

1-536 nuova formulazione

La Camera,

premesso che:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

osservato in particolare nei Paesi che presentavano bassi livelli di disoccupazione nel periodo precedente la crisi, nei Paesi con livelli più elevati di perdita di posti di lavoro e negli uomini; ad oggi, la pandemia da COVID-19 sta esercitando un impatto particolarmente grave sulle condotte suicidarie all'interno del quadro descritto, già allarmante in precedenza. Alcuni dati rilevanti riguardo allo stato dell'arte emergono dalle rilevazioni condotte da enti di ricerca che si occupano di determinate categorie di soggetti a rischio e fasce di età specifiche della popolazione; negli ultimi mesi, tra ottobre 2020 e gennaio 2021, nell'unità operativa complessa di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma è stato registrato un incremento del 30 per cento dei tentativi di suicidio e degli atti di autolesionismo e il reparto risultava occupato al 100 per cento, mentre negli altri anni, di media, il dato si attestava intorno al 70 per cento; tra febbraio 2020 e febbraio 2021 è stato registrato un aumento del 32 per cento delle richieste legate alla salute mentale, come l'ideazione suicidaria, gli atti autolesivi e i tentativi di suicidio, pervenute al servizio 114 "Emergenza infanzia" promosso dal Dipartimento per le politiche della famiglia e gestito da Telefono azzurro; un recente studio, che ha coinvolto genitori di bambini e adolescenti in Italia, Spagna e Portogallo, ha evidenziato che il 19 per cento dei bambini e il 38 per cento degli adolescenti mostrano sintomi di ansia e depressione e che c'è stato un netto incremento di questi livelli rispetto a quelli riportati in altri studi condotti negli stessi Paesi nel periodo pre-COVID-19; già nel 2008, in una comunicazione presentata al XXIV congresso nazionale della Società italiana neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Sinpia), dal titolo «Complessità e specificità in neuropsichiatria dell'età evolutiva: lo sviluppo delle conoscenze e il miglioramento delle cure», la Sinpia poneva in risalto le questioni relative al ricovero e all'emergenza psichiatrica in adolescenza che non riuscivano già allora a diventare una priorità organizzativa nazionale, nonostante l'allarme periodico sul fenomeno e l'evidenza di un incremento del numero di ricoveri per disturbi psichici dei minori e nonostante «gli studi epidemiologici indichino che tra il 18 per cento e il 21 per cento dei minori presenta, nel corso degli anni, un disturbo psicopatologico che comporta un *impairment* rilevante e che, nell'arco di tutta l'adolescenza, si stima che tra il 9 e il 13 per cento dei ragazzi e delle ragazze possa presentare una patologia psichiatrica tale da richiedere una presa in carico da parte dei servizi di salute mentale»; risultano perciò essenziali il monitoraggio dell'andamento delle condizioni psicologiche degli italiani e la costruzione di una rete di supporto per i soggetti più vulnerabili e a rischio; i dati sono allarmanti anche in riferimento agli imprenditori, categoria maggiormente colpita dai suicidi per motivazioni economiche. L'omonimo osservatorio, che cerca di reperire questa sezione specifica di dati, riporta un aumento del 79,5 per cento dei suicidi per motivazioni economiche e un aumento del 78,3 per cento dei tentativi di suicidio; un'altra categoria gravemente colpita è quella delle donne vittime di violenza. Dal VII rapporto Eures sul femminicidio/suicidio in Italia, emerge che da marzo a ottobre 2020, periodo dell'attività più intensa del Coronavirus e dell'adozione delle misure più restrittive, l'incremento dei cosiddetti femminicidi-suicidi è aumentato del 90,3 per cento; il rischio di suicidio è poi accresciuto per le persone che, essendo portatrici di fattori di discriminazione, corrono maggiormente il pericolo di subire fenomeni di aggressione, emarginazione ed esclusione. Tra questi particolarmente preoccupanti sono i dati riferibili a persone LGBTIQ+; il suicidio nelle Forze armate e nei Corpi di polizia in Italia è un fenomeno diffuso e trasversale e tra i militari e i poliziotti si registrano tassi di suicidio maggiori rispetto ad altre categorie professionali; si rileva che spesso gli stati psicologici disfunzionali accusati dai militari vengono

celati e tenuti nascosti, poiché esiste una riluttanza a manifestare tali forme di disagio, al fine di impedire la compromissione della propria carriera lavorativa o, in situazioni limite, per non risultare soggetti alla destituzione dal proprio incarico;

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

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

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

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

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

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

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

è noto a livello internazionale che le linee telefoniche di aiuto rappresentano un supporto importante in grado di ridurre con successo l'ideazione suicidaria e la tendenza agli atti di autolesionismo. Ad oggi, in Italia esistono alcune linee telefoniche attive di cui alcune pubbliche, altre private e gestite da organizzazioni di volontariato. Sul versante pubblico, oltre al già citato servizio sono degne di

nota alcun esperienze di settore come un servizio pubblico di supporto psicologico presso la Regione Veneto, denominato Servizio inOltre, attivo attraverso un numero verde gratuito, che offre risposta 24h e 7 gg, per tutte le situazioni di crisi. Tale servizio rappresenta un *unicum* sul territorio e rappresenta un modello di analisi e intervento importante, provvisto di uno strumento di analisi del rischio suicidario, attraverso una scala di valutazione che rappresenta un *triage* della salute mentale;

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

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

il periodo perinatale - inteso come il periodo che va dal concepimento al compimento del primo anno di vita del bambino - è fra i momenti emotivamente più importanti nella vita di una donna. Dopo il parto dal 30 per cento al 75 per cento delle donne sperimenta un disturbo dell'umore transitorio (chiamato *maternity blues*) che tende a risolversi spontaneamente entro una decina di giorni dal parto. Per alcune donne, invece, il periodo perinatale può essere offuscato dai sintomi di una condizione psicologica più seria e invalidante, che si ripresenta o esordisce in questo momento della vita. I disturbi più comuni sono quelli d'ansia e depressivi, che arrivano a colpire dal 10 per cento al 15 per cento delle donne nel periodo perinatale. Questi possono avere un impatto sugli esiti ostetrici ed esercitare un effetto negativo a lungo termine sulla salute della donna e del bambino. Per questo, se i disturbi si manifestano, è molto importante che sia disponibile un accesso tempestivo alla presa in carico della donna e alle cure; inoltre, dai dati emerge che circa il 60 per cento delle donne decedute per suicidio materno risulta avere una precedente "storia psichiatrica" e che oltre i 3/4 delle diagnosi di disturbo mentale grave non sono state registrate con le informazioni ostetriche;

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

impegna il Governo:

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

- 5) ad adottare le iniziative di competenza per inserire un sistema di rilevamento diagnostico, come un codice identificativo, nel sistema sanitario digitale, al fine di poter indagare al meglio eventuali tentativi di suicidio, nella casistica determinata dai protocolli stabiliti dagli enti preposti, nonché al fine di rispondere al più importante rischio suicidario citato in premessa;
- 6) a promuovere campagne di sensibilizzazione e prevenzione all'interno delle scuole, a partire dalla scuola primaria, attraverso:
 - a) la predisposizione di *training* specifici per gli operatori scolastici, perché siano nelle condizioni di fornire collegamenti chiari con i professionisti di settore;
 - b) l'inserimento, all'interno della programmazione scolastica, dell'educazione emotiva;
 - c) l'inserimento di progetti dedicati e di momenti di confronto nelle scuole secondarie di primo e di secondo grado finalizzati a migliorare la conoscenza e la prevenzione del suicidio nell'età dell'adolescenza, evidenziando i rischi derivanti dal bullismo, dal cyberbullismo e da ogni fenomeno che possa comportare un disagio tale da condurre a pratiche di autolesionismo, a ideazione suicidaria o al suicidio;
 - d) la realizzazione di *peer support programs*, cioè programmi per assicurare un efficace sostegno tra coetanei;
- 7) ad adottare le iniziative di competenza per stanziare risorse dedicate all'assunzione ed alla formazione di personale qualificato nelle reti territoriali e di intervento, affinché ci siano persone specificamente addestrate a rispondere alle esigenze;
- 8) al fine di acquisire maggiori conoscenze sul tema, ad adottare iniziative per prevedere uno stanziamento specifico e sufficiente per la ricerca scientifica del settore in generale, che includa il finanziamento di borse di studio dedicate e la promozione di collaborazioni scientifico/istituzionali, nonché per orientare le ricerche sulle cause contingenti, di ogni genere, che presentano il rischio di un aumento dell'incidenza dei fenomeni suicidari;
- 9) ad adottare iniziative efficaci per consentire l'accesso alle cure ad un numero sempre maggiore di cittadini e per incentivare attività di *follow up* per monitorare nel tempo lo stato di avanzamento dei programmi di sostegno;
- 10) a promuovere servizi di *postvention*, volti ad offrire supporto alle persone suscettibili al contagio;
- 11) al fine di tutelare in particolare, ma non solo, i minori, ad adottare iniziative per disincentivare l'istigazione al suicidio, impedendo l'accesso ai siti *web* che incoraggiano il ricorso a pratiche di autolesionismo;
- 12) a predisporre una specifica applicazione digitale interattiva per preadolescenti, adolescenti e giovani adulti, che contenga informazioni utili al riconoscimento del disagio psichico, informazioni psicoeducative per la salute mentale e numeri utili per entrare in contatto con i servizi territoriali dedicati, valutando la possibilità di potenziare i servizi offerti dagli psicologi scolastici;
- 13) a promuovere campagne di informazione, prevenzione e di sensibilizzazione a livello nazionale estese a tutta la popolazione, offrendo linee guida in Conferenza Stato-regioni, al fine di uniformare i processi di intervento, ferme restando le specifiche competenze regionali;
- 14) con particolare riferimento ad alcune tipologie di suicidio condotte da giovani e adolescenti, ad adottare iniziative per finalizzare il proprio operato in tema di prevenzione del suicidio in ambiente domestico, a partire dalla realizzazione di campagne informative volte alla promozione delle migliori misure di detenzione delle armi e della consapevolezza del rischio suicidario da esse derivanti, monitorando gli aggiornamenti scientifici e le migliori pratiche politiche condotte a livello internazionale;
- 15) a valutare la possibilità di istituire un tavolo di lavoro specifico, con il coinvolgimento di associazioni e altri enti che si occupano in modo specifico delle persone più sensibili alla tematica:

adolescenti e vittime di bullismo, imprenditori in crisi, persone economicamente vulnerabili, membri della comunità LGBTQ+, persone con problemi di dipendenza da alcool e sostanze stupefacenti, nonché ogni categoria esistente che necessiti della dovuta attenzione;

16) a promuovere, nel quadro degli interventi per contrastare il fenomeno dei suicidi, progetti che abbiano finalità socializzanti e formative aperte alla popolazione, mediante percorsi multidisciplinari integrati capaci di soddisfare tempestivamente le esigenze dei pazienti e delle famiglie;

17) ad adottare le iniziative di competenza affinché si attivino servizi di intervento psicologico, attraverso risorse già operanti all'interno delle Forze armate e dei Corpi di polizia, per il trattamento delle forme di sofferenza psicologica dei dipendenti, con particolare riferimento alla prevenzione del suicidio, predisponendo specifici programmi di formazione professionale per i professionisti operanti all'interno del Corpo di riferimento deputati agli incarichi esposti in precedenza, e affinché si incentivino l'utilizzo di risorse esterne, come professionisti non operanti all'interno delle Forze armate e dei Corpi di polizia, al fine di rispondere alle esigenze precedentemente esposte, ponendo un argine all'effetto stigma che impedisce in molti casi un'efficace richiesta di intervento e un conseguente efficace rendimento dello stesso;

18) sempre con particolare riferimento alle categorie indicate nel precedente impegno, a predisporre una specifica applicazione digitale utile al supporto tra pari, a modello delle migliori pratiche esistenti a livello internazionale;

19) ad adottare, in funzione della prevenzione dei suicidi, iniziative per introdurre servizi specialistici dedicati alla salute mentale perinatale, garantendo la continuità dell'assistenza e la strutturazione di politiche attive che forniscano supporto alle gestanti;

20) a valutare l'opportunità di supportare le attività delle associazioni di volontariato e dei gruppi di auto mutuo aiuto e altre iniziative di carattere umanitario che operino nel settore della prevenzione del suicidio;

21) a presentare alle Camere una relazione annuale sull'aggiornamento delle condizioni del Paese in relazione al tema del suicidio, della prevenzione dello stesso e dei fenomeni ad esso collegati, sullo stato delle conoscenze, delle nuove acquisizioni scientifiche di settore, nonché dell'efficacia della strategia nazionale di prevenzione del suicidio.

(1-00536) *(Nuova formulazione)* «Romaniello, Azzolina, Panizzut, Delrio, Cappellacci, Ferri, Bersani, Carelli, Sapia, Trizzino, Cecconi, Ehm, Vianello, Nappi, Termini, Siragusa, Fioramonti, Suriano, Maniero, Raduzzi, Villarosa, Quartapelle Procopio, Vitiello, Fornaro, Sensi, Andrea Romano, Boldrini, Carnevali, Siani, Ianaro, Bologna, Colmellere, Sarli, Noja».

(20 ottobre 2021)