

## **Atto Camera**

### **Mozione 1-01138**

presentata da

**PAOLA BINETTI**

testo di

**mercoledì 12 settembre 2012, seduta n.684**

La Camera,

premesso che:

il fenomeno suicidario, diffusamente presente in tutti i tempi e in molte culture, riflette suggestioni, immagini e influenze filosofiche, religiose, culturali, sul cui sfondo tuttavia si tagliano le radici e i significati personali del comportamento individuale. Lo studio del suicidio è per sua natura complesso e difficilmente delimitabile. L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) considera il suicidio come un problema complesso, non ascrivibile ad una sola causa o ad un motivo preciso. Sembra piuttosto derivare da una complessa interazione di fattori biologici, genetici, psicologici, sociali, culturali ed ambientali. Il suicidio, nell'ambito della salute pubblica, è un grave problema che potrebbe essere in gran parte prevenuto; costituisce la causa di circa un milione di morti ogni anno, con costi stimabili in milioni di euro, secondo quanto indicato dall'Organizzazione mondiale della sanità. Secondo quanto affermato da un documento dell'OMS, il suicidio è un problema di grande entità nei paesi europei, soprattutto tra i nuovi stati indipendenti dell'Europa dell'est. I Governi di tutte le nazioni del mondo sono impegnati nella lotta contro il suicidio, promuovendo la consapevolezza e migliorando gli interventi e le tecniche preventive. Ogni individuo può fare qualcosa per aiutare a ridurre il numero delle persone che considerano il suicidio come soluzione al loro dolore mentale;

stando ai dati attuali e all'analisi dei tassi di morte per suicidio nel mondo, le stime suggeriscono che nel 2020 le vittime potrebbero salire ad un milione e mezzo. Nel 2000 circa un milione di individui ha perso la vita a causa del suicidio, mentre un numero di individui variabile da 10 a 20 volte più grande ha tentato il suicidio. Ciò rappresenta in media una morte per suicidio ogni 40 secondi ed un tentativo di suicidio ogni 3 secondi. Questo porta a concludere che muoiono più persone a causa del suicidio che per i conflitti armati di tutto il mondo e per gli incidenti automobilistici;

in tutte le nazioni, il suicidio è attualmente tra le prime tre cause di morte nella fascia di età 15-34 anni; nel recente passato il fenomeno predominava tra gli anziani, ma ai nostri giorni è più allarmante tra i giovani, sia in termini assoluti che relativi, in un terzo delle nazioni. Questo dato rappresenta una perdita di vite umane più alta rispetto alla perdita di vite causata da guerre ed omicidi ogni anno; tre volte la perdita di vite umane registrata nella tragedia dello Tsunami nel sud-est dell'Asia nel dicembre del 2004; inoltre, ogni giorno muoiono a causa del suicidio l'equivalente delle vittime causate dall'attacco alle torri gemelle di New York l'11 settembre del 2001. È dunque un fenomeno che non può essere ignorato, e vi è la necessità di infrangere quel silenzio e quel composto, ma deleterio, sviamento dal tema attuato quotidianamente;

lo studio scientifico del suicidio, noto come suicidologia, può essere fatto risalire al 1957, quando Shneidman e Farberow pubblicarono il loro articolo sulle note di suicidio. Ognuno dovrebbe saper riconoscere i segnali d'allarme per il suicidio, soprattutto quando si è in presenza di situazioni di isolamento sociale, di salute gravemente cagionevole; di depressione e di sfiducia nel futuro; di gravi difficoltà scolastiche in certi adolescenti. Spesso il soggetto a rischio di suicidio si presenta con pensieri identificabili con espressioni del tipo: «Vorrei essere morto», «Mi sento solo», «Non riesco a fare nulla», «Non posso più andare avanti così», «Sono un perdente», «Gli altri staranno meglio senza di me». Tutti dovrebbero imparare a riconoscere i segnali d'allarme per il suicidio.

Colui che minaccia di farsi male o di uccidersi, chi manifesta il desiderio di farlo, chi parla insistentemente di morte, in modo insolito per lui, dovrebbe far pensare ad un alto rischio di suicidio. Il rischio di suicidio è associato a sentimenti di disperazione, di rabbia incontrollabile, e spesso induce ad agire in modo imprudente o rischioso, senza meditare sulle conseguenze di un certo comportamento. Spesso solo perché si sente intrappolato e senza via d'uscita. Il rischio può essere associato al consumo di alcol e droga, alla perdita di amicizie, della famiglia, e dei contatti sociali. Ansia, agitazione, disturbi del sonno sono sempre identificabili in presenza di rischio di suicidio. L'individuo a rischio riferisce spesso di cambiamenti marcati del tono dell'umore, di mancanza di motivi per vivere e dell'incapacità di cogliere il senso della vita. Sono da tener particolarmente presenti anche le minacce dirette o indirette di suicidio che il soggetto fa; i suoi eventuali precedenti tentativi di suicidio; alcuni cambiamenti nel comportamento, come il ripiegamento su se stesso, apatia, e tutta la complessa sintomatologia legata alla depressione, compresa hopelessness, la perdita di iniziativa e di interessi, l'atteggiamento di chi cerca di disfarsi di oggetti personali e altro;

oltre la metà dei decessi dovuti a suicidio riguarda la fascia d'età compresa tra i 17 ed i 23 anni. Il suicidio negli adolescenti è un fatto molto complesso, perché il tentativo di suicidio od anche l'idea del suicidio rappresenta un'urgenza esistenziale assoluta. Il suicidio tentato, progettato e spesso eseguito occupa un posto di primo piano nelle difficoltà esistenziali dell'adolescenza e pone in modo deciso il problema della diagnosi e dei limiti tra normalità e patologia del comportamento. Negli adolescenti al di sotto dei 16 anni, l'incidenza del suicidio è ancora molto bassa, ma vi è un'alta frequenza di minacce e di tentati suicidi, spesso legati ad insuccessi e a frustrazioni nel campo scolastico e sentimentale, laddove l'adolescente si cimenta per la prima volta con situazioni in cui la sua immagine viene umiliata e calpestata e lui percepisce questo come un vulnus insopportabile;

gli anziani non amano parlare dei loro stati emotivi, soprattutto quando si sentono soli e rivelano le loro intenzioni con grande difficoltà. Tendono a rivolgersi prevalentemente al loro medico di famiglia, che in genere cerca di minimizzare il rischio riconducendolo nel quadro di una depressione tipica dell'età. Sono stati 2.986 i suicidi commessi in Italia nel corso del 2009, con un aumento del 5,6 per cento rispetto all'anno precedente (2.828 i casi nel 2008), invertendo la dinamica decrescente dell'ultimo biennio. L'incremento registrato investe sia la componente femminile della popolazione (+1,6 per cento, con 643 casi rispetto ai 631 del 2008), sia soprattutto la componente maschile (+5,6 per cento passando da 2.197 a 2.343). Conseguentemente, l'incidenza della componente maschile (78,5 per cento contro il 21,5 per cento di quella femminile) raggiunge nel 2009 il valore più alto mai registrato negli ultimi decenni, con un indice di mascolinità pari a 364,4 suicidi compiuti da uomini ogni 100 femminili (si tratta anche in questo caso di un valore record). In costante aumento l'incidenza della componente maschile anche nei tentati suicidi: dopo il «sorpasso» avvenuto nel 2001, quando per la prima volta in Italia i tentati suicidi degli uomini hanno superato quelli delle donne (con il 50,2 per cento dei casi contro il 49,8 per cento), nel 2009 i tentati suicidi degli uomini rappresentano il 53,8 per cento (contro il 46,2 per cento femminile) e l'indice di mascolinità ha raggiunto un valore record pari a 116,4;

la compresenza di altre patologie crea una situazione comorbilità, che richiede una polifarmacoterapia, non sempre facile da gestire. Il fatto che maggiormente colpisce negli anziani è che il 75 per cento di coloro che si suicidano non aveva mai provato a farlo prima. Ad un certo punto si crea in alcuni di loro la drammatica sensazione di non riuscire più a vivere e ricorrono a soluzioni estreme, scegliendo soprattutto l'ingestione di farmaci o in alcuni casi la morte traumatica. Una cattiva elaborazione degli eventi luttuosi accentua lo scatenamento di auto-aggressività suicidale. Altri fattori predisponenti al suicidio nell'anziano sono la presenza nella famiglia di una o più persone con handicap fisici o psichici, una grave malattia organica e soprattutto la solitudine. Si tratta sempre di elementi destrutturanti della personalità e del vissuto dell'individuo e come tali non sintetizzabili nella qualità del residuo di vita dell'anziano, che non riesce più ad elaborare il desiderio di una nuova vita, una vita diversa, che non si dibatta più tra

solitudine, malattia e angoscia. Disgraziatamente la formazione dei medici di medicina generale e dei geriatri non prevede un training specifico per la prevenzione del suicidio. Quasi il 90 per cento di coloro che soffrono di depressione possono essere curati con successo con i farmaci, con psicoterapia, o una combinazione di entrambi. Ma soprattutto necessitano di un mix di socio ed ergoterapia che restituisca loro le ragioni per vivere attraverso una riscoperta positiva delle ragioni che rendono la vita degna e bella da vivere;

sono 66 i suicidi di detenuti dall'inizio dell'anno. Da un lato, ci sono i penitenziari sovraffollati, ma il fatto nuovo è la tendenza a suicidarsi tra i detenuti prossimi alla scarcerazione. Spaventa il ritorno in una società dove si è soli, tra legami familiari ormai spezzati e la ricerca proibitiva di un lavoro. Attualmente è molto cambiata la popolazione carceraria. Non ci sono più soltanto i delinquenti abituali, ma categorie eterogenee: poveri, clochard, stranieri; persone che hanno commesso reati perché colpiti dalla crisi economica; persone depresse dipendenti da psicofarmaci; e giovanissimi, condannati per reati commessi sotto l'effetto di droghe;

oggi sono quasi 70mila i carcerati e le statistiche confermano che c'è una recidiva che va oltre il 66 per cento per chi ha scontato tutta la pena in carcere; mentre la percentuale scende al 31 per cento se si tratta di persone che hanno seguito percorsi di effettivo reinserimento. E se solitudine e disperazione sono alla base dei suicidi in carcere, occorre avere presente che il suicidio in carcere è la tappa finale di una fuga, spesso annunciata. E talvolta mancata. È la Toscana a detenere il primato dei tentati suicidi nelle carceri dove, dal 1° gennaio al 30 settembre 2010, sono stati 141. Al primo posto Livorno con 40, seguita da Pisa con 21, e Firenze Sollicciano con 20. Seguono Lecce con 36, Napoli Poggioreale con 29, Roma Rebibbia con 27, Napoli Secondigliano con 26, Cagliari con 24, Milano San Vittore con 21 e Como con 18. Capofila è dunque la Toscana con 141 tentativi di suicidio, seguita da Sicilia con 91, Lombardia con 90 e Campania con 89. In Italia nello stesso periodo sono stati 911. L'altra faccia del dramma delle carceri è rappresentata dalla grave deficienza organica del Corpo di polizia penitenziaria con meno 6.500 unità, questo significa che i livelli di sicurezza travalicano ogni previsto limite minimo. Non solo, quindi, la polizia penitenziaria non può adempiere al compito costituzionale della rieducazione e del reinserimento, ma non può neppure garantire la mera sorveglianza. È difficile fermare la macchina dei suicidi in un contesto in cui si registrano sovraffollamento, mancanza di attenzione umana alla persona del carcerato, carenza di risorse efficaci per garantire un reinserimento, che preveda anche una adeguata riqualificazione professionale. Considerato che a causa del sovraffollamento non è possibile garantire una detenzione rispettosa della dignità delle persone, è auspicabile che, nell'attesa che siano messe a punto soluzioni di più ampio respiro, siano attuate subito misure per rendere almeno più decenti le condizioni di vita nelle carceri, intervenendo per rendere più umani i rapporti con le famiglie e garantendo una effettiva tutela della salute. Anche questo è parte integrante della prevenzione del suicidio nelle carceri;

le cronache degli ultimi mesi hanno registrato una triste serie di suicidi commessi da titolari di imprese che per effetto di crisi finanziarie ed economiche si sono trovati in grave stato di indebitamento, di insolvenza, di fallimento. L'ultimo grido dei senza voce: un suicidio al giorno tra i disoccupati. Si è avuto un record di casi per motivi economici. Ciò che sembra caratterizzare il fenomeno suicidario è la sua forte interdipendenza con la crisi economico-occupazionale: sono stati infatti 357 i suicidi compiuti da disoccupati nel 2009, con una crescita del 37,3 per cento rispetto ai 260 casi del 2008 (sono stati 270 nel 2007, 275 nel 2006 e 281 nel 2005), generalmente compiuti da persone espulse dal mercato del lavoro (272 in valori assoluti, pari al 76 per cento a fronte di 85 casi di persone in cerca di prima occupazione). Anche in termini relativi appare evidente come il lavoro costituisca un vero e proprio discrimine nella lettura del fenomeno suicidario: nel 2009 si registrano infatti ben 18,4 suicidi ogni 100 mila disoccupati (il valore sale a 30,3 tra gli uomini a fronte di 5,7 tra le donne), contro 4,1 suicidi tra gli occupati (6 tra gli uomini e 1,4 tra le donne), confermando la centralità del lavoro nella possibilità di costruire e/o di portare avanti un progetto di vita, soprattutto nella componente maschile della popolazione. Un ulteriore indicatore del rapporto diretto tra il fenomeno suicidario e la crisi è rappresentato dal numero dei

suicidi per ragioni economiche (al di là di quanto sia effettivamente possibile stabilire una lettura univoca del «movente» che raggiungono proprio nel 2009 il valore più alto degli ultimi decenni (198 casi, con una crescita del 32 per cento rispetto ai 150 casi del 2008 e del 67,8 per cento rispetto ai 118 casi del 2007). In termini relativi i suicidi per motivi economici arrivano a rappresentare nel 2009 il 10,3 per cento del fenomeno «spiegato» (non considerando cioè i casi di cui non si è stabilita una motivazione) a fronte di appena il 2,9 per cento rilevato nel 2000. Non risulta superfluo evidenziare come il suicidio per ragioni economiche rappresenti un fenomeno quasi esclusivamente maschile (95 per cento dei casi nel 2009) a conferma di come questo si leghi alla acquisizione perdita di identità e di ruolo sociale definita dal binomio lavoro/autonomia economica;

nella maggior parte di queste cronache la causa principale del suicidio viene attribuita alla negazione di linee di credito da parte di banche o di società finanziarie e al contemporaneo aumento della pressione fiscale. Ben poco però viene raccontato del contesto extraeconomico in cui è maturato il tragico gesto (stato di salute fisica e psichica, rapporti familiari, affettivi, sociali), mentre maggiore dovizia di particolari è riservata al «mezzo di esecuzione» (arma da fuoco, impiccagione, precipitazione, avvelenamento, e altro) non solo perché sono più facili da accertare, ma anche perché rispondono maggiormente alla curiosità dei lettori e degli ascoltatori. Quasi nulla viene detto della tragica solitudine in cui si è consumato questo gesto estremo e della svolta positiva che poteva imprimere qualche forma di compagnia e di solidarietà concreta. Sono suicidi che a volte vengono «usati» per mettere sotto accusa le banche, il fisco, il Governo, le politiche di rigore, come se in questi campi non bastassero altre e ben più robuste argomentazioni. Accanto alla comprensione addolorata e silenziosa per chi ha commesso il suicidio, c'è però il rischio di alimentare, nelle persone fragili, comportamenti imitativi. L'impietoso meccanismo della comunicazione gridata e accusatoria soffoca le riflessioni sulle ragioni profonde che conducono alla decisione di «farla finita» e non aiuta a guardare in faccia ai reali aspetti di questo fenomeno. Si deve purtroppo riconoscere che in presenza di crisi economiche, come di eventi che indeboliscono i legami sociali e familiari, per conflitti, abbandoni, separazioni, perdita di persone care, la «corrente suicidogena» aumenta di intensità nel corpo della società tra i suoi membri più fragili, come hanno documentato gli studi sull'andamento dei tassi di suicidio in ciascuna società e fase storica. Al pari di altri comportamenti «devianti» e «anomici» il tasso di suicidio è un drammatico campanello di allarme del disagio collettivo in cui versa la società che si contribuisce a costruire. In presenza di eventi sfavorevoli è purtroppo noto che anche i suicidi possano aumentare, sia in senso generale, sia nei gruppi sociali più svantaggiati, per età, stato civile, condizione lavorativa posizione occupazionale;

molta gente che soffre di depressione fino a meditare il suicidio può nascondere la sua sofferenza e sembrare felice. A volte una persona suicida da dei segnali che indicano la sua disperazione. Conoscere i sintomi della depressione e i segnali di pericolo di suicidio facendo domande dirette riguardo alla sofferenza della persona può aiutare radicalmente una persona cara o un paziente. Il suicidio si può prevenire. La maggior parte degli individui con rischio di suicidio vuole assolutamente vivere; costoro non riescono però a trovare possibili alternative ai loro problemi. La maggior parte degli individui emette chiari segnali inerenti alla intenzione suicida, ma spesso gli altri non colgono il significato di tali messaggi oppure non sanno come rispondere alla loro richiesta d'aiuto. Parlare del suicidio non induce nell'altro un proposito suicidario; al contrario, l'individuo in crisi e che pensa al gesto si sente sollevato, ed ha l'opportunità di sperimentare un contatto empatico. Non bisogna sottovalutare mai chi medita il suicidio. Per una persona determinata al suicidio il desiderio di vivere è oscuro dalla sofferenza a causa della malattia. La decisione di suicidarsi è realmente un desiderio di smettere di soffrire. Non bisogna sottovalutare mai qualcuno anche se dice solo che sta pensando al suicidio;

il suicidio affligge profondamente gli individui, le famiglie, i luoghi di lavoro, la comunità e la società nel suo complesso. Coloro che perdono un loro caro a causa del suicidio rimangono a lungo traumatizzati e sono anch'essi a rischio di suicidio. La sfida della prevenzione del suicidio dovrebbe essere intrapresa dalla collettività. Gli addetti alla salute mentale e tutti gli operatori che

entrano in contatto con la popolazione generale per fornire servizi di assistenza, consulenza e supporto dovrebbero offrire informazioni chiare e precise sul riconoscimento e sulla gestione del soggetto suicida. Campagne di sensibilizzazione a livello nazionale proposte dalle autorità competenti dovrebbero essere estese a tutta la popolazione, rispettando le linee guida proposte ai mass-media per la diffusione di servizi e reportage riguardanti il fenomeno suicidario. Per ridurre il rischio di comportamenti imitativi o di contagio occorre mettere in evidenza come spesso il suicidio è una complicazione in diversi tipi di patologia mentale, per questo non bisogna mai presentarlo in stile eroico e romantico, mentre è indispensabile dare spesso informazioni adeguate sulle risorse disponibili per il trattamento e la prevenzione del comportamento suicidario. C'è la necessità di creare una cultura che permetta la lotta contro il suicidio incoraggiando ad accettare l'aiuto necessario a ricercare aiuto da parte di persone autorevoli con cui stabilire un'alleanza per formare personale professionalmente corretto, capace di attuare i principi di prevenzione del suicidio;

i dati della letteratura hanno confermato ampiamente l'azione delle stereotipie mediatiche nell'indurre comportamenti imitativi in soggetti vulnerabili. Le principali organizzazioni che si occupano della prevenzione del suicidio hanno segnalato più volte la necessità di cambiare il modo di riportare il suicidio attraverso i mezzi di comunicazione di massa. L'American Association of Suicidology, l'American Foundation for Suicide Prevention e Annenberg Public Policy Center sostengono l'urgente necessità di modificare le stereotipie linguistiche dei media riguardo al suicidio. Un gran numero di studi ha rilevato la forte connessione tra la diffusione di notizie, immagini, film, telefilm e persino brani musicali e l'incremento di condotte suicidarie. Per cogliere il ruolo dei media nell'agevolare i suicidi, si devono verificare le seguenti condizioni: l'associazione tra trattazione del suicidio da parte dei media e gli effettivi suicidi che si verificano dopo la divulgazione deve presentare una certa consistenza e una effettiva specificità; l'associazione deve essere statisticamente significativa e deve esserci un nesso cronologico tra diffusione di informazioni e suicidi. Le stereotipie mediatiche sono strettamente connesse al contesto culturale;

i mass media riescono ad influenzare maggiormente l'opinione pubblica quando si parla di individui ben conosciuti per il loro nome e per il loro volto; quando il suicidio è presentato come un atto nobile che libera il soggetto dal dolore e dalla sofferenza. Alcuni autori hanno ricercato un nesso significativo con storie di suicidio che occupano le prime pagine dei giornali ed eventi di vario genere che possono essere ricondotti al suicidio. Secondo alcuni esiste una connessione tra la condotta mediatica di presentare in prima pagina un suicidio e il numero di tentativi di suicidio nelle settimane successive la divulgazione della notizia. I servizi sul suicidio possono indurre un aumento del comportamento suicidario, soprattutto quando vengono enfatizzati e descrivono il metodo di suicidio utilizzato; sono i giovani e gli anziani a essere particolarmente esposti a questo tipo di influenza. I media possono non rendersi conto di quanto sia facile fornire tutti gli ingredienti necessari a un suicidio a coloro che in quel momento sono particolarmente vulnerabili dal messaggio. Eppure la «ricetta» è sempre la stessa: situazioni fin troppo reali vengono divulgate e si inseriscono con una facilità estrema nel contesto socio-culturale della massa, divenendo modelli di soluzione. Secondo la teoria del comportamento contagioso, un individuo ha pre-esistenti motivazioni per realizzare un certo comportamento ma possono esistere delle inibizioni che lo possono bloccare. Attualmente si riscontra la forte necessità ad arginare quei particolari modi tipici dei media nel riportare una notizia di suicidio o nel rappresentarlo nelle più variegata forme, molte delle quali capaci di indurre comportamenti imitativi;

è ormai noto che il mezzo di comunicazione di massa maggiormente utilizzato dai giovani è internet. Per questo motivo la ricerca si deve focalizzare sul ruolo che tale mezzo di comunicazione riveste per quanto riguarda la salute mentale dei giovani, e per quanto riguarda i comportamenti suicidari. Pochi studi finora hanno effettuato una correlazione tra l'uso di internet e il rischio di suicidio. Ci sono casi in cui la morte di un adolescente è legata a siti che istigano al suicidio, per cui internet funge come un trigger per quanto riguarda il comportamento suicidario. Un recentissimo studio, effettuato su una popolazione di adolescenti, ha dimostrato che una storia di ideazione suicidaria può essere correlata alla ricerca di informazioni su internet riguardanti il

suicidio. Il ruolo di internet sul comportamento e sulla mente degli adolescenti non è da sottovalutare ed è di fondamentale importanza studiare attentamente in che modo internet possiede un ruolo nell'incremento dei tassi di suicidio e come prevenire gli effetti negativi derivanti dall'uso del web. Una proposta concreta potrebbe essere quella di creare siti web anti-suicidio, che forniscano informazioni utili ad adolescenti e giovani adulti con propositi auto lesivi e che possono andare alla ricerca di una risposta concreta tramite il web; uno studio ha dimostrato che i giovani con ideazione suicidaria frequentemente accedono alla rete alla ricerca di informazioni sul suicidio, probabilmente alla ricerca di un aiuto. Per questo potrebbe essere efficace creare una rete di informazioni e di supporto tramite siti internet che contrastino la disinformazione e i siti che incitano al suicidio;

un crescente numero d'iniziative ha condotto all'elaborazione di linee guida atte a migliorare il metodo con il quale la prevenzione del suicidio è trattata. È bene che la politica si assuma le sue responsabilità, che prenda atto del problema, che dichiari solidarietà e soprattutto che metta in campo risorse concrete per fronteggiare un problema che di anno in anno è sempre in aumento;

secondo i firmatari del presente atto di indirizzo, inoltre, la politica non può ignorare il dibattito che si riaccende spesso davanti a circostanze diverse e che riguarda le dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario (DAT); i trattamenti sanitari «straordinari, non proporzionati, non efficaci o non tecnicamente adeguati agli obiettivi di cura e/o di sostegno vitale» devono essere evitati. Ma il divieto di accanimento terapeutico non legittima direttamente o indirettamente pratiche eutanasiche o di abbandono terapeutico che possano risultare forme di suicidio assistito. È necessario trovare il giusto equilibrio tra diritto alla vita e diritto alla libertà,

impegna il Governo:

a valorizzare esperienze come il servizio per la prevenzione dei disturbi dell'umore e del suicidio, attivo presso l'ospedale Sant'Andrea di Roma, punto di riferimento per le persone che vogliono tentare o hanno tentato il suicidio per le persone che hanno perso un loro caro per suicidio, centro che lavora 24 ore su 24 e ha creato un'ampia rete di volontariato, coinvolgendo persone con profili professionali di eccellenza: medici, psicologi, assistenti sociali, e altro;

a promuovere una cultura specifica nell'ambito dei mezzi di comunicazione di massa, obiettivo importante da raggiungere, soprattutto per ciò che concerne la divulgazione dei mezzi di supporto a disposizione di coloro che sperimentano il comportamento suicidario;

ad assumere ogni iniziativa di competenza per garantire un'adeguata presenza di psichiatri e psicologi non solo presso i centri di salute mentale, ma anche presso le carceri, i centri per anziani, gli sportelli scolastici e i servizi di pronto soccorso;

ad assumere iniziative per stanziare risorse adeguate al volume di richieste, dirette ed indirette, per venire incontro alle necessità degli individui in crisi, riducendo notevolmente la possibilità che si verifichino suicidi, promuovendo la diffusione di servizi di ascolto per persone disoccupate o cassintegrate;

ad assumere iniziative per migliorare i livelli di formazione della futura classe medica considerato che di suicidio si parla quasi esclusivamente nell'ambito della scuola di specializzazione di psichiatria, mentre sarebbe urgente un training formativo per i pediatri e per i medici di medicina generale, per i geriatri e per tutto il personale sanitario in generale;

a favorire la creazione di reti sociali che svolgano un efficace lavoro di prevenzione per adolescenti e per anziani, per chi lavora e per chi è disoccupato, tenendo conto che rafforzare la rete dei servizi sociali richiede spazi e tempi, risorse umane e risorse economiche, che è possibile reperire solo se si è davvero convinti che la vita umana non ha prezzo e merita davvero la massima attenzione possibile;

a realizzare programmi di informazione nelle scuole che tengano conto di strategie e iniziative rivolte a tutta la popolazione studentesca per aumentare la consapevolezza del fenomeno e fornire indicazioni sulle modalità di aiuto;

a promuovere l'istituzione di una rete telefonica nazionale di primo soccorso, collegata al Ministero della salute, attiva 24 ore su 24, e di comitati per la prevenzione del suicidio a livello territoriale.

(1-01138)

«Binetti, Nunzio Francesco Testa, De Poli, Calgaro, Anna Teresa Formisano, Compagnon, D'Ippolito Vitale, Poli, Di Virgilio, Sarubbi, Mancuso, D'Incecco, Barani, Mussolini, De Nichilo Rizzoli, Bocciardo, Mosella, Bonciani, Lehner, Ciccio, Patarino, Pezzotta, Mondello, Ruggeri, Mereu, Cera, Ciccanti, Marcazzan, Versace, Sardelli, Antonione, Polidori, Stasi, Mottola, De Pasquale, Consolo, Angela Napoli, Lo Presti, Muro, Luciano Rossi, Di Vizia, Barbaro, Proietti Cosimi, Di Centa, Toto, Vignali, Cazzola, Girlanda, Gioacchino Alfano, De Luca, Crolla, Meloni, De Camillis, Abelli, Gottardo, Dell'Elce, Scandroglio, Mantovano, Pianetta, Stanca, Costa, Cassinelli, Frassinetti, Landolfi, Porcu, Bernini Bovicelli, Pelino, Cannella, Nola, Renato Farina, Angeli, Picchi, Laffranco, Beccalossi, Zinzi, Bosi, Rubinato, Occhiuto, Enzo Carra, Ria, Adornato, Isidori, Misiti, Iapicca, Giorgio Merlo, Adinolfi».