



Senato della Repubblica



Camera dei deputati

Giunte e Commissioni

XVIII LEGISLATURA

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

n. 11

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

SEGUITO DELL'INDAGINE CONOSCITIVA SULLE FORME  
DI VIOLENZA FRA I MINORI E AI DANNI DI BAMBINI  
E ADOLESCENTI: AUDIZIONE DEL MINISTRO  
DELLA SALUTE, ROBERTO SPERANZA

45<sup>a</sup> seduta: mercoledì 14 ottobre 2020

Presidenza del presidente RONZULLI

**I N D I C E****Sulle misure di prevenzione della diffusione del virus Covid-19**

PRESIDENTE:

- RONZULLI (*FIBP-UDC*), senatrice . . . . Pag. 3**Sulla pubblicità dei lavori**

PRESIDENTE:

- RONZULLI (*FIBP-UDC*), senatrice . . . . Pag. 3**Audizione del Ministro della salute**

PRESIDENTE:

- RONZULLI (*FIBP-UDC*), senatrice . Pag. 3, 14,  
18 e *passim*PILLON (*L-SP-PSd'AZ*), senatore . . . . . 14BINETTI (*FIBP-UDC*), senatrice . . . . . 15SIANI (*PD*), deputato . . . . . 16SAPONARA (*L-SP-PSd'AZ*), senatrice . . . . 18CAVANDOLI (*Lega*), deputata . . . . . 19BELLUCCI (*FDI*), deputata . . . . . 21VERSACE (*FI*), deputata . . . . . 23

SPERANZA, ministro della salute . . . . .Pag. 4, 24

Sigle dei Gruppi parlamentari del Senato della Repubblica: Forza Italia-Berlusconi Presidente: Forza Italia Berlusconi Presidente-UDC: *FIBP-UDC*; Fratelli d'Italia: *FdI*; Italia Viva-P.S.I.: *IV-PSI*; Lega-Salvini Premier-Partito Sardo d'Azione: *L-SP-PSd'Az*; MoVimento 5 Stelle: *M5S*; Partito Democratico: *PD*; Per le Autonomie (*SVP-PATT, UV*): *Aut (SVP-PATT, UV)*; Misto: Misto; Misto-IDEA e CAMBIAMO: Misto-IeC; Misto-Liberi e Uguali: Misto-LeU; Misto-MAIE: Misto-MAIE; Misto-Più Europa con Emma Bonino: Misto-PEcEB.

Sigle dei Gruppi parlamentari della Camera dei deputati: Movimento 5 Stelle: *M5S*; Lega – Salvini Premier: *Lega*; Forza Italia – Berlusconi Presidente: *FI*; Partito Democratico: *PD*; Fratelli d'Italia: *FDI*; Italia Viva: *IV*; Misto-Noi Con l'Italia-USEI-Cambiamo!-Alleanza di Centro: *M-NI-USEI-C!-AC*; Liberi e Uguali: *LEU*; Misto: Misto; Misto-Minoranze Linguistiche: Misto-MIN.LING.; Misto-Centro Democratico-Radicali Italiani-+Europa: Misto-CD-RI-+E; Misto-MAIE-Movimento Associativo Italiani all'Estero: Misto-MAIE; Misto-Popolo Protagonista-Alternativa Popolare(AP)-Partito Socialista Italiano(PSI): Misto-PP-AP-PSI.

*Interviene, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, il ministro della salute, Roberto Speranza.*

*I lavori hanno inizio alle ore 8,25.*

*(Si approva il processo verbale della seduta precedente)*

#### **Sulle misure di prevenzione della diffusione del virus Covid-19**

PRESIDENTE. Ricordo a tutti i presenti che è obbligatorio indossare correttamente durante tutta la seduta, interventi compresi, le mascherine protettive e filtranti. È inoltre obbligatorio mantenere sempre la distanza interpersonale di sicurezza di almeno un metro. Durante la seduta è consentito prendere la parola senza l'utilizzo della mascherina solo nella postazione a ciò riservata.

#### *SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI*

PRESIDENTE. Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento del Senato, è stata richiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo, con contestuale registrazione audio, e che la Presidenza del Senato ha fatto preventivamente conoscere il proprio assenso. I lavori della Commissione, che saranno oggetto di registrazione, potranno essere quindi seguiti in diretta – dall'esterno – sia sulla *web TV* Camera che su quella del Senato.

Avverto che dell'audizione odierna verranno redatti e pubblicati il Resoconto sommario e il Resoconto stenografico.

Se non vi sono osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

#### **Seguito dell'indagine conoscitiva sulle forme di violenza fra i minori e ai danni di bambini e adolescenti: audizione del Ministro della salute**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sulle forme di violenza fra i minori e ai danni di bambini e adolescenti. È oggi prevista l'audizione del Ministro della salute, Roberto Speranza.

Ringrazio di cuore il ministro Roberto Speranza per la disponibilità, soprattutto in un momento difficile come questo, a partecipare ai lavori della Commissione: è un gesto di grande attenzione nei confronti non sol-

tanto dei membri di questo organismo, quanto soprattutto di tutto il mondo dell'infanzia e dell'adolescenza.

Abbiamo chiesto al signor Ministro il suo autorevole contributo sulle questioni afferenti alla violenza tra minori e ai danni dei bambini adolescenti. In particolare, sarebbe opportuno approfondire il tema dell'aumento dei crimini e degli abusi nel periodo del *lockdown*, sia tra le mura domestiche che attraverso il *web*. Vorremmo inoltre conoscere quali misure intende adottare l'Esecutivo per evitare una nuova recrudescenza, nel caso – che ovviamente noi tutti non ci auguriamo – di nuove chiusure, anche limitate ad alcune zone.

In qualità di Presidente della Commissione per l'infanzia e l'adolescenza non posso non approfittare della presenza del Ministro della salute per sottolineare l'impatto delle decisioni prese dal Governo con il nuovo decreto del Presidente del Consiglio dei ministri sul mondo dell'infanzia e dell'adolescenza; mi riferisco, in particolare, ai problemi relativi al trasporto scolastico, che desta tantissima ansia anche in alcuni Presidenti di Regione e ovviamente soprattutto nelle famiglie.

Inoltre, a proposito di scuola, in questa Commissione abbiamo sovente dibattuto sulla reintroduzione della figura del medico scolastico, anche per individuare eventuali vittime di violenza domestica, e vorremmo in proposito conoscere la posizione del Governo.

Chiedo al Ministro se intenda affrontare altresì il tema della carenza dei vaccini antinfluenzali, che preoccupa chi in famiglia ha figli piccoli o bambini fragili, considerata l'importanza dell'immunizzazione dall'influenza stagionale in questo momento emergenziale. Onorevole Di Giorgi, so che non è argomento dell'audizione, ma come Presidente della Commissione per l'infanzia e l'adolescenza ho ritenuto opportuno approfittare della presenza del Ministro, il quale, se vorrà, ci risponderà.

Ringrazio ancora il ministro Speranza per la sua disponibilità, già dimostrata nei mesi passati, anche se l'emergenza connessa al Covid-19 aveva finora impedito lo svolgimento dell'audizione.

Prego, la parola al Ministro.

*SPERANZA, ministro della salute.* Signor Presidente, onorevoli deputati e onorevoli senatori, è con grande interesse che intervengo presso questa Commissione per riferire in merito alle iniziative promosse dal Ministero della salute per la prevenzione e il contrasto dei fenomeni dell'abuso e dello sfruttamento dei minori.

Chiaramente la mia relazione verterà sulle iniziative del Ministero della salute in senso lato su questa materia; proverò, poi, in coda a rispondere alle sollecitazioni del Presidente e chiaramente sono a disposizione per qualsiasi domanda, anche qualora dovesse esulare dalle competenze della Commissione. Credo che questo sia doveroso per un membro del Governo che viene a riferire in Commissione.

Non c'è alcun dubbio. Compito nostro è innanzitutto non lasciare soli ed assistere i minori e gli adolescenti colpiti da ogni forma di violenza e mettere in campo un numero sempre crescente di politiche attive di pre-

venzione, in sinergia con istituzioni, associazioni e famiglie. La tutela dell'infanzia e dell'adolescenza è, infatti, l'investimento più importante che le istituzioni possono e devono fare per il futuro delle giovani generazioni e dunque del nostro Paese.

A questo obiettivo, il Servizio sanitario nazionale deve concorrere con determinazione nell'ambito delle proprie competenze. Il tema da tempo è all'attenzione delle principali istituzioni internazionali. Infatti, come è a voi ben noto, l'articolo 19 della Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, ratificata dall'Italia con la legge del 27 maggio 1991, n. 176, prevede che gli Stati adottino ogni misura amministrativa, sociale ed educativa per tutelare i bambini e gli adolescenti contro ogni forma di violenza, fisica o mentale, percosse o abuso, trascuratezza o negligenza, maltrattamento o sfruttamento, incluso l'abuso sessuale.

Tra le diverse tipologie di maltrattamento è ricompresa anche la violenza assistita, situazione nella quale un minorente assiste direttamente o indirettamente o percepisce gli effetti di una violenza compiuta su figure di riferimento; si tratta di un fenomeno drammatico che non può essere in alcun modo sottovalutato.

Già l'Organizzazione mondiale della sanità nel 2012 ha evidenziato che il fenomeno del maltrattamento sui bambini e sulle bambine è un problema di salute pubblica; si tratta di un fenomeno purtroppo rilevante anche nel nostro Paese. I dati tratti dalla prima indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia, condotta nel 2015 per l'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza da Terre des hommes e dal Coordinamento italiano dei servizi contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia, rilevano infatti che tale fenomeno colpisce in Italia il 9,5 per cento della popolazione minorile. Il fenomeno è tanto più grave perché nella maggior parte dei casi si consuma in famiglia, quindi in un contesto di relazioni intime ed affettive che dovrebbe costituire le basi della sicurezza e dell'attaccamento di ogni essere umano. Proprio per questo, le conseguenze sono più gravi nei soggetti in età evolutiva, con possibili danni per lo sviluppo psicofisico ed emotivo.

Per questo motivo, tutti dobbiamo avvertire l'urgenza e l'assoluta necessità di intercettare precocemente le situazioni di violenza e di valutarne attentamente il rischio, per poter intervenire in maniera appropriata nel contesto familiare.

Oltre che nell'ambito familiare, questi fenomeni si manifestano nelle relazioni interpersonali e soprattutto nel contesto scolastico, attraverso i fenomeni del bullismo e del cyberbullismo. Il bullismo è un fenomeno sul quale occorre sempre maggiore attenzione. Le vittime subiscono vessazioni aggressive o comportamenti di esclusione sociale perpetrati da una o più persone, in modo sistematico e con l'intenzione di nuocere, con l'uso della forza fisica o della prevaricazione psicologica. Sono fenomeni che possono davvero sconvolgere la vita dei nostri ragazzi. Il bullismo è l'espressione di una scarsa tolleranza e del rifiuto di accettare chi è diverso per particolari realtà familiari.

Al grave fenomeno del bullismo, nel corso degli anni, a seguito dell'ampio utilizzo dei mezzi di comunicazione *online* da parte di preadolescenti e adolescenti, si è aggiunto un fenomeno altrettanto grave: il cyberbullismo. La facilità di accesso a PC, *smartphone* e *tablet* consente al cyberbullismo di commettere atti di violenza fisica e psicologica anche in anonimato, mediante *social network*, e di offendere la vittima mediante la diffusione di materiale denigratorio (testi, foto, immagini) o la creazione di gruppi «contro». Si tratta di un uso inappropriato della rete, realizzato fuori dal contesto degli adulti, in cui ragazzi si scambiano contenuti violenti, denigratori, discriminatori, rivolti a coetanei considerati diversi per aspetto fisico, abbigliamento, orientamento sessuale, classe sociale o perché stranieri.

La mia opinione in merito è molto netta: la libertà e l'autonomia della rete non possono divenire in alcun caso un paravento dietro il quale si celano violenze inaccettabili nei confronti di minori adolescenti.

La ricerca ha evidenziato l'impatto della violenza sullo sviluppo dei bambini: dalla depressione, alla reiterazione di comportamenti violenti, fino alla diminuzione della capacità di divenire autonomi e indipendenti.

Pertanto, porre fine alla violenza sui minori è di cruciale importanza per i diritti dei bambini e degli adolescenti. È un obiettivo di sviluppo sostenibile importante, che deve prevedere misure concrete a tutela del loro benessere fisico, psichico e sociale. Le sinergie istituzionali sono fondamentali per affrontare le tematiche di prevenzione dell'abuso e della violenza su minori e sono molteplici le azioni necessarie a contrastare tale fenomeno.

È necessario innanzitutto un approccio multisettoriale, potenziando i centri di ascolto sul territorio, per una maggiore attenzione alla salute mentale dei minori, per l'identificazione precoce delle famiglie a rischio, per l'intercettazione dei numerosi segnali di disagio che il minore lancia come richiesta di aiuto. Al riguardo, risultano efficaci il progetto «GenitoriPiù», lo strumento dei corsi di accompagnamento alla nascita e gli interventi di *home visiting*, in quanto consentono di intercettare e sostenere situazioni di fragilità. Inoltre l'individuazione precoce di fattori di rischio e disagio psichico perinatale risulta essenziale per la diagnosi, la cura e l'assistenza della sindrome depressiva *post partum* e un'efficace presa in carico della diade madre-neonato. È il sostegno genitoriale che deve orientare gli ambiti di intervento per la prevenzione del maltrattamento, della salute mentale e della protezione nelle situazioni di deprivazione connesse a disagio sociale e culturale.

Purtroppo il fenomeno della violenza a danno dei minori, specialmente quando collegato ad abuso o maltrattamento in ambito familiare e relazionale, è di complessa misurabilità. Infatti, i casi di violenza sono di difficile osservazione per un soggetto esterno, a causa della mancata emersione, dovuta alla tendenza della vittima e degli aggressori a celare i comportamenti devianti in ambiti sociali ristretti, familiari e amicali.

Caratteristico, infatti, è il fenomeno dell'*under reporting* nelle rilevazioni ufficiali, sia in quelle relative agli eventi criminali, sia in quelle sa-

nitarie. Ecco perché, per programmare interventi mirati di prevenzione e presa in carico e valutarne l'efficacia, è necessario misurare il cosiddetto *burden of disease*. Occorre lavorare per poter disporre di dati sempre più attendibili, che consentano di migliorare l'analisi e lo studio del fenomeno.

Per questo motivo è opportuno affrontare il problema basandosi sempre di più su dati derivanti dai servizi di pronto soccorso ospedaliero e non soltanto sulle denunce alle autorità di aggressioni o maltrattamenti. La rilevazione della violenza presso il pronto soccorso riveste un ruolo determinante nel caso in cui le vittime siano bambini, donne o soggetti per qualche motivo fragili ed indifesi. È sempre più indispensabile applicare protocolli che consentano di raccogliere le testimonianze, aiutando le vittime ad esternare i propri problemi e quindi a provare a chiedere aiuto.

In tale contesto, l'uso di sistemi di codifica efficaci per la rilevazione delle informazioni è uno strumento essenziale. Infatti, l'attenta rilevazione dei casi di violenza e la loro verifica nel tempo permettono di individuare soggetti a rischio che più volte accedono alle cure del pronto soccorso. A tal fine è necessario l'individuazione di indicatori da utilizzare come *screening* durante la prestazione di pronto soccorso, al fine di facilitare l'operatore sanitario nel riconoscimento precoce di casi sospetti.

Ecco perché, nell'ambito dell'attuazione del Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere (di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 7 luglio 2015), il Ministero della salute ha promosso la diffusione presso il pronto soccorso del modello di intervento «codice rosa», attraverso la formazione congiunta degli operatori che operano direttamente nella presa in carico delle vittime di violenza e che costituiscono la rete operativa territoriale. Si tratta di operatori sanitari di pronto soccorso, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, specialisti, ma anche Forze dell'ordine, magistratura, associazioni di volontariato e centri antiviolenza.

Inoltre con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 24 novembre 2017 sono state emanate le Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza sociosanitari alle donne che subiscono violenza, che rafforzeranno ulteriormente le competenze degli operatori sanitari coinvolti nel percorso delle vittime di violenza all'interno del pronto soccorso.

Abbiamo sempre maggiore bisogno di punti di riferimento, che possano venire in contatto con le vittime di violenze e maltrattamenti, anche minori naturalmente, in qualsiasi ambito sociale e professionale. Questo è il prezioso lavoro dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, dei medici competenti del lavoro, di tutto il personale sanitario, ma anche di farmacisti, Forze di polizia, docenti e personale scolastico, ispettori del lavoro, consiglieri di parità provinciali e regionali, volontari del soccorso e, ancora, responsabili di comunità religiose o gruppi sociali, educatori di comunità, operatori che lavorano nell'assistenza domiciliare con anziani o disabili, mediatori culturali.

Serve, io credo, un grande gioco di squadra, per non lasciare soli ed indifesi minori e adolescenti, soggetti a violenze inaccettabili. Le sentinelle antiviolenza rivestono un ruolo strategico e possono attivare la *task force* operativa territoriale. Solo attraverso l'individuazione precoce delle situazioni di violenza è possibile prevenire e contrastare in maniera efficace il fenomeno.

Un altro passo fondamentale è l'educazione in ambito scolastico, che deve avvenire di concerto naturalmente con il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, attesa la centralità della scuola nella relazione con i bambini e i ragazzi di ogni fascia di età.

In questa mia relazione, a proposito delle azioni messe in campo dal Ministero della salute, voglio innanzitutto dar conto dell'attività svolta dal Servizio sanitario nazionale negli ultimi anni, per poi, nella parte finale, soffermarmi anche sulle iniziative alle quali stiamo lavorando in queste settimane relativamente al tema oggetto di questa mia relazione e al *recovery fund*.

Per le finalità della misurazione del fenomeno della violenza a danno dei minori, il Ministero della salute, fin dal 2011, insieme all'Istituto superiore di sanità, ha finanziato e realizzato nell'ambito del programma del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie il progetto «Sistema informativo nazionale sugli infortuni in ambienti di civile abitazione», che si integra con i sistemi attivi a livello locale, con il sistema europeo IDB (*Injury database*) e con il Sistema informativo nazionale delle esposizioni pericolose e delle intossicazioni (SIEPI), attivo presso l'Istituto superiore di sanità.

Con tale progetto è stata avviata una rete di centri di pronto soccorso ospedaliero, che ha adottato la rilevazione semplificata degli incidenti e della violenza conforme alle linee guida dell'Organizzazione mondiale della sanità sulla sorveglianza delle lesioni.

Successivamente, il Ministero della salute ha promosso e finanziato il progetto REVAMP (REpellere Vulnera Ad Mulierem et Puerum), per il controllo e la risposta alla violenza su persone vulnerabili, come la donna e il bambino, e modelli di intervento nelle reti ospedaliere, nei servizi sociosanitari, nonché una prospettiva europea, con il coordinamento dell'Istituto superiore di sanità e con il coinvolgimento di sei Regioni (Piemonte, Lombardia, Toscana, Lazio, Basilicata e Sicilia), finanziata dal Ministero nell'ambito del programma di attività del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie.

Nell'ambito del progetto REVAMP, è stata costituita una rete di sorveglianza epidemiologica della violenza sui soggetti più vulnerabili. Tale sorveglianza, cui hanno partecipato gli ospedali di progetto, ha permesso di caratterizzare le cause esterne delle lesioni intenzionali e, in particolare, la relazione tra la vittima e l'aggressore e il contesto della violenza.

Come precedentemente già ricordato, in tale ambito è fondamentale l'azione del pronto soccorso e si può riassumere nelle seguenti funzioni:

intercettazione e riconoscimento dei casi sospetti;



rilevazione e presa in carico precoce dei casi di violenza e maltrattamento dichiarati;  
percorso diagnostico e terapeutico: diagnosi e primo intervento di cure e sostegno;  
adeguata accoglienza e spazio di ascolto e comprensione della persona;  
avvio di percorsi di tutela, protezione e consapevolezza, grazie alla collaborazione con la rete territoriale;  
corretta segnalazione ai servizi sociali territoriali e all'autorità giudiziaria.

Le fonti di dati sanitari possono fornire un ulteriore utile contributo conoscitivo a supporto del contrasto e della prevenzione del fenomeno, insieme alle altre fonti ufficiali dei dati disponibili (statistiche correnti dell'Istat sulla criminalità, statistiche del Ministero dell'interno, statistiche rilevate dall'indagine multiscope sulle famiglie dell'Istat riguardo alle molestie e alle violenze che gli intervistati dichiarano di aver subito nella minore età).

È necessario inoltre rendere ancora più capillare lo sviluppo di una rete di servizi idonei all'assistenza alle vittime di violenza sessuale domestica, per offrire accoglienza, ascolto e informazione alle donne e ai minori che vi afferiscono. Per tale profilo è fondamentale il coinvolgimento dei servizi dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto.

Anche i nuovi LEA-livelli essenziali di assistenza prevedono, in vari articoli, un potenziamento dei servizi a sostegno della genitorialità e a supporto dei bambini in situazioni di disagio o vittime di maltrattamenti e abusi. In particolare, l'articolo 24 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017 (Assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie) prevede che, nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisca alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche, psicoterapeutiche e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche necessarie ed appropriate.

Attraverso protocolli di intesa, sanciti con il Ministero dell'istruzione dell'università e della ricerca, è stato inoltre definito il coinvolgimento del mondo della scuola per attivare programmi specifici finalizzati alla correzione di stili di vita e comportamenti a rischio (protocollo d'intesa tra il Ministero dell'istruzione dell'università e della ricerca e il Ministero della salute su tutela del diritto alla salute, allo studio e all'inclusione, del 20 febbraio 2019).

Nell'ambito delle attività del Comitato paritetico tra MIUR e Ministero della salute, è prevista una particolare attenzione alla promozione del benessere psicofisico dei bambini e degli adolescenti, anche attraverso

interventi sulle tematiche dell'educazione all'affettività e dell'educazione globale alle relazioni.

Un importante traguardo è stato, poi, raggiunto dalle disposizioni normative contro il fenomeno del cyberbullismo, introdotte nell'ordinamento attraverso la legge 29 maggio 2017, n. 71, recante disposizioni a tutela dei minori per la prevenzione e il contrasto del fenomeno del cyberbullismo. La norma definisce il fenomeno e gli obiettivi di contrasto, caratterizzati da azioni a carattere preventivo e da una strategia di attenzione, tutela ed educazione nei confronti dei minori coinvolti, sia nelle posizioni di vittima, sia in quelle di responsabili di illeciti.

Nel primo semestre 2018 è stato istituito presso il MIUR il tavolo interministeriale sul cyberbullismo, cui partecipa anche il Ministero della salute.

Il Ministero della salute ha preso parte, inoltre, ai lavori per la definizione del quarto Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva, predisposto dall'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, e ha poi collaborato all'attività di monitoraggio sugli obiettivi tematici svolti da quattro gruppi di lavoro su linee di azione per il contrasto alla povertà dei bambini e delle famiglie, servizi socio-educativi per la prima infanzia e qualità del sistema scolastico, strategie e interventi per l'integrazione scolastica e sociale, sostegno alla genitorialità, sistema integrato dei servizi e sistema dell'accoglienza.

Il citato Piano nazionale, definito proprio per rispondere agli impegni assunti dall'Italia per dare attuazione ai contenuti della Convenzione sui diritti del fanciullo, per controllare efficacemente i progressi raggiunti e per verificare l'impatto delle politiche adottate a favore dei bambini, si colloca a pieno titolo tra gli adempimenti degli impegni presi dal nostro Paese anche a livello sovranazionale. I contenuti evidenziati di volta in volta nei diversi piani di azione rimandano esplicitamente ai principi enunciati nella *Convention on the rights of the child* (CRC).

A conferma dell'importanza di puntare su una corretta educazione all'uso delle tecnologie, il Piano, con l'obiettivo di incoraggiare la partecipazione di tutti i minorenni ad attività ludiche, ricreative, sportive e culturali, precisa l'importanza di garantire ai nativi digitali l'accesso ad Internet su tutto il territorio nazionale e la fruizione delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, promuovendo occasioni formative sull'utilizzo delle stesse e riducendo il divario digitale.

Voglio ora velocemente entrare nel merito di alcune proposte alle quali stiamo lavorando nella fase di preparazione del progetto di riforma della sanità, che intendiamo finanziare con il *recovery fund*. Su questo ho avuto modo di fare già una presentazione più organica presso le competenti Commissioni della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica, per cui in questa sede sarò molto più breve.

Innanzitutto, servirà maggiore partecipazione. Dal mio punto di vista, sconfiggere ogni forma di violenza verso i minori e gli adolescenti ri-

chiede un forte legame, un patto tra le istituzioni, le famiglie e le associazioni che da anni, con tenacia e generosità, lavorano su queste tematiche.

In secondo luogo, dobbiamo utilizzare al meglio tutti i finanziamenti europei, a partire proprio dal *recovery fund*. È un'opportunità che io definisco senza precedenti: abbiamo infatti finalmente la possibilità di tenere insieme riforme ed investimenti.

Il potenziamento dei servizi territoriali, la prossimità a un Servizio sanitario nazionale più vicino ai bisogni dei cittadini è il vero cuore della riforma della sanità alla quale stiamo lavorando. È nel binomio più servizi territoriali e più prevenzione che devono essere affrontati i problemi seri oggetto anche del vostro specifico lavoro parlamentare. La prevenzione, infatti, è l'investimento per il futuro più importante che dobbiamo mettere in campo.

È necessario immaginare un importante processo di riforma dell'assistenza, che rafforzi la presenza del Servizio sanitario nazionale nei luoghi di vita del bambino e dell'adolescente, in particolare a casa e a scuola. Investire in prevenzione e promozione della salute significa implementare strategie non limitate a interventi nel settore sanitario, che consentano di intervenire in modo immediato, prevedendo o prevenendo tutte le forme di violenza tra minori ai danni di bambini ed adolescenti.

Le risorse che investiremo per potenziare l'assistenza territoriale, al fine del contrasto alla violenza ai danni dei minori, dovranno consentire di: promuovere una sempre maggiore integrazione tra la sanità e le politiche sociali (questo è un punto essenziale); ristabilire un legame forte tra sanità pubblica e scuola (altro grande tema su cui stiamo già lavorando in queste settimane), sviluppando un rapporto più organico e continuativo con figure preposte al benessere del bambino e dell'adolescente; potenziare gli strumenti necessari per individuare tempestivamente fenomeni di bullismo e cyberbullismo, che colpiscono e danneggiano la salute di minori e adolescenti; individuare figure sanitarie qualificate all'interno delle scuole che, in linea col modello dell'Organizzazione mondiale della sanità delle scuole che promuovono salute, possano supportare il dirigente scolastico nell'identificazione dei problemi di salute e nella definizione di interventi efficaci e non frammentari per rispondere ai problemi identificati. Questo tema è chiaramente molto attuale nella situazione emergenziale che stiamo vivendo, anche se, dal mio punto di vista il tema di una relazione più strutturata e più organica tra sistema scolastico e Servizio sanitario nazionale prescinde dalla vicenda Covid-19 e, per quanto mi riguarda, resterà valido anche quando avremo superato l'attuale fase di difficoltà legata al virus.

Le risorse che investiremo, inoltre, dovranno consentire di migliorare l'assistenza ai bambini e agli adolescenti, mediante lo sviluppo di modelli integrati tra centri specialistici, ospedali, attività assistenziali territoriali, quali l'assistenza psicologica e sociale, le associazioni dei malati e il privato *no profit*; istituire ambulatori interdisciplinari a livello distrettuale, secondo un approccio di medicina di comunità; indirizzare i giovani a comportamenti e stili di vita sani; prevenire fenomeni di violenza, di tossicodi-

pendenza, di tabagismo e di alcolismo; attivare ulteriori interventi di prevenzione e lotta ai maltrattamenti, all'abuso e allo sfruttamento dei minori.

È nel binomio più servizi territoriali e più prevenzione che vanno affrontati i problemi seri oggetto del vostro specifico lavoro parlamentare.

La prevenzione è l'investimento per il futuro più importante che dobbiamo mettere in campo.

Vorrei sottolineare infine che, in giornate molto complicate come quelle che stiamo vivendo, la mia presenza in questa sede oggi vuole sottolineare, non solo un'attenzione ad un tema che considero fondamentale, perché non c'è nulla di più odioso e insopportabile di qualsiasi forma di violenza verso minori e adolescenti, ma anche l'interesse ad ascoltare e recepire proposte, indicazioni e suggerimenti, che potranno risultare molto utili quando nel Piano generale di riforma passeremo alla definizione di specifici progetti settoriali.

Credo che la relazione sia stata anche fin troppo lunga, ma, se mi si consente qualche altro istante, vorrei provare a rispondere anche alle ulteriori sollecitazioni che sono venute dal Presidente nel suo intervento introduttivo.

È evidente a tutti che siamo ad un cambio di fase sul piano epidemiologico nel nostro Paese. Dopo i mesi estivi e dopo la fase che, dal 4 maggio in poi, ci ha portato a un lento e graduale allentamento delle misure che avevano contraddistinto i mesi più difficili, da ormai dieci settimane la curva dei contagi tende a risalire; si tratta di una tendenza evidentemente di natura europea, non solo nazionale.

L'Italia ha ancora numeri che, pur se in crescita significativa, sono distanti da quelli di altri importantissimi Paesi europei e faccio qualche esempio. Nella giornata di ieri l'Olanda, che ha 18 milioni di abitanti, quindi meno di un terzo della popolazione del nostro Paese, ha fatto registrare 7.400 casi. In Francia in un solo giorno della passata settimana si sono registrati 27.000 casi; Madrid e la Spagna sono costantemente sopra i 10.000 casi.

Ciò ha indotto numerosi di questi Paesi anche a misure molto drastiche e molto significative che in questo momento in Italia abbiamo ancora evitato. Sarebbe però un'illusione pensare che i problemi degli altri siano solo degli altri. Penso che ci sia un grande tema europeo di ripresa della circolazione del virus che richiama tutti noi alla necessità di alzare il livello di attenzione e di guardia. Ciò va fatto chiaramente con le misure del Governo e delle Regioni e naturalmente con il comportamento dei cittadini che, com'è noto, è la vera chiave che può portarci fuori dall'emergenza.

È all'interno di questo contesto che nasce l'iniziativa dell'ultimo decreto-legge, che ha prorogato lo stato di emergenza e ha introdotto l'obbligo dell'uso della mascherina anche all'aperto, salvo casi eccezionali, e dell'ultimo decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, che è stato firmato nella notte di lunedì. È evidente che siamo ad un cambio di fase perché, se dal 4 maggio in poi ogni decreto del Presidente del Consiglio dei ministri tendeva ad allargare le maglie, per la prima volta ce n'è uno

che va nella direzione opposta e che, seppur solo con interventi molto settoriali e specifici, dà al Paese il messaggio dell'apertura di una fase nuova.

Per venire alle domande più specifiche rivoltemi dal Presidente, credo che il tema del trasporto pubblico urbano debba essere approfondito: proprio oggi è convocata una riunione con tutti gli assessori regionali al trasporto e con i Ministri competenti, in cui verificheremo le soluzioni e le condizioni. Al momento, la mia opinione è che dobbiamo provare a lavorare soprattutto su due ambiti, che possono aiutarci sul piano dei trasporti. Il primo è quello di favorire la possibilità di un rafforzamento dello *smart working*, che ha rappresentato una delle armi utilizzate dal nostro Paese nei mesi più difficili e che in questa fase ritengo possa essere ulteriormente incrementato. La seconda strada che riterrei di seguire è quella di provare ad incentivare e rafforzare ulteriormente le differenziazioni di accesso e di ingresso, per quanto riguarda sia gli uffici pubblici, sia le scuole.

Partirei da queste due strade, provando a non incidere immediatamente sulla scuola, che ha riavviato i propri lavori il 14 settembre, quindi siamo a un mese dalla riapertura delle scuole (almeno in una parte del Paese perché, come sapete, in un'altra parte le scuole hanno riaperto nell'ultima decade di settembre). La scuola è considerata dal Governo una priorità assoluta, quindi tutto ciò che si può mettere in campo per affrontare il tema legittimo dei trasporti, che è stato posto, deve essere fatto provando a partire da altro rispetto alle scuole. Chiaramente, l'evoluzione epidemiologica richiederà valutazioni giorno dopo giorno e settimana dopo settimana.

Per quanto riguarda, invece, la campagna di vaccinazione, che quest'anno è particolarmente rilevante, proprio perché c'è una sovrapposizione di sintomi (quindi ridurre l'impatto dell'influenza può sicuramente aiutare le strutture e i presidi sanitari nella gestione del virus), i numeri sono importanti, perché le Regioni, sulla base di una circolare del Ministero della salute, hanno acquistato il 70 per cento di vaccini in più rispetto a quelli somministrati nell'anno passato. Sono numeri significativi; la campagna vaccinale si sta avviando in tutte le Regioni e l'auspicio è che ci possa essere una risposta importante da parte dei cittadini nel nostro Paese.

Da ultimo, per quel che riguarda l'impatto del *lockdown* sulle persone e soprattutto sui più fragili e sui minori, ho questa opinione: penso che le sfide complicate e difficili mettano maggiormente in difficoltà chi parte da situazioni di debolezza e di fragilità. Provo a dirlo ancora più chiaramente: sfide complesse come quelle del virus aumentano le diseguaglianze, dovunque siano presenti. Pensando al piano internazionale, è chiaro che un Paese ricco, forte e dotato di un Servizio sanitario nazionale radicato e universalista sia molto più in grado di reggere questa sfida rispetto ad un Paese che non ha la stessa dotazione strutturale. Ciò vale sia se ci riferiamo a un piano macroscopico, come quello relativo ai diversi Paesi, sia se si scende in profondità. Ad esempio, una famiglia che vive in una casa molto spaziosa e molto grande è evidentemente in grado di so-

stenero le misure del *lockdown* in maniera molto più semplice di una famiglia che è costretta a vivere in un ambiente molto più ristretto. Questo è un grande tema, che non può sfuggire e che richiede chiaramente anche un impegno delle istituzioni a supporto dei più deboli.

Penso che questo sia uno degli obiettivi che abbiamo provato a perseguire, anche quando abbiamo immaginato alcuni strumenti di sostegno, in modo particolare alle fasce sociali più deboli e più fragili, a cui chiaramente deve essere assicurato il massimo sostegno, perché hanno oggettivamente pagato il prezzo più alto.

Concludo qui il mio intervento e sono chiaramente a disposizione di tutti i senatori e i deputati rispetto ai temi su cui vorranno sollecitare la mia attenzione.

PRESIDENTE. Ringrazio il signor Ministro, anche per aver risposto su argomenti che travalicavano il tema della riunione odierna. Prima di passare agli interventi dei colleghi, ricordo che abbiamo fatto un grande lavoro sul tema del bullismo e del cyberbullismo, partendo proprio dalla prevenzione, che è una delle tre «P», insieme alla protezione e alla punizione. A tal proposito mi pregio di donarle il documento relativo alla nostra indagine conoscitiva sul bullismo e sul cyberbullismo e la nostra relazione annuale su tutto il lavoro della Commissione.

Cedo dunque la parola ai colleghi, per lo svolgimento dei loro interventi.

PILLON (*L-SP-PSd'Az*). Signor Presidente, desidero innanzitutto ringraziare il nostro audito per la sua relazione. Vorrei porre all'attenzione del Ministro, approfittando della sua presenza, una vicenda recente, che solo apparentemente non ha a che fare con l'indagine conoscitiva in oggetto, ma che in realtà è davvero molto legata. Si tratta della decisione del suo Ministero di rendere disponibile nelle farmacie, senza obbligo di ricetta medica, la cosiddetta pillola dei cinque giorni dopo, per le minorenni. Come lei certamente sa, si tratta di un farmaco che ha come principio attivo l'ulipristal acetato, che è lo stesso principio attivo anche di un altro farmaco, denominato Esmya. L'Esmya, ulipristal acetato in dose da 5 milligrammi, è stato ritirato dal mercato in data 23 marzo 2020, non deve essere assolutamente somministrato alle pazienti e non devono essere iniziate più terapie con ulipristal acetato, in quanto può provocare «grave danno epatico, che ha comportato trapianto epatico in una paziente trattata con Esmya 5 milligrammi». Lo stesso principio attivo, ulipristal acetato, è alla base della pillola del giorno dopo, che si chiama EllaOne. Peccato che nella EllaOne il principio attivo non è di 5 milligrammi, ma è di 30 milligrammi. EllaOne viene regolarmente venduto nelle farmacie e somministrato, dal giorno 8 ottobre 2020, anche a ragazzine minorenni, come contraccettivo di emergenza.

Pongo due questioni molto semplici. Se Esmya da 5 milligrammi è vietato, perché è pericolosissimo per la salute, mentre EllaOne, ulipristal acetato da 30 milligrammi, viene venduto come fosse una caramella Zi-

guli, credo che si configuri un grave problema di abuso sui minori. Ci troviamo infatti di fronte ad una persona minorenni, che oltretutto si trova in una fase concitata della sua vita, dal momento che deve andare a cercare una pillola dei cinque giorni dopo e quindi si trova in un momento ben complicato. Da papà, penso che la prima reazione che il Governo dovrebbe favorire sia quella del dialogo di questa persona con i suoi genitori e con un medico. Togliendo la ricetta medica, andiamo invece ad eliminare qualsiasi indicazione di dialogo, sia con i genitori, sia con un medico.

Oltre a questo, abbiamo un'evidenza a mio avviso gravissima e cioè il fatto che lo stesso principio attivo, da una parte, in concentrazione minore, sia vietato e dall'altra, in concentrazione sei volte maggiore, sia tranquillamente e liberamente somministrato alle ragazzine. Mi permetto di aggiungere che, guarda caso, la ditta produttrice del farmaco è la stessa. EllaOne è prodotto dalla ditta francese Cenexi, con sede a Osny in Francia, e il farmaco denominato Esmya è prodotto dalla stessa ditta Cenexi di Osny, in Francia. Nel foglietto illustrativo dell'Esmya da 5 milligrammi, c'è scritto con chiarezza che il prodotto è controindicato per le minorenni. Le parole esatte, scritte sul foglietto illustrativo di Esmya, sono: «i bambini di età inferiore a diciotto anni non devono prendere Esmya». C'è scritto così sul foglietto illustrativo. Allora, signor Ministro, mi deve spiegare: se 5 milligrammi del principio attivo ulipristal non devono essere assunti dai bambini, perché 30 milligrammi vengono dati nelle farmacie, senza neppure obbligo di ricetta medica?

BINETTI (*FIBP-UDC*). Signor Presidente, la mia domanda va in una direzione analoga, cogliendo però un aspetto diverso. Molti di noi erano presenti in Parlamento quando, circa tre anni fa, si discusse la possibilità che le maggiorenti potessero acquistare la pillola EllaOne senza ricetta. Con un parere del Consiglio superiore di sanità, mentre si autorizzava questo acquisto nell'ambito di una consapevolezza, di una maturità acquisita anche su basi scientificamente fondate, lasciando alla libertà del soggetto decidere come regolarsi, specificava espressamente che questo non valeva per le minorenni. Esiste quindi un'indicazione esplicita in un documento in cui si scrive che per i minorenni questo non vale.

Chiaramente tre anni possono sembrare un tempo infinito, sufficiente a cambiare idea, ma allora in Parlamento e nella società ci fu un enorme dibattito sul tema. Questa volta la decisione è apparsa *sic*, senza essere preceduta, come avrebbe dovuto, data la sua importanza, magari da una circolare del Ministero, in cui si incoraggiasse ad affrontare la questione. C'è anche un articolo della legge sulla buona scuola che parla dell'educazione affettiva e relazione; si sarebbe potuto trovare l'appiglio per parlarne prima, anche in famiglia.

Da molto tempo in alcune università, accanto all'ambulatorio di ginecologia, c'è un ambulatorio a parte (retto per lo più da ginecologhe), riservato agli adolescenti, dove molto spesso le madri accompagnano le figlie affinché ricevano un'educazione sessuale, anche contestualizzata, ponendo tutte le domande che vogliono e affrontando tutte le paure, per ricavare

elementi che aumentino il loro livello di consapevolezza e quindi anche il grado di libertà nel maturare una scelta piuttosto che un'altra.

Questa volta invece la decisione è apparsa come una sorta di fulmine a ciel sereno e non è stata posta in carico al Ministero, ma solo all'AIFA, con il direttore generale, dottor Magrini, che parla addirittura di decisione etica.

Ora, fatti salvi i diversi modi con cui si può intendere l'approccio etico alle cose, io contesto proprio la decisione come fulmine a ciel sereno, in quanto non preceduta da un dibattito nel Parlamento o nella società, non sufficientemente maturata, anche in un confronto sereno con le diverse associazioni di genitori (non penso solo al Moige, Movimento italiano genitori, ma anche a tante altre), oppure con i ginecologi, con gli psicologi, con gli sportelli presenti nelle scuole. Una decisione di questo genere ignora che, oggi come oggi, sono sessualmente attive ragazzine di tredici anni, perché l'attività sessuale è diventata una sorta di rito di iniziazione. Lo vediamo anche in alcune *fiction* televisive: diventi grande se l'hai fatto. Ce n'era una, molto divertente, in cui la protagonista, l'adolescente in questione, non l'aveva fatto affatto, ma doveva per forza bluffare perché ciò rappresentava una sorta di *status symbol* rispetto alle coetanee.

Stiamo maneggiando una materia veramente molto delicata, che avrebbe richiesto di essere trattata con maggiore delicatezza.

Perché pongo queste domande in questa sede, in un momento in cui apparentemente ci sono problemi più urgenti (penso a tutti i problemi legati al *trend* in crescita del Covid-19)? Perché solo apparentemente questo è un piccolo problema, un non problema, un problema che riguarda alcuni. In realtà, riguarda una serie di costumi e di abitudini e lei sa meglio di me che fa legge più il costume che non la norma espressa dal Parlamento, perché modifica il modo di comportarsi.

Credo sarebbe opportuno un intervento da parte del Ministero – sia pure quando ormai, come si dice, i buoi sono scappati – nel modo in cui lei ritiene più adatto. Sarebbe opportuno che negli ospedali ci fossero gli ambulatori per gli adolescenti; sarebbe opportuno che si affrontasse il tema nelle scuole, d'accordo con il ministro Azzolina. Dato questo elemento che è emerso, posto che si possa parlare in *webinar* di sessualità, di gravidanze indesiderate, di rapporti sessuali, sarebbe opportuno che questo argomento non passasse come l'ultima delle banalizzazioni sul tema della salute degli adolescenti, perché, al dunque, riguarda il diritto alla libertà e il diritto alla salute.

SIANI (PD). Signor Presidente, ringrazio il signor Ministro per aver dedicato tempo a un tema importante, che ci affligge da tanti anni.

Un bambino su cento subisce violenze e questo dato emerge solo su segnalazione dei servizi, quindi è proprio la punta di un iceberg. Riporto la discussione sul tema violenza, perché quello sulla pillola del giorno, che è un farmaco di emergenza, è un tema specifico. Voglio riportarvi sul tema della violenza parlandovi del ragazzo messo alla prova a Napoli,



che si stava riabilitando e che, tornando nel suo quartiere, ha partecipato a una rapina ed è stato ucciso. Parliamo di questi casi, di questa violenza sui minori e per i minori. Questo ragazzino era stato già identificato molto presto, alla nascita; era incappato nelle misure di prevenzione grave, era stato in carcere a Nisida; lo Stato stava provando a riabilitarlo e, come è evidente, non ci è riuscito.

Lei ha citato molto bene programmi di prevenzione molto importanti, che i pediatri hanno sostenuto da tanti anni, come «GenitoriPiù»; ha parlato della difficoltà dei medici di fare diagnosi di violenza quando i ragazzini arrivano nei pronto soccorso, perché non c'è un sintomo guida; ha segnalato giustamente l'importanza di integrare i settori sanitario, sociale, scolastico, perché non parliamo soltanto dei medici, ma di tutto il sistema (tra l'altro i più bravi nell'individuare un caso di violenza sono gli insegnanti più che i medici).

Lei ha quindi fatto capire che è un mondo complesso, variegato, che coinvolge tanti settori e tanti Ministeri. Dall'esperienza che abbiamo maturato in questi anni è evidente che manca la comunicazione fra Ministeri, perché ognuno si occupa di una parte. Voglio ricordare in questa sede al Ministro che questo Paese non ha ancora il Garante per l'infanzia e l'adolescenza, da molti mesi ormai; allora l'attenzione all'infanzia dov'è? Il tema dell'infanzia dev'essere per forza trasversale e occorre un soggetto che metta insieme i pezzi che ogni Ministero gestisce, altrimenti le attività si ripetono, si duplicano e non si arriva alla soluzione.

Sul maltrattamento, che è il tema oggetto dell'audizione odierna, sto lavorando a una proposta di legge, in cui si prevede l'istituzione, presso la Presidenza del Consiglio, di un ufficio che coordini tutte queste attività (sanitaria, sociale, scolastica) e che abbia un osservatorio vero, che raccolga e valuti i dati, perché senza sapere di cosa parliamo non riusciamo a contrastare il fenomeno.

In merito all'*home visiting*, che lei ha citato, ritengo che sia un intervento molto opportuno, il più economico e il più efficace se, però, si comincia molto presto ad andare a casa delle famiglie, già quando nasce un bambino. Questo è il modo più semplice e anche più economico per individuare una famiglia con qualche rischio, che prima o poi si manifesterà; infatti, una persona esperta che va in una casa riesce a individuarlo e anche ad accompagnare il bambino e la famiglia verso percorsi di uscita dal rischio.

Concludo sulla medicina scolastica, che è una questione che ci ha appassionato, Ministro, ed è importante. Senza tornare al passato (io sono vecchio e ricordo il medico scolastico che ci guardava i pidocchi e i denti cariati), c'è oggi bisogno di un sistema integrato che dialoghi con la scuola: occorre un assistente infermieristico, uno psicologo, qualcuno che abbia contatti diretti con la scuola e con le insegnanti, per aiutare tutti quei bambini con malattie croniche o invalidanti, che adesso vanno a scuola. Penso al bambino con il diabete, al bambino con handicap, il bambino che ha una PEG o una tracheostomia, che deve andare a scuola e che va a scuola. Insomma, si tratta di aiutare il sistema scolastico con figure

che possono svolgere un ruolo di questo tipo, oltre che d'informazione sanitaria. Il territorio, poi, interviene con i medici specialisti ove occorre. Tutto questo deve essere messo in rete con il territorio, ossia con il pediatra di famiglia, che è l'unico medico che conosce bene il bambino e la famiglia.

Speriamo di superare questa fase invernale complessa, perché oltre all'epidemia da Covid-19 vi sarà anche l'influenza tradizionale; se riusciremo a organizzare bene le risorse che arriveranno, partendo da una visione ampia del problema sanitario, che è anche sociale, quindi organizzando il territorio e l'integrazione, usciremo da quest'epidemia più forti di prima e con un sistema più efficace ed efficiente, che sia soprattutto sostenibile nei prossimi anni.

PRESIDENTE. Onorevole Siani, la ringrazio anche per aver così ricordato la mancata nomina, ancora oggi, del Garante per l'infanzia e l'adolescenza, che, come sappiamo, è in capo ai Presidenti di Camera e Senato. Approfito per comunicare che oggi stesso invierò una lettera ufficiale di sollecito; capisco che vi è stato il *lockdown* e ora la recrudescenza del virus, che hanno motivato una proroga, ma dal 12 ottobre non abbiamo più questa figura. Non scegliere il Garante per l'infanzia e l'adolescenza in questo momento sembra quasi che il tema non sia così importante, come invece deve essere.

Lascio ora la parola alla senatrice Saponara.

SAPONARA (*L-SP-PSd'Az*). Signor Presidente, ho molto apprezzato la panoramica completa del Ministro sulle problematiche relative ai minori e l'accento a quanto si vorrebbe fare con i fondi del *recovery fund*.

Vorrei dirottare la sua attenzione su tre temi principali.

È vero che siamo in emergenza, ma tante problematiche in questo periodo non sono scomparse; forse sono state momentaneamente tralasciate, ma ci sono ancora e forse si sono ulteriormente aggravate. Per sintesi, le accenno, spiegandone poi brevemente il contenuto. La prima problematica riguarda i punti nascita; la seconda riguarda i bambini strappati ai genitori per determinati motivi; la terza riguarda i pericoli di Internet.

Per quanto riguarda i punti nascita, in questo momento cerchiamo di aiutare la famiglia, anche con lo *smart working* e con tutte le agevolazioni che cerchiamo di dare affinché la donna sia facilitata nel suo lavoro. È vero anche che, se vogliamo incentivare la natalità, dobbiamo coccolare le donne. Come ha ricordato il Ministro, ci sono dei progetti dedicati alle donne dopo il parto, proprio per evitare la depressione, perché la natalità e il periodo successivo sono molto delicati. A mio giudizio quindi occorrerebbe rivedere la questione dei punti nascita che sono stati eliminati proprio nelle zone disagiate del nostro Paese, come ad esempio le zone montane. Io sono di Parma e da anni l'ospedale di Borgotaro è stato privato di un punto nascita. Di recente pare che una donna abbia partorito in ambulanza (anche se poi la notizia è stata rivista); tutto è bene ciò che finisce bene, la bambina e la mamma stanno bene, però ci sono dei peri-

coli quando i punti nascita sono lontani e quando una donna non può accedere a un servizio che, oltre ad aiutarla nella gestazione, può sostenerla anche a livello psicologico. Signor Ministro, con i fondi che avrete a disposizione le chiedo di riconsiderare le problematiche relative alla soppressione dei punti nascita.

La seconda questione riguarda i bambini strappati per qualche motivo ai genitori, o perché divisi o perché presentano delle problematiche. Le riporto un caso, anche questo del mio territorio; sono casi che conosco proprio perché me li espongono, ma penso siano emblematici di vicende che accadono in tutto il territorio nazionale. Quando due genitori si dividono, purtroppo i bambini sono contesi. Una brutta storia è quella che è accaduta nel mese di agosto, quando una mamma prima è stata portata in una casa famiglia e dopo, con un sotterfugio, le è stato sottratto il bambino. La mamma, da metà agosto, non sa dove sia suo figlio.

Ministro, al di là del fatto che ci possano essere dei problemi, questo sottrarre i figli ai genitori naturali cosa comporta a livello psicologico per i bambini e cosa comporta per un genitore che ama suo figlio? Anche questo modo di agire a mio giudizio dovrebbe essere rivisto. Io sono mamma e penso a cosa proverei se mi avessero portato via mio figlio di quattro o cinque anni e non sapessi niente di dove è stato collocato, di come sta, di come si sente, se piange, se cerca la mamma, se cerca il papà. Lei capisce che sono situazioni abbastanza pesanti da sostenere. Anche in questo caso, quindi, Ministro, le chiedo di rivedere queste situazioni.

L'ultima problematica è relativa ai pericoli derivanti da Internet. Ne abbiamo già parlato ampiamente, sia con il ministro Lamorgese, sia con il ministro Bonetti. È recente il suicidio di un bambino di undici anni, che si è gettato dal balcone di casa lasciando una lettera in cui scriveva alla mamma che le voleva bene. Cerchiamo di collaborare tra Ministeri, affinché i pericoli che i minori incontrano su Internet siano veramente evitati, perché non è possibile che un bambino di undici anni si privi della vita e che una famiglia non sappia perché suo figlio si è suicidato. Noi sappiamo benissimo che ci sono personaggi che approfittano dei malesseri adolescenziali e giovanili (abbiamo parlato di quella figura che si traveste da Pippo dei cartoni animati). Cerchiamo di controllare e di bloccare questi fenomeni, che sono sicuramente frutto di un malessere che in qualche modo va curato. Il controllo su Internet e sui *social* deve essere dunque veramente massiccio.

Concludo, signor Ministro, dicendole che, in risposta all'appello alla collaborazione che sempre fate come Governo, per quanto possibile mi metto certamente a disposizione.

CAVANDOLI (*Lega*). Signor Ministro, la ringrazio per la relazione.

Voglio rivolgerle alcune domande specifiche, non prima di aver fatto però un richiamo. Poco fa lei ha ricordato il decreto-legge con cui la scorsa settimana è stato fissato l'obbligo della mascherina anche all'aperto, misura che ha trovato poi conferma nell'ultimo decreto del Presidente del Consiglio dei ministri. A tale riguardo credo che il Ministero

della salute debba però fare un passaggio ulteriore, spiegando l'utilizzo corretto della mascherina.

Nella scuola di mia figlia ho dovuto combattere perché, visto che al banco i ragazzi possono togliere la mascherina, la soluzione è stata quella di dire loro di metterla sotto il mento, il che significa – lei lo sa meglio di me – toccare la mascherina, metterla sotto il mento e respirare quello che dalla mascherina viene fuori. Questo è il *mood*, non solo nella scuola di mia figlia, ma mi pare ovunque.

Lei ha parlato di una proficua collaborazione, a partire da febbraio 2019, tra il Ministero della salute e il MIUR, quindi anche con il mondo della scuola: ritengo che proprio nelle scuole e nelle università – al di là del fatto che il discorso riguarda ovviamente tutta la popolazione – debba essere spiegato che cos'è la mascherina e a che cosa serve. I ragazzi forse sono più tranquilli, ma per quest'anno cresceranno con la mascherina e va sicuramente spiegato loro a cosa serve, come si usa, dove va messa quando si toglie, perché sono informazioni che dovranno portarsi avanti per tutta la vita. Certamente ci auguriamo che l'emergenza finisca, ma in ogni caso l'uso della mascherina può sempre essere utile.

Venendo specificamente al tema dell'indagine conoscitiva che stiamo conducendo sulle forme di violenza fra i minori e ai danni di bambini e adolescenti, fra gli effetti psicologici del *lockdown* ci sono stati anche episodi di bullismo e violenza morale. Ne hanno parlato già la senatrice Saponara e la settimana scorsa anche la senatrice Binetti; abbiamo accennato al fenomeno di Jonathan Galindo e dei giochi *online*, rispetto ai quali si pone il problema della linea di demarcazione fra finzione e realtà, che portano ad atti di autolesionismo tra i minori.

Limitandomi qui a ricordare gli episodi più semplici che sono stati tracciati, si riscontrano ad oggi fenomeni di bullismo e di violenza morale legati al fatto che i ragazzi non vogliono essere rinchiusi e messi in isolamento in quarantena, per cui chiaramente non vogliono essere indicati tra i contatti dell'amico contagiato. Abbiamo dunque il grosso problema delle minacce, anche velate, rivolte dai ragazzi all'amico risultato positivo al tampone perché non riveli di averli visti. Questo è un problema, non solo per l'adolescente e la minaccia in sé, ma anche dal punto di vista del *contact tracing*, quindi dell'indagine che viene fatta per ricostruire i contatti.

Sono convinta che anche sotto questo profilo sia necessaria la consapevolezza del nostro ruolo. So perfettamente che tutti i giorni si parla del coronavirus e delle regole della prevenzione, però forse la paura dell'isolamento e della quarantena suscita nei ragazzi anche questo tipo di comportamenti, divenendo causa di bullismo e di violenza morale.

Signor Ministro, lei ha ricordato la Federazione internazionale *Terre des hommes*, visto che l'11 ottobre è stata celebrata la Giornata internazionale delle bambine e delle ragazze. Secondo i dati, che sono stati resi pubblici in una recente conferenza stampa, sarebbero oltre 6.000 in Italia i bambini vittime di violenza, il 60 per cento dei quali bambine o ragazze. Tra i minori in situazione di debolezza ci sono dunque soprattutto le ra-

gazze che, com'è stato spiegato dai colleghi che mi hanno preceduto, sono considerate in una condizione di particolare maturità, quando devono fare delle scelte estreme e spesso vengono lasciate sole. Teniamo presente che l'indagine che stiamo svolgendo ha raccolto dati molto significativi in questo senso. Lei ha giustamente detto che occorre incentivare i centri per l'ascolto: ricordo che questa iniziativa è nata anche per raccogliere fondi per aumentare proprio i centri per l'ascolto.

Infine, voglio fare un'ultima notazione. Lo scorso 9 ottobre è stata celebrata la Giornata mondiale dedicata al disordine pediatrico autoimmune associato allo streptococco beta-emolitico di gruppo A (*Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorder associated with a streptococci o PANDAS*), che è collegata spesso ad un disordine psicologico pediatrico associato sempre ad uno streptococco. Questa sindrome, che colpisce soprattutto i bambini in età scolare (scuola primaria), non è stata ancora riconosciuta come malattia. Sono stati annunciati nuovi studi, che porteranno forse ad una maggiore facilità di diagnosi, visto che questa sindrome viene confusa spesso con una malattia psichiatrica e come tale curata, con la conseguente rovina della vita del minore e della sua famiglia. Si è visto, invece, che con una terapia antibiotica è possibile tenere sotto controllo la sindrome, che però deve essere individuata dai genitori, dalle scuole e dai medici. Ripeto, parliamo di una sindrome, perché non è ancora riconosciuta come malattia; tuttavia, perché questi disturbi – che riguardano soprattutto bambini – possano essere curati nel modo migliore, devono essere diagnosticati e anche su questo sollecito lei, signor Ministro, e il suo Ministero, affinché vengano diffuse informazioni circa i sintomi che permettono di individuare tale patologia.

Approfitto poi dell'occasione odierna, signor Ministro, per ricordare che su questo avevo presentato anche un'interrogazione sulla terapia antibiotica utilizzata. Considerato che quasi tutti i minori che manifestano sintomi vengono curati con una terapia antibiotica di penicillina e lidocaina e usano un farmaco portoghese, che si compra all'estero, le avevo chiesto di valutare se fosse possibile la commercializzazione in Italia di questo farmaco: ricordiamoci, infatti, che parliamo di bambini e la penicillina è molto dolorosa quando viene iniettata. Visto che si tratta di una cura necessaria, che deve essere fatta ogni mese, i bambini potrebbero avvicinarsi ad essa più volentieri, se fosse accompagnata dalla somministrazione di un farmaco che consente di eliminare il dolore.

BELLUCCI (*FDI*). Signor Presidente, non ripeterò le questioni interessanti che sono state poste dai colleghi che mi hanno preceduta e che condivido.

Pongo quindi alla sua attenzione, con riguardo alla problematica della tutela dei minori e quindi della prevenzione della violenza e del maltrattamento di questi ultimi, il tema delle droghe. Penso, ad esempio, alla morte a luglio dei due ragazzi di Terni, Flavio e Gianluca. Come lei saprà benissimo, signor Ministro, vista la sua attenzione e sensibilità, quei ragazzi sono morti perché – così si pensa – hanno assunto metadone al po-

sto della codeina, che ovviamente è un oppiaceo molto più forte del metadone. C'è da dire che il metadone – dalle indagini si capirà poi se questo è il caso specifico – spesso viene spacciato, a fronte comunque della somministrazione presso i servizi per le tossicodipendenze (SerT) e i servizi per le dipendenze patologiche (SerD).

Sono profondamente convinta che questi Servizi siano fondamentali e che anche l'uso del metadone abbia la sua logica e la sua utilità, ma, nello stesso tempo, lei saprà che i servizi vertono in una condizione di estrema difficoltà e che sono al collasso, perché, oltre al personale medico e infermieristico, anche gli psicologi e gli educatori sono assolutamente insufficienti, in moltissimi casi sono del tutto assenti, e quindi hanno difficoltà, oltre che a provvedere ad una somministrazione farmacologica, anche a svolgere un lavoro di carattere educativo e di recupero pieno della persona. Se parliamo della morte di Flavio e Gianluca, dunque, non possiamo non prendere in considerazione questo aspetto e la condizione in cui purtroppo versano attualmente i servizi per le dipendenze (SerD) in Italia. La problematica per cui abbiamo visto morire questi giovani nel sonno è infatti collegata all'assoluto abbandono di quei servizi, alla mancanza di personale e alla mancanza di attenzione in genere, che c'è stata negli ultimi dieci anni, non soltanto in capo al suo Dicastero – ci mancherebbe altro – ma anche in capo ad esso, visto che i SerD sono un'articolazione del Sistema sanitario nazionale. Quindi, le chiedo di porre attenzione a questo tema.

Come Commissione bicamerale per l'infanzia e l'adolescenza abbiamo incardinato un'indagine conoscitiva proprio sulla diffusione delle dipendenze patologiche tra i giovani. Certamente recupereremo tutto il materiale utile ad approfondire tali questioni, lo consegneremo anche nelle sue mani e, soprattutto, speriamo che lei ci possa affiancare, accompagnare e sostenere in questo percorso.

Signor Ministro, ho avuto il piacere di ascoltarla anche in altre occasioni, come Capogruppo di Fratelli d'Italia in Commissione affari sociali della Camera dei deputati, che si occupa anche di salute e di sanità, e spesso ha parlato dell'integrazione sociosanitaria. Essa è fondamentale e ho compreso dalle sue parole quanto ne sia consapevole. Signor Ministro, lei sa benissimo, sicuramente anche meglio di me, che è stata prevista l'introduzione della figura degli psicologi all'interno delle scuole: si tratta infatti di una figura sanitaria, certamente afferente al suo Dicastero. Ciò che mi lascia però un po' perplessa è che sono stati stanziati 4.800 euro ad istituto, per raggiungere l'ambizioso obiettivo di supportare, oltre ai minori, anche gli insegnanti e le famiglie, all'interno degli istituti comprensivi. Il calcolo è facile: se dividiamo i 4.800 euro per tutto il periodo della scuola, arriviamo a 110 euro a settimana, ovvero meno di tre ore di servizio di supporto psicologico, anche sottopagato (quindi si punta sempre sulla spinta motivazionale e volontaristica dei colleghi). L'entità di tale stanziamento fa inevitabilmente cadere ogni tipo di ambizione rispetto al sostegno e al supporto psicologico, motivato dalla necessità di affrontare i disagi al tempo del Covid-19. Le enunciazioni di principio spesso

ci vedono uniti, ma poi le idee e le dichiarazioni devono poggiarsi su una declinazione puntuale, altrimenti credo che facciamo ancora peggio. Non si può pensare che con questo tipo di strumento si sia data una risposta alla necessità di supporto psicologico, proprio in un momento come questo, in cui i nostri ragazzi sono in estrema difficoltà, perché vivono la pandemia come gli adulti, ma con meno risorse e meno strumenti, da un punto di vista psicologico, per affrontare la vita.

A tal proposito, mi permetto di ricordare che ho presentato una proposta di legge riguardante l'inserimento del servizio di psicologia scolastica, in maniera strutturata e costante, all'interno delle scuole. Sarebbe bello, come minimo, fare una sperimentazione in tal senso, almeno in alcuni istituti, per iniziare a progettare un modello di vera integrazione sociale e sanitaria. A tal proposito, non credo proprio che l'integrazione passi per il collegamento con le ASL e i servizi materno-infantili, che sono anch'essi al collasso.

Oltre a questo aspetto, voglio evidenziare che, durante la pandemia, i reati di pedopornografia sono aumentati del 130 per cento. Visto che le misure di *lockdown*, legate all'emergenza sanitaria, la coinvolgono direttamente e lei ne è sicuramente uno dei protagonisti, le chiedo, signor Ministro, se è a conoscenza di questo dato, che credo sia drammatico. Un aumento dei reati di pedopornografia del 130 per cento fa tremare le vene ai polsi. Mi unisco dunque alle sottolineature che sono state fatte sui rischi connessi al *web* e ad Internet, che sono inevitabilmente collegati.

Infine, mi associo alla richiesta di comprendere meglio la decisione che è stata adottata rispetto alla cosiddetta pillola dei cinque giorni, *EllaOne*, da parte dell'AIFA. Mi preoccupa molto quando l'AIFA dichiara, nella sua introduzione, che tutto questo verrà sostenuto attraverso un sito, che spiegherà puntualmente ai minori i rischi, l'utilizzo e come poter procedere in tal senso. È attraverso la relazione che si compiono i più grandi progressi e che si sostiene l'evoluzione. Pensare che l'AIFA (quindi un ente importante, che fa riferimento a lei, signor Ministro) voglia risolvere la questione spiegando ai nostri giovani come approcciare tale strumento – posto che per me non è immaginabile poterlo offrire senza prescrizione medica e addirittura ai minori – è davvero aberrante, perché così si mortifica ogni tipo di valore legato all'educazione e all'accompagnamento, che possa passare anche per una relazione affettiva ed emotiva.

VERSACE (FI). Signor Ministro, non voglio riempire la sua testa con altre domande o altre informazioni, quindi gliele potrò rivolgere anche successivamente, in forma scritta, se lo riterrà opportuno. L'onorevole Bellucci ha anticipato la mia domanda riguardo al supporto psicologico e quindi mi riallaccio rapidamente a questo tema, solo per dire una cosa. A giugno, sul sito Internet del Ministero della salute, è stata pubblicata un'indagine sull'impatto psicologico del *lockdown* sui minori, che cita i disturbi del sonno, gli attacchi d'ansia e l'aumento dell'irritabilità, i quali toccano non solo i bambini e gli adolescenti, ma anche gli adulti.

Devo ricordare, se non è già stato fatto prima, che il *lockdown* ha costretto tutti noi a dei sacrifici, ma il fatto di rimanere a casa è diventato per tanti una prigione e un luogo «ghiotto» – mi si passi il termine – per padri e mariti violenti. Certamente non siamo in grado di andare a verificare quello che succede nelle case, però è evidente a tutti che l’impatto psicologico della pandemia e l’isolamento hanno determinato delle condizioni di *stress* obiettivamente preoccupanti.

Aggiungo, soltanto come spunto di riflessione, un dato di cui ho discusso proprio l’altro ieri in Assemblea. Voglio ricordare infatti l’assenza dell’attività fisica dilettantistica, dovuta anche al fatto che molte palestre scolastiche non sono disponibili per le associazioni sportive, che il più delle volte fungono da rifugio per molti giovani, da opportunità di relazione e, se vogliamo, anche da alternativa per la ripresa psicofisica. Dunque la collaborazione tra Ministeri, mai come in questo momento, diventa decisamente fondamentale.

Concludo il mio breve intervento chiedendo espressamente al Ministro cosa pensi a proposito dell’attività fisica nelle scuole, visto che comunque in questo momento viene negata e in qualche modo ciò diventa anche una forma di violenza psicologica, per tanti ragazzini che non vedono l’ora di avere questa opportunità. Le chiedo poi, soprattutto, quali sono gli *step* concreti che intende compiere, alla luce del livello di gravità dei risultati dell’indagine che è stata pubblicata a giugno dal Ministero della salute. Le chiedo come effettivamente si intenda agire per eliminare o tamponare i disturbi di ansia e del sonno, così come il consumo anche spasmodico di farmaci e ansiolitici, che purtroppo rendono spesso i soggetti adulti più violenti anche nei confronti dei minori.

Mi allaccio poi anche alla richiesta della collega Bellucci sul supporto psicologico nelle scuole, mai come adesso prezioso e importante.

PRESIDENTE. Lascio ora la parola al Ministro per la sua replica.

*SPERANZA, ministro della salute.* Signor Presidente, ringrazio lei e tutti voi per gli interessanti contributi, che sono assolutamente appropriati in questa fase di confronto parlamentare. Proverò ad entrare nel merito delle numerose sollecitazioni che sono arrivate.

Sulla pillola EllaOne, voglio ricordare che si tratta di una determinazione autonoma di AIFA, che fa seguito a una raccomandazione di EMA (l’Agenzia europea del farmaco) risalente al 2014, con cui si prevedeva il superamento dalla vendita dietro prescrizione medica. Sulla base di questa indicazione dell’EMA, la Commissione europea il 7 gennaio 2015, quasi sei anni fa, aveva emanato una decisione vincolante, autorizzando la modifica di condizioni di fornitura e di utilizzo classificandolo come medicinale non soggetto a prescrizione medica. Sulla base di questo orientamento, tutti i Paesi europei – salvo l’Italia e l’Ungheria – si erano adeguati a tale disposizione.

Sul piano tecnico il direttore di AIFA e il comitato tecnico-scientifico che hanno assunto questa valutazione hanno tutti gli elementi di merito,



che sono chiaramente pubblici e disponibili all'esame delle Commissioni. Sul piano invece più politico, non sottovaluto le indicazioni e le valutazioni che sono arrivate dalla senatrice Binetti, che mi sembrano assolutamente degne di essere raccolte, anche attraverso un confronto politico e culturale su un tema che è di assoluta delicatezza e su cui le posizioni di ciascuno meritano il massimo rispetto.

Per quanto riguarda le sollecitazioni dell'onorevole Siani, condivido molto la necessità di un maggior coordinamento sulla materia. La vita delle persone non è divisa come i Ministeri o per compartimenti stagni, quindi è evidente che c'è la necessità di un coordinamento molto stringente. Molte delle iniziative che ho provato a illustrare nella mia relazione sono costruite attraverso la sinergia tra più Ministeri esattamente per questo obiettivo, ma dobbiamo insistere.

Allo stesso modo condivido la necessità di accelerare sulla questione dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, che mi sembra di primaria importanza.

Rispetto alle sollecitazioni della senatrice Saponara, intenderei concentrarmi velocemente sulla questione dei punti nascita, che è molto delicata, perché è uno dei punti di confronto costante anche con le Regioni. Com'è noto, nel Patto per la salute, che è stato approvato nel dicembre 2019, abbiamo concordato la necessità di una revisione del decreto ministeriale n. 70 del 2015 e di riaffrontare la questione dei punti nascita. È un tema di grande delicatezza, perché la domanda di prossimità dei territori è legittima e trovo in me un grandissimo sostenitore, ma è altrettanto evidente che questa necessità deve sempre essere bilanciata con la necessità, persino prioritaria, se me lo consente, di massima tutela e garanzia per la vita, sia della mamma che del nascituro. Sono due punti di grande delicatezza che dobbiamo provare a tenere insieme nel lavoro con le Regioni. Questo è l'obiettivo che proveremo a conseguire.

Sono arrivate numerose sollecitazioni anche dall'onorevole Cavadoli, che ringrazio. Proverò ad approfondire l'interrogazione a cui ha fatto riferimento. Posso dirle che dai primi mesi della fase epidemica, quindi dal mese di marzo, è in corso una campagna sull'utilizzo delle mascherine. È chiaro che in questa fase andrà ripresa e probabilmente (di questo ho già parlato con il Ministero dell'istruzione) con particolare attenzione alla questione scolastica e alla necessità di un corretto utilizzo nelle scuole, a partire dalle linee guida che abbiamo approvato insieme e che sono state, tra l'altro, condivise con un giudizio unanime da tutta la Conferenza unificata. Il documento guida sulle questioni della scuola è stato approvato all'unanimità in Conferenza unificata, quindi sia dalle Regioni che dalle Province autonome, e dai Comuni italiani.

L'onorevole Bellucci ha concentrato la sua domanda sulla grande questione delle tossicodipendenze, su cui la nostra attenzione è massima. L'onorevole Bellucci sa, perché ne ho parlato in sede di audizione presso le Commissioni sanità sia alla Camera che al Senato, che il cuore vero del Piano del *recovery fund* che stiamo costruendo è il rafforzamento della rete del territorio. Negli anni c'è stato un indebolimento della rete ospeda-

liera, cui non ha corrisposto un rafforzamento della rete territoriale; alla fine anche la questione delle aree montane e delle aree periferiche si declina esattamente nell'ambito di questo tema. Per quanto mi riguarda, la questione del rafforzamento del territorio passa anche da un rafforzamento dei servizi per le dipendenze (SerT), che sono uno strumento straordinariamente utile e importante su cui dobbiamo investire. Credo che questo sia uno dei nodi su cui dobbiamo stanziare una parte delle risorse del disegno strategico di rafforzamento del territorio.

Anche quello del supporto psicologico è un tema decisivo, reso persino più grave da questi mesi così complicati. Abbiamo avuto un importante rapporto di collaborazione con l'ordine degli psicologi che siede nella Consulta dell'ordine delle professioni sanitarie e sociosanitarie, istituita nel dicembre dell'anno scorso. Il nostro obiettivo è costruire, assieme a loro, modalità per implementare questi servizi di supporto psicologico che venivano sollecitati anche dall'onorevole Versace.

Anche se velocemente, credo di avere almeno toccato i punti essenziali che mi sono stati sollecitati. Resto chiaramente a vostra disposizione e vi ringrazio per l'attenzione e il lavoro che svolgete quotidianamente.

PRESIDENTE. Ringrazio il ministro Speranza e dichiaro chiusa l'audizione.

Rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 9,55.*



