».

La Camera,

premessi che:

1) secondo la definizione presente nel documento elaborato nel 2020 dal Ministero della salute e recante « Interventi per l'accoglienza, il *triage*, la valutazione ed il trattamento del paziente con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione- Percorso lilla in pronto soccorso », i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (Dna)

sono sindromi psichiatriche caratterizzate da un persistente disturbo dell'alimentazione o da comportamenti connessi all'alimentazione che determinano un alterato consumo di cibo e che danneggiano significativamente la salute fisica e/o il funzionamento psicosociale;

2) dal predetto documento si evince che le caratteristiche tipiche dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono l'ambivalenza nei confronti del trattamento, la scarsa consapevolezza di malattia e la sottovalutazione della gravità dei sintomi anche in presenza di un evento acuto;

3) i disturbi dell'alimentazione sono patologie complesse determinate da condizioni di disagio psicologico ed emotivo che portano a vivere con una ossessiva attenzione al proprio peso, al proprio corpo e a alla necessità di stabilire un controllo su di esso;

4) la notevole accelerazione della globalizzazione di modelli e stereotipi sociali, favorita dai nuovi mezzi di comunicazione digitale, le trasformazioni culturali delle abitudini familiari e sociali del mangiare e della convivialità, hanno portato ad un aumento vertiginoso dei disturbi alimentari tali da rasentare una vera e propria « epidemia sociale »;

5) tra i disturbi più frequenti si annoverano l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa; la prima è caratterizzata essenzialmente da una restrizione dell'assunzione di calorie in relazione al fabbisogno che porta a un peso corporeo significativamente basso in relazione all'età, al sesso nonché da una intensa paura di aumentare di peso; l'incidenza dell'anoressia nervosa è di almeno 8-9 nuovi casi per 100 mila persone in un anno tra le donne, mentre per gli uomini è compresa fra 0,02 e 1,4 nuovi casi; la bulimia nervosa, invece, è caratterizzata da ricorrenti episodi di abbuffata e dall'assunzione smodata di cibo attraverso ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie volte a prevenire l'aumento di peso; per quanto riguarda la bulimia nervosa, ogni anno, si registrano 12

nuovi casi per 100 mila persone tra le donne e circa 0,8 nuovi casi per 100 mila persone in un anno tra gli uomini;

6) i disturbi dell'alimentazione sono più frequenti nella popolazione femminile che in quella maschile e sia nell'anoressia nervosa sia nella bulimia nervosa, la fascia di età in cui l'esordio si manifesta più spesso è quella tra i 15 e i 19 anni anche se alcune osservazioni cliniche recenti hanno segnalato un aumento dei casi a esordio precoce;

7) il disturbo da alimentazione incontrollata (*Binge Eating Disorder* – Bed) consiste nell'assumere quantità di cibo superiori al normale, in un tempo molto più breve di quanto non venga assunto dalla maggior parte delle persone in analoghe circostanze ed è considerato lieve se si verifica da 1 a 3 volte a settimana per un periodo di almeno 3 mesi consecutivi fino a considerarsi grave se gli episodi settimanali arrivano a 13; non è seguito da pratiche di compensazione per il controllo del peso come ad esempio vomito o assunzione di lassativi, ed è caratterizzato dalla sensazione di perdere il controllo su ciò che si sta mangiando; il Bed insorge prevalentemente in età adolescenziale o in prima età adulta, colpisce prevalentemente le donne e, considerando che nell'arco della propria vita si stima che il 3,5 per cento delle donne e il 2 per cento degli uomini adulti svilupperanno un DCA, è il disturbo del comportamento alimentare più frequente;

8) il Bed una condizione spesso associata ad obesità che si distingue dall'obesità omeostatica per caratteristiche sue proprie e che rappresenta il disturbo alimentare a più alta incidenza nella popolazione adulta; l'obesità può essere causata da fattori psicologici, biologici o socio-ambientali ed è ormai unanimemente riconosciuta come una delle condizioni che vengono associate a morte prematura e ai fattori di rischio per la cronicizzazione di alcune malattie quali depressione, malattie cardiovascolari, ipertensioni e alcune tipologie di tumore;

9) in base al rapporto Istat sull'obesità realizzato per il *Second Italian Obe-*

sity Barometer Report, l'eccesso di peso riguarda 1 minore su 4, mentre la quota quasi raddoppia tra gli adulti raggiungendo il 46,1 per cento tra le persone maggiorenni; l'insorgenza dell'obesità nei soggetti più giovani, li espone a un maggior disagio psicologico in considerazione dello stigma sociale che porta anche alla discriminazione e ad episodici bullismo sia fisico che psicologico e al conseguente isolamento;

10) da una *survey* condotta dal Ministero della salute, dal gennaio 2019 al gennaio 2021, emerge che le nuove richieste di presa in carico sono aumentate in media del 30 per cento. I numeri variano tra le regioni poiché l'offerta di servizi e di professionisti è notevolmente eterogenea sul territorio nazionale, tuttavia emerge il dato inequivocabile che nel 2021 sono triplicate (rispetto all'anno precedente) le chiamate al Numero Verde nazionale della Presidenza del Consiglio, SOS Dea 800180969, che fornisce indicazioni per tutto il territorio nazionale e *counseling* psicologici;

11) i disturbi del comportamento alimentare hanno assunto, ormai, una particolare gravità soprattutto nei soggetti in età adolescenziale e necessitano di un intervento per indirizzare le famiglie, la scuola e gli operatori sanitari verso azioni che consentano alla persona di guarire dalla sua patologia e di essere meno vulnerabile;

12) nel 2019 il Rencam (Registro nominativo cause morte) indica che sono decedute quasi tremila persone (giovani e adulti) per diagnosi collegate a disturbi del comportamento alimentare, con un'età media di 35 anni: in pratica, 10 decessi ogni giorno;

13) secondo la Federazione italiana medici pediatri, il rischio dell'anoressia sta crescendo in misura esponenziale in Italia poiché tra le ragazze delle scuole secondarie di primo grado (11-13 anni) il 60,4 per cento vorrebbe essere più magro, il 24 per cento ha già sperimentato una dieta e il 32 per cento si è rivolto a un medico per la prescrizione di un regime alimentare ipocalorico, il 34 per cento è ricorso a una dieta « fai-da-te », il 30 per cento ha seguito

consigli di amici, di riviste o della rete internet; l'età dei soggetti affetti da disturbi del comportamento alimentare, sia maschi che femmine, è tra i 12 e i 25 anni e in Italia si calcola che essi siano circa 2.000.000;

14) le indagini epidemiologiche dimostrano che molti bambini già in età prescolare e scolare incorrono in errori nutrizionali qualitativi e quantitativi che certamente non dipendono dalla loro volontà; la cultura della corretta alimentazione inizia dalla famiglia, ma purtroppo i genitori spesso tendono a sottostimare lo stato ponderale dei propri figli e ciò trova conferma nei dati del 2016 da cui emerge che, tra le madri di bambini in sovrappeso od obesi, il 37 per cento riteneva che il proprio figlio fosse sotto-normopeso e solo il 30 per cento pensava che la quantità di cibo assunta fosse eccessiva;

15) i modelli sociali influiscono notevolmente sui disturbi alimentari: immagini di bellezza quasi sempre legate alla magrezza e alla forma fisica, nonché altre ragioni ben più complesse che generano queste patologie, in particolare legate alla competitività nella scuola, nel lavoro, nello sport e in altre attività legate a *performance* figurative;

16) i disturbi alimentari sono incrementati sensibilmente con l'emergenza Covid, anche fino al 30 per cento, perché il cibo è diventato una scappatoia per affrontare i cambiamenti traumatici che l'emergenza Covid ha comportato e comporta;

17) secondo il Ministero della salute, in Italia, più di tre milioni di persone soffrono di questa problematica, ma si stima possano essere di più dal momento che circa il 40 per cento non chiede aiuto o non riceve una diagnosi e, per far fronte alle restrizioni e ai limiti imposti dalla pandemia, i professionisti sanitari hanno incrementato la terapia online, valida alternativa all'incontro in presenza e diffusamente sperimentata durante l'emergenza;

18) dinanzi al crescere di queste patologie le strutture pubbliche risultano insufficienti o comunque non in grado di rispondere alle necessità crescenti: già prima

della pandemia, la metà delle regioni italiane non aveva una rete completa di assistenza, che dovrebbe comprendere ambulatori dedicati, centri diurni, strutture residenziali, posti letto ospedalieri dedicati; il sistema pubblico di assistenza per i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione appare frammentato e debole, con una evidente difficoltà di accesso alle cure che inevitabilmente finisce per aggravare e cronicizzare i disturbi, fino ad esiti anche infausti;

19) il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare necessita di una rete territoriale sociosanitaria di intervento che attui una presa in carico appropriata e funzionale, adottando un approccio biopsicosociale e deve avvenire mediante un sistema interdisciplinare e integrato composto dalle diverse figure professionali (internisti, psicoterapeuti, nutrizionisti, psichiatri, psicologi clinici, dietisti);

20) nell'intento prioritario di rendere omogeneo, sull'intero territorio nazionale, ogni intervento terapeutico e strutturare programmi multidisciplinari, validati, efficaci ed efficienti, la Direzione Generale per l'Igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione ha istituito, nel marzo del 2015, un Tavolo di lavoro con assetto multidisciplinare, per la stesura delle prime «Linee di Indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei pazienti con disturbi dell'alimentazione»: il documento è stato approvato in sede di Conferenza Stato Regioni a giugno 2017 e le linee di indirizzo sono pubblicate nel Quaderno del Ministero della salute n. 29, settembre 2017, diffuso in occasione del *workshop* nazionale del 7 settembre 2017; il Quaderno è una monografia/manuale operativo per la valutazione nutrizionale e per la scelta terapeutica più opportuna, basata sulla continuità assistenziale e sulle attività dell'*équipe* multidisciplinare;

21) il nuovo sistema di garanzia dei Lea per la sfera della salute mentale, è sicuramente un passo avanti nella misura in cui ha diversificato gli indicatori, passando da un solo indicatore della griglia Lea (numero di assistiti presso i Diparti-

menti di salute mentale per 1.000 residenti), ai quattro indicatori del Nsg (tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche soggetti con più di 18 anni/popolazione residente maggiorenne; reingressi in psichiatria da 8 a 30 giorni dalla dimissione/tot dimissioni; numero di Tso anno a residenti maggiorenni/tot. Popolazione residente maggiorenne; tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche soggetti con meno di 18 anni popolazione residente con meno di 18 anni); tuttavia permangono criticità correlate all'assenza di indicatori utili a rilevare l'assistenza al di fuori delle strutture psichiatriche, poiché gli indicatori si rivolgono soprattutto ai dati relativi alle prese in carico in strutture psichiatriche senza includere i dati sommersi o la presa in carico in altri reparti dei pazienti con disturbi dell'alimentazione che, per tale ragione, nella quasi totalità dei casi, vengono categorizzati come « altra patologia » e quindi non inclusi nella categoria della salute mentale;

22) per le ragioni innanzi esposte i disturbi alimentari non sempre sono rilevabili e valutabili dal monitoraggio Lea, finendo per essere inesistenti nell'ambito del Ssn, senza che siano oltretutto rispettati i criteri di appropriatezza e qualità delle prestazioni erogate e inficiando alla base il sistema di categorizzazione e di valutazione delle patologie inserite nel più ampio *genus* dei disturbi del comportamento alimentare;

23) con la legge di bilancio 2022 è stato istituito presso il Ministero della salute il « Fondo per il contrasto dei Disturbi della Nutrizione e della Alimentazione », con una dotazione di 15 milioni di euro per il 2022 e 10 milioni per il 2023 e questo è stato sicuramente un notevole passo avanti;

24) inoltre, grazie alla medesima legge di bilancio i disturbi alimentari verranno riconosciuti in una categoria a sé stante nei Lea (Livelli essenziali di assistenza), con un *budget* autonomo da quello destinato alla cura delle patologie psichiatriche: questo consentirà finalmente di erogare prestazioni e servizi gratuiti (o dietro pagamento di un *ticket*) attraverso il Ssn;

dopo l'inserimento nei Lea sarebbe altresì opportuno includere il « Disturbo da alimentazione incontrollata » (*Binge Eating Disorder*) nell'elenco delle patologie croniche invalidanti per le quali è prevista l'esenzione;

25) al fine di rafforzare le disposizioni in materia di assistenza psicologica e tutelare la salute e il benessere psicologico individuale e collettivo, tenendo conto, in particolare, dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (Dna) occorre istituire, presso il Ministero della salute, l'Osservatorio nazionale sui disturbi della nutrizione e dell'alimentazione con il compito di redigere il Piano nazionale dei disturbi alimentazione e nutrizione, di durata triennale, promuovere la raccolta di dati statistici ed effettuare studi epidemiologici sulle patologie afferenti ai disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, anche con riferimento alle diverse situazioni territoriali, al fine di individuare aree prioritarie d'intervento verso cui indirizzare azioni e interventi per la prevenzione e per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione;

26) con il documento, denominato « Percorso codice lilla », il Ministero della salute ha l'obiettivo di fornire agli operatori sanitari un valido strumento di lavoro per il *triage*, la valutazione e la presa in cura dei soggetti fragili che presentano disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e che si presentano in PS in condizioni di urgenza;

27) nel citato documento si evince come tutte le figure professionali coinvolte nella gestione dell'emergenza e urgenza (Dipartimenti di emergenza e urgenza, Pronto soccorso, operatori 118 e Guardia medica) dovrebbero avere una formazione finalizzata all'identificazione dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione; tale formazione dovrebbe essere specifica per ogni figura professionale con l'attenzione ad inserire elementi di coordinamento del lavoro clinico fra le diverse competenze; è opportuno che gli operatori abbiano una conoscenza di base dei criteri diagnostici e degli elementi clinici, relativi alla salute

fisica e mentale, che consentono di individuare disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e le possibili complicanze, affinché si possa sempre di più riconoscere le situazioni di emergenza ed evitare ritardi nella diagnosi e nell'inizio delle cure, entrambi fattori in grado di influenzare la prognosi di queste malattie;

28) la formazione professionale continua finalizzata all'identificazione dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione dovrebbe essere inserita nei programmi ECM delle Aziende sanitarie e ospedaliere di tutto il territorio nazionale, con corsi di aggiornamento multiprofessionali e *audit* clinici successivi,

impegna il Governo:

- 1) ad implementare progetti di divulgazione e di sensibilizzazione nelle scuole per la promozione di un sano rapporto con il cibo, sviluppando una necessaria consapevolezza critica verso messaggi mediatici sbagliati che associano bellezza e magrezza e che possono favorire l'insorgenza di disturbi del comportamento alimentare;
- 2) ad adottare iniziative per istituire e disciplinare la figura dello psicologo delle cure primarie affinché sia negli studi dei medici di medicina generale sia in ambito scolastico sia garantito il necessario supporto alle famiglie e ai giovani e sia individuata precocemente la presenza di un disturbo del comportamento alimentare;
- 3) ad adottare iniziative normative, anche in sede europea, per disciplinare le attività di agenzie, società e federazioni di moda affinché si avvalgano solo di modelle e modelli in possesso di un certificato medico attestante una sana e robusta costituzione e un valore dell'indice di massa corporea (Bmi) superiore a 18,5 e prevedere un sistema sanzionatorio commisurato alla gravità dell'inosservanza delle regole;
- 4) ad adottare, anche alla luce del preoccupante aumento dei casi di disturbi alimentari legato anche all'emergenza Covid, iniziative volte ad implementare sensibilmente le strutture e la rete di intervento completa in tutti i vari livelli di assistenza, ambulatorio, *day-hospital*, ricovero ospedaliero e residenzialità extra-ospedaliera, al fine di garantire l'appropriatezza dell'assistenza, con particolare riguardo alla presa in carico globale del paziente e dei suoi familiari in tutte le varie fasi del trattamento, avendo cura di garantire sull'intero territorio nazionale equità ed uniformità nell'accesso all'assistenza;
- 5) ad istituire, presso il Ministero della salute, l'Osservatorio nazionale sui disturbi della nutrizione e dell'alimentazione con il compito di redigere il Piano nazionale dei disturbi dell'alimentazione e della nutrizione, di durata triennale, promuovere la raccolta di dati statistici ed effettuare studi epidemiologici sulle patologie afferenti ai disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, anche con riferimento alle diverse situazioni territoriali, al fine di individuare aree prioritarie d'intervento verso cui indirizzare azioni e iniziative per la prevenzione e per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione;
- 6) ad adottare iniziative di competenza volte a prevedere che, in sede di attuazione dei programmi obbligatori di formazione continua in medicina di cui all'articolo 16-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, la Commissione nazionale per la formazione continua, di cui all'articolo 2, comma 357, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, disponga che l'aggiornamento periodico del personale operante presso le strutture sanitarie e socio-sanitarie impegnato nei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione nonché dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta sia realizzato attraverso il conseguimento di un congruo numero di crediti formativi in percorsi formativi concernenti i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione;

- 7) a mettere in campo ogni iniziativa utile per attuare uniformemente in tutto il territorio nazionale il cosiddetto « percorso Lilla », quale approccio multidisciplinare finalizzato ad intercettare i soggetti con disturbi alimentari e avviare il più idoneo percorso terapeutico specialistico integrato, coinvolgendo anche le associazioni di pazienti e familiari e gli esperti del settore;
- 8) ad elaborare un Piano nazionale dei disturbi dell'alimentazione e della nutrizione al fine di armonizzare a livello nazionale gli interventi, migliorare l'organizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari, sollecitare una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza e contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da disturbi alimentari;
- 9) in occasione del prossimo aggiornamento dei Lea, ad includere l'anorexia nervosa, la bulimia nervosa e i disturbi da alimentazione incontrollata (Bed) « Disturbo da alimentazione incontrollata » (*Binge Eating Disorder*) nell'elenco delle patologie croniche invalidanti per le quali è prevista l'esenzione;
- 10) a promuovere lo sviluppo e la diffusione di *app* gratuite destinate a veicolare, soprattutto nei contesti giovanili o più esposti, informazioni sulla nutrizione e l'educazione a una sana e corretta alimentazione;
- 11) ad attivare e finanziare campagne di comunicazione istituzionale per la diffusione di una sana e corretta alimentazione, allo scopo di prevenire i disturbi legati all'alimentazione, promuovere il benessere psico-fisico e stili di vita salutari, anche collaborando con le organizzazioni sportive affinché in occasione delle maggiori competizioni sportive agonistiche nazionali e internazionali siano veicolati messaggi salutari sull'alimentazione e sullo sport.
- (1-00170) « Quartini, Di Lauro, Marianna Ricciardi, Sportiello, Auriemma ».

MOZIONE DE MARIA ED ALTRI N. 1-00144 CONCERNENTE INIZIATIVE DI COMPETENZA IN RELAZIONE ALLA STRAGE DI BOLOGNA, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AL PROCESSO DI DESECRETAZIONE DEGLI ATTI

Mozione

La Camera,

premessi che:

1) alle 10:25 di sabato 2 agosto 1980, un ordigno ad altissimo potenziale esplose nella sala d'aspetto di seconda classe della stazione ferroviaria di Bologna. L'esplosione provocò il crollo della struttura sovrastante le sale d'aspetto e di trenta metri della pensilina. Investì anche due vetture di un treno in sosta al primo binario. L'esplosione causò la morte di 85 persone e il ferimento o la mutilazione di oltre 200. La vittima più piccola aveva solo 3 anni, la più anziana 86;

2) le vittime erano persone comuni, provenivano da 50 città diverse d'Italia, tra loro anche diversi stranieri. Lavoratori comuni, giovani turisti, coppie, studenti e familiari in attesa di parenti con cui condividere quell'afosa estate. « Semplicemente persone che non avevano nessun connotato politico, se non quello di essere i bersagli pianificati dalla folle strategia neofascista della strage indiscriminata », come ha scritto Paolo Bolognesi, Presidente della « Associazione Familiari Vittime della Strage alla Stazione di Bologna del 2 agosto 1980 », associazione costituitasi per tenere viva la memoria di quella tragedia e il ricordo delle vittime oltre che per « ottenere con tutte le iniziative possibili la giustizia dovuta »;

3) Norberto Bobbio ha scritto che la strage è, fra « tutte le azioni delittuose,

quella che più si avvicina al male radicale: è il massimo delitto, l'omicidio, diretto consapevolmente contro gli innocenti »;

4) « l'immagine della stazione ferroviaria con l'orologio fermo al minuto della tremenda esplosione — per usare le parole del Presidente della Repubblica, Sergio Mattarella — è divenuta simbolo della disumanità del terrorismo, dell'attacco sferrato al cuore della democrazia italiana e della risposta, ferma e solidale, che la società e lo Stato seppero dare agli eversori assassini »;

5) quel 2 agosto di quarantatré anni fa cominciò una delle più difficili indagini della storia giudiziaria italiana, il cui iter processuale, anche a causa dei tanti tentativi di depistaggio, non è ancora giunto definitivamente a conclusione;

6) ad oggi, sono stati condannati in via definitiva come esecutori materiali i terroristi neofascisti dei Nuclei Armati Rivoluzionari (Nar) Giusva Fioravanti, Francesca Mambro e Luigi Ciavardini, e per attività di depistaggio il « Gran Maestro » della loggia massonica P2, Licio Gelli, gli ufficiali dei servizi segreti Pietro Musumeci (P2) e Francesco Belmonte e il faccendiere Francesco Pazienza;

7) con un'altra sentenza precedente (Corte d'assise di Bologna, sentenza del 9 gennaio 2020, depositata il 7 gennaio 2021) è stato condannato all'ergastolo, colpevole di concorso nel reato di strage, Gilberto Cavallini dei Nar;

8) mercoledì 5 aprile 2023, sono state depositate le motivazioni della sentenza pronunciata il 6 aprile 2022, dalla Corte di assise di Bologna, del cosiddetto processo ai mandanti per la strage alla stazione di Bologna, che ha condannato all'ergastolo Paolo Bellini, a sei anni Piergiorgio Segatel, l'ex capitano dei Carabinieri, accusato di depistaggio, e a quattro anni Domenico Catracchia, accusato di false informazioni al pubblico ministero al fine di sviare le indagini, ex amministratore di condomini di via Gradoli a Roma, dove i Nar nel 1981 avevano ben due covi, ai numeri civici 65 e 96, lo stesso civico dove ha vissuto il capo delle BR Mario Moretti durante il sequestro Moro, nel 1978;

9) si tratta di sentenze di primo grado ma supportate da elementi probatori importanti che hanno permesso di fare luce su alcuni aspetti cruciali della vicenda. « Si è finalmente giunti – si legge nella sentenza a pagina 1069 – a porre un punto fermo che considera la strage del 2 agosto 1980 a Bologna come il momento conclusivo, sia pure *sui generis* ed atipico rispetto ai momenti precedenti della cosiddetta strategia della tensione. È ormai appurato ... che la compagine degli esecutori materiali non agiva nel vuoto di strategia e fuori da contesti politici nazionali e probabilmente internazionali. Gli esecutori erano strettamente collegati a chi la strage aveva deciso, agevolato e finanziato, attraverso una fitta rete di legami e di mediazioni, di cui tuttavia si intravede ora il vertice, come è stato per le stragi politiche dei primi anni Settanta ... »;

10) la sentenza collega la bomba alla stazione di Bologna alla strategia della tensione inaugurata in Piazza Fontana a Milano nel 1969, cambia il quadro generale, i riferimenti politici ma non il progetto eversivo finalizzato all'instaurazione di uno Stato autoritario;

11) la sentenza smonta la teoria della strage frutto della semplice azione dello « spontaneismo armato » di un gruppo armato di neofascisti. « Se ne è tratta la ragionevole conclusione che nella strage

del 2 agosto 1980 furono coinvolti personaggi di almeno tre formazioni della destra eversiva: i Nuclei Armati Rivoluzionari, Terza Posizione e Ordine Nuovo » (pagina 930 della sentenza). È la « strategia dell'arcipelago »: i gruppi non perdono autonomia e identità ma si raccordano in funzione di una politica comune;

12) il processo si è concluso con la condanna del neofascista Paolo Bellini, oltre a due imputati (Luigi Segatel e Domenico Catracchia) per avere sviato le indagini, ma alla base stava la cosiddetta « inchiesta mandanti »: le indagini sul livello superiore rispetto a quello degli esecutori materiali della strage. « La strage di Bologna ha avuto dei “mandanti” tra i soggetti indicati nel capo d'imputazione, non una generica indicazione concettuale, ma nomi e cognomi nei confronti dei quali il quadro indiziario è talmente corposo da giustificare l'assunzione di uno scenario politico, caratterizzato dalle attività e dai ruoli svolti nella politica interna e internazionale da quelle figure, quale contesto, operativo della strage di Bologna » (pagina 1070 della sentenza);

13) i soggetti indicati nel capo d'imputazione sono: Licio Gelli, il capo della P2 e il suo braccio destro Umberto Ortolani, in qualità di mandanti finanziatori; Federico Umberto d'Amato, il potentissimo capo dell'Ufficio affari riservati del Viminale e il senatore Mario Tedeschi, il primo in qualità di mandante organizzatore, il secondo principalmente per l'attività di depistaggio. Costoro sono tutti morti, « sono quindi non imputabili, nei loro confronti non è possibile elevare alcuna imputazione formale », pur essendo possibile richiamarne il ruolo nel contesto di un'imputazione riguardante altri, in quanto la posizione semplicemente « storica » rilevi nella ricostruzione e nell'accertamento delle responsabilità dei giudicabili, valutazione incidentale e indiretta, « storica », esclusa ogni valutazione di responsabilità giuridica (così in nota alla pagina 781). Ancora meno questa circostanza può rimuovere il dovere di preservare la memoria di quei tragici fatti e delle responsabilità di quanto accaduto;

14) la sentenza oltre ad illuminare il secondo livello della strage neofascista, ricostruisce l'efficace rete di protezione costruita intorno a Paolo Bellini, uomo di raccordo tra esecutori materiali e mandanti-organizzatori-finanziatori;

15) nella sentenza viene ampiamente ricostruito il ruolo svolto da Mario Tedeschi dal lontano 1965, con l'operazione « manifesti cinesi » fino al 1980. Si ricorda, tra l'altro, il tentativo di depistaggio con la pista palestinese, sostenuta con gli articoli apparsi sul giornale « *Il Borghese* » a firma dello stesso Tedeschi e in qualche modo « sponsorizzata » anche da Licio Gelli;

16) per consentire la ricostruzione dei gravissimi eventi che, negli anni compresi tra il 1969 ed il 1984, hanno segnato la storia del nostro Paese, il Presidente del Consiglio dei ministri, Matteo Renzi, con direttiva del 22 aprile 2014 ha disposto la declassifica e il versamento anticipato all'Archivio centrale dello Stato e agli Archivi di Stato, da parte di tutte le amministrazioni dello Stato interessate, ivi compresi gli organismi di informazione per la sicurezza, della documentazione da questi detenuta relativa agli eventi di Piazza Fontana a Milano (1969), di Gioia Tauro (1970), di Peteano (1972), della Questura di Milano (1973), di Piazza della Loggia a Brescia (1974), dell'*Italicus* (1974), di Ustica (1980), della stazione di Bologna (1980), del Rapido 904 (1984);

17) al fine di estendere l'ambito oggettivo di applicazione della direttiva del 2014, è stata adottata la direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri, Mario Draghi, del 2 agosto 2021, con la quale si è stabilito di ampliare i criteri di individuazione della documentazione da sottoporre a desecretazione, comprendendovi documenti relativi ad altre tematiche oltre quelle già oggetto della precedente direttiva. In particolare, con la nuova direttiva si rende consultabile la documentazione concernente l'organizzazione Gladio e quella relativa alla loggia massonica P2, « corrispondendo in tal modo ad un'esigenza assai avvertita anche dall'opinione pubblica »;

18) la desecretazione di atti e documenti relativi alle stragi ed al terrorismo ha rappresentato una scelta di grande responsabilità ed importanza;

19) le motivazioni della sentenza della Corte di assise di Bologna sul nuovo processo per la strage del 2 agosto hanno aperto nuovi squarci di verità sugli anni tragici della strategia della tensione;

20) il Governo ha deciso, senza consultare le associazioni che ne fanno parte, di modificare, senza una giustificazione di merito, la composizione della commissione consultiva sulla desecretazione degli atti delle stragi;

21) i rappresentanti dell'Associazione 2 Agosto e quelli dell'associazione che riunisce i familiari delle vittime di Ustica temono che sia in atto « una strategia a largo spettro » per riscrivere la storia delle stragi e dei processi, che diventi un'occasione per creare un clima che interferisca con i processi d'appello sulla strage a Gilberto Cavallini e Paolo Bellini le cui sentenze di primo grado hanno respinto molto nettamente la cosiddetta pista palestinese,

impegna il Governo:

- 1) fermo restando il diritto sancito dalla Costituzione alla presunzione di innocenza nei confronti delle singole persone coinvolte fino ad eventuale condanna definitiva e al pieno rispetto delle garanzie per gli imputati, ad adottare iniziative volte a garantire, per quanto di competenza, lo svolgimento sereno e senza interferenze dei processi, ancora non conclusi, riguardanti la stagione stragista che ha insanguinato l'Italia e ha visto collaborare insieme neofascisti, logge massoniche segrete ed agenti infedeli degli apparati di sicurezza;
- 2) a porre in essere tutte le iniziative opportune affinché prosegua proficuamente, in collaborazione fattiva e trasparente con i rappresentati delle associazioni, l'attività di desecretazione

degli atti delle stragi che hanno segnato la storia recente del nostro Paese e il versamento anticipato all'Archivio centrale dello Stato e agli Archivi di Stato, il superamento delle criticità riscontrate in passato, anche attraverso una semplificazione normativa, il finanziamento degli interventi necessari per consentire la gestione, la ricerca e la consultazione corretta ed efficace dei documenti digitalizzati.

(1-00144) « De Maria, Braga, Zanella, Merola, Amendola, Barbagallo, Berruto, Boldrini, Carè, Cu-

perlo, D'Alfonso, De Luca, Di Sanzo, Fassino, Forattini, Fornaro, Furfaro, Ghio, Girelli, Graziano, Gribaudo, Iacono, Lacarra, Lai, Laus, Malavasi, Manzi, Marino, Orlando, Pelluffo, Porta, Toni Ricciardi, Roggiani, Andrea Rossi, Saracino, Scotto, Serracchiani, Simiani, Stefanazzi, Tabacci, Vaccari, Zingaretti, Bonelli, Borrelli, Dori, Evi, Fratoianni, Ghirra, Grimaldi, Mari, Piccolotti, Zaratti ».

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



19ALA0047800