

# SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XVI LEGISLATURA —————

**Giovedì 17 dicembre 2009**

**304<sup>a</sup> e 305<sup>a</sup> Seduta Pubblica**

---

## **ORDINE DEL GIORNO**

**alle ore 9,30**

**I. Discussione delle mozioni nn. 212, 219, 220 sull'obesità infantile** (*testi allegati*).

**II. Discussione della mozione n. 204 sulla proliferazione di armi nucleari** (*testo allegato*).

**alle ore 16**

**Interpellanza e interrogazioni** (*testi allegati*).

## MOZIONI SULL'OBESITÀ INFANTILE

(1-00212) (3 dicembre 2009)

GARAVAGLIA Massimo, RIZZI, BOLDI, PITTONI, ADERENTI, MARAVENTANO, VALLARDI, MONTANI. – Il Senato,

premessi che:

in tutti i Paesi del mondo occidentale, l'obesità infantile rappresenta un problema di notevole rilevanza sociale. Secondo le National Center for disease control and prevention Health and Nutrition Examination Surveys condotte dal Centro di statistica sanitaria dei CDC, il 16 per cento dei bambini e ragazzi americani nella fascia d'età 2-16 anni è obeso (ovvero presenta un indice di massa corporea superiore al 95° percentile nelle curve di crescita), mentre negli anni '60-'70, il problema colpiva appena il 5 per cento del campione;

anche in Italia, nonostante il consolidamento di abitudini alimentari familiari incentrate sulla dieta mediterranea, il fenomeno sta assumendo dimensioni preoccupanti: la sorveglianza in età infantile «Okkio alla Salute» (sistema di monitoraggio finalizzato alla raccolta di informazioni sulle abitudini alimentari e l'attività fisica nei bambini di 6-10 anni) stima che i bambini tra i 6 e gli 11 anni con problemi di eccesso ponderale, in Italia, siano ben 1.100.000. Il 12 per cento dei bambini risulta obeso, mentre il 24 per cento è in sovrappeso: più di un bambino su tre, quindi, ha un peso superiore a quello che dovrebbe avere per la sua età;

anche se nessuna regione può dirsi esente dal problema, le differenze sul territorio sono notevoli, con situazioni più gravi al Centro e soprattutto al Sud: l'analisi svolta da «Okkio alla Salute» sui bambini di 8 e 9 anni mostra che le regioni più colpite sono Campania, Molise, Calabria, Sicilia e Basilicata. Tale dato conferma il gradiente Nord-Sud del fenomeno, misurato sugli adulti, che mostra come la percentuale della popolazione in sovrappeso o obesa tra 18 e 69 anni sul totale oscilla fra il 33 per cento di persone in Lombardia ed il 54 per cento in Basilicata;

all'obesità infantile sono associate sia conseguenze cosiddette precoci (problemi di tipo respiratorio, articolare, nonché disturbi dell'apparato digerente o di carattere psicologico), sia conseguenze cosiddette «tardive», in quanto l'obesità infantile rappresenta un fattore predittivo di obesità nell'età adulta, di regola associato a disfunzioni di natura cardiocircolatoria, muscoloscheletrica, metabolica e disturbi alimentari, fino allo sviluppo di tumori del tratto gastroenterico;

nella società occidentale contemporanea, la diffusione dell'obesità infantile, pur costituendo un problema sanitario a tutti gli effetti, affonda le proprie radici in abitudini sociali ed approcci culturali che trovano nella diseducazione alimentare il loro minimo comune denominatore;

dal punto di vista medico-scientifico, l'obesità infantile è il risultato di un bilancio energetico positivo protratto nel tempo, prodotto da uno stile di vita sedentario e da un'alimentazione ad alto consumo calorico;

dal punto di vista socio-culturale, l'obesità infantile nasce, viceversa, dalla generale propensione delle famiglie italiane a considerare patologica, nei bambini, la sotto-alimentazione piuttosto che il suo inverso; tale comportamento si traduce in scelte alimentari spesso inadeguate alle effettive esigenze alimentari dell'infanzia, inclini piuttosto ad assecondare gusti e preferenze dei bambini piuttosto che ad orientarne le scelte verso alimenti sani e nutrienti;

se l'obesità infantile presenta indubbiamente una genesi multifattoriale, operando come la risultante di diverse cause che interagiscono tra loro, determinanti appaiono sicuramente le cause socio-culturali del problema: a parte i rari i casi di obesità legati ad alterazioni ormonali quali ipotiroidismo o disfunzioni surrenali, nella maggior parte delle situazioni l'obesità è la conseguenza di una eccessiva e/o cattiva alimentazione, legata o meno ad una ridotta attività fisica e a fattori di tipo genetico e familiare;

tali considerazioni trovano chiara conferma nei risultati dell'indagine Multiscopo del 2000, condotta dall'Istituto nazionale di statistica (Istat), che riportano lo «stato dell'arte» del sovrappeso e dell'obesità infantile ed adolescenziale in Italia;

l'indagine, infatti, ha chiaramente evidenziato la correlazione esistente tra l'esposizione al rischio di un eccesso di peso per i ragazzi con età compresa tra i 6 e i 17 anni ed i fattori della familiarità (sia nella sua componente genetica che in quella ambientale), della sedentarietà, dello *status* socio-economico (connesso al livello di istruzione della madre). In particolare si segnala che:

a) in relazione al fattore «familiarità», l'indagine ha dimostrato come, in presenza di entrambi i genitori in sovrappeso o obesi, la percentuale di ragazzi che presentano lo stesso disturbo è di circa il 34 per cento; la percentuale scende al 25 per cento se uno solo dei due genitori presenta il problema (con una leggera variazione tra il caso di sovrappeso-obesità materno pari al 25,4 per cento – ovvero paterno pari al 24,8 per cento), fino ad attestarsi al 18 per cento se nessuno dei due genitori lamenta un eccesso di peso; se la fascia di età esaminata si limita al caso dei bambini tra i 6 e i 13 anni, l'esposizione al rischio sale addirittura al 42,1 per cento se in famiglia (inteso in senso allargato) c'è almeno un adulto obeso;

b) con riferimento al dato della sedentarietà, l'indagine ha evidenziato come, nei bambini in fascia di età 6-13 anni, l'esposizione al rischio dell'eccesso di peso segni un incremento di 10 punti percentuali (dal 28,7 per cento al 37, 3 per cento) a seconda che il bambino pratici o meno regolare attività fisica;

c) con riferimento allo *status* socio-economico, la percentuale dei ragazzi tra i 6 e i 17 anni di età con eccesso di peso segna una contrazione di 3 punti percentuali (dal 26,6 per cento al 23,1 per cento) a se-

conda che il giudizio sulle risorse economiche della famiglia sia, rispettivamente, negativo ovvero positivo; la correlazione è evidente anche con il livello di istruzione della madre: i dati confermano, infatti, che il rischio di obesità infantile è superiore nel caso in cui la madre abbia la licenza elementare o nessun titolo di studio (25,9 per cento di bambini e adolescenti con eccesso di peso, mentre se il titolo di studio è una laurea o un diploma di scuola media superiore la percentuale di rischio scende al 22,5 per cento);

molti dei fattori che secondo l'indagine multiscopo ISTAT condizionano l'esposizione al rischio di sovrappeso o obesità infantile presentano chiaramente una matrice di ordine socio-culturale; proprio tale constatazione impone di soffermare l'attenzione sull'adozione di strumenti di sensibilizzazione attraverso la comunicazione istituzionale finalizzati a promuovere un nuovo approccio al problema;

una strategia di comunicazione istituzionale incentrata sulla prevenzione dei problemi dell'obesità infantile appare infatti determinante, almeno nel medio periodo, per prevenire la diffusione del fenomeno e favorire il consolidamento di nuovi stili di vita;

in Francia è stato avviato negli ultimi anni, con il patrocinio del Ministero della famiglia, il Ministero della gioventù, dell'istruzione nazionale e della ricerca, il Ministero dell'agricoltura, dell'alimentazione, della pesca e degli affari rurali, il progetto EPODE, Ensemble prévenons l'Obésité des enfants, che contempla diverse iniziative per combattere e prevenire l'obesità infantile;

in particolare, il progetto EPODE prevede di integrare i corsi scolastici con una formazione in tema di educazione alimentare, di ripensare il momento della ricreazione al fine di contrastare la sedentarietà, di adeguare l'offerta alimentare nelle mense scolastiche al fine di consentire agli studenti di assaporare alimenti diversi, di promuovere azioni come il programma Pedibus, consistente nell'organizzazione di autobus scolastici pedonali, coordinati dai genitori;

tra le diverse iniziative contemplate dal progetto EPODE, particolare rilevanza assume quella che utilizza i canali pubblicitari come veicolo per sensibilizzare i bambini e le loro famiglie sull'importanza di un'alimentazione sana, abbinando alle tradizionali affissioni commerciali messaggi di comunicazione sociale che richiamino l'attenzione sugli stili di vita (il consumo di frutta e verdura, la varietà della dieta, la pratica sportiva) che maggiormente possono contribuire a prevenire il problema dell'obesità;

anche negli Stati Uniti, al fine di bloccare entro il 2010 l'epidemia di obesità infantile, l'American Heart Association e la Clinton Foundation hanno creato l'alleanza Healthier Generation, «per una generazione più sana», che in particolare ha individuato nelle scuole e nell'industria alimentare e della ristorazione i principali interlocutori. L'Alleanza ha promosso diverse iniziative, anche a carattere pubblicitario, per incentivare una sana alimentazione, ad esempio promuovendo una campagna salutista a base di *show* televisivi, giochi sul *web* e altro;

grazie ad un sapiente utilizzo degli strumenti di comunicazione per disincentivare il consumo di merendine ed i pomeriggi davanti alla tv, per la prima volta dopo 25 anni di crescita costante il tasso di diffusione dell'obesità infantile ha segnato, negli Stati Uniti, una battuta d'arresto, come confermato dall'analisi dei dati raccolti dai CDC dal 1999 al 2006,

impegna il Governo a promuovere anche in Italia l'avvio di un programma innovativo di comunicazione sociale per contrastare la diffusione dell'obesità infantile, modulato sulle esperienze straniere esposte in premessa, che impegni le aziende alimentari (ed in particolare quelle che producono alimenti a rischio per la dieta alimentare dei bambini) ad accompagnare i tradizionali messaggi pubblicitari commerciali con frasi che incentivino l'adozione di stili di vita salubri.

(1-00219) (9 dicembre 2009)

SERAFINI Anna Maria, AMATI, ANTEZZA, BASSOLI, BOSONE, CERUTI, CHIAROMONTE, DONAGGIO, FRANCO Vittoria, GARAVAGLIA Mariapia, RUSCONI, SOLIANI, VERONESI, VITA, ZAVOLI. – Il Senato,

premessi che:

l'Italia è ai primi posti in Europa per il numero di bambini in sovrappeso e i dati sono destinati a peggiorare in quanto in Europa il sovrappeso in età scolare cresce al ritmo di circa 400.000 casi all'anno;

dal 30 al 60 per cento dei bambini obesi mantengono l'eccesso ponderale in età adulta e presentano, più frequentemente del previsto, alterazioni metaboliche e complicanze rispetto all'obesità che si manifesta in età adulta;

l'adulto che è obeso, fin dall'età evolutiva, avrà un maggior rischio di mortalità e morbilità rispetto ad un suo pari che non era obeso quando era bambino;

secondo la recente indagine «Okkio alla salute», in Italia il 23,6 per cento dei bambini è sovrappeso e il 12,3 per cento è obeso; più di un bambino su tre ha un peso superiore a quello che dovrebbe avere per la sua età. Riportando questi valori a tutta la popolazione di bambini di età 6-11 anni si giunge ad una stima di più di un milione di bambini sovrappeso od obesi in Italia;

inoltre, nel contesto culturale dei Paesi occidentali il bambino obeso può sviluppare un disagio psicologico che può contribuire all'instaurarsi di un disturbo del comportamento alimentare (DCA): è stato stimato che in età pediatrica i DCA siano presenti per il 3-5 per cento;

una ricerca recente mette infatti in evidenza la stretta relazione che intercorre tra bassa autostima e eccesso di peso nei bambini obesi (Hesketh, Wake e Waters);

per quanto riguarda i danni della pubblicità sulla salute dei minori, in base agli studi condotti da ricercatori del National Bureau of Economic Research (NBER) con il finanziamento dei National Institutes of Health (NIH), pubblicati il 28 marzo 2009 dal Journal of Law and Economics dell'Università di Chicago, il divieto di *spot* di *fast food* nei programmi

per bambini e ragazzi ridurrebbe del 18 per cento il tasso di obesità nei bambini e del 14 per cento negli adolescenti statunitensi. Non a caso, gli *spot* pubblicitari nei programmi per bambini sono vietati in molti Paesi, anche europei, quali in particolare Svezia, Norvegia e Finlandia;

sarebbe auspicabile un intervento anche nel nostro Paese in tali materie, considerando peraltro che l'Italia detiene il triste primato europeo del numero di bambini sovrappeso o obesi; fenomeno alla cui crescita la pubblicità concorre, inducendo nei minori l'abitudine a mangiare quello che viene definito *junk-food*;

i dati presentati dalla Società italiana di pediatria nell'audizione svoltasi nella seduta della Commissione parlamentare per l'infanzia e l'adolescenza del 24 settembre 2008 sull'influenza della televisione sui comportamenti degli adolescenti, dimostrano come la visione della TV incida fortemente sulle abitudini alimentari dei bambini. Più TV si guarda, più si mangiano solo le cose che piacciono, più aumenta nettamente il consumo di merendine confezionate, mentre cala considerevolmente il già basso consumo di verdura e aumenta il consumo di dolci e salumi;

secondo una recente ricerca condotta dall'Università Roma Tre in collaborazione con l'Osservatorio di Pavia, un bambino italiano che guarda una media di tre ore di televisione al giorno subisce circa 32.850 pubblicità di alimenti nell'arco di un anno; in sostanza una ogni cinque minuti (una ogni dieci nel resto d'Europa). Un massiccio bombardamento che è stato monitorato nel corso dell'indagine «In bocca al lupo. La pubblicità e i comportamenti alimentari dei ragazzi». In complesso, sono state sottoposte ad analisi 24 reti televisive in 11 Paesi europei. Dallo studio è emerso che la situazione italiana appare peggiore della media europea. Le differenze numeriche tra i Paesi considerati sono significative: la Svezia, ad esempio, trasmette solo un quindicesimo degli *spot* trasmessi in Polonia e circa un decimo di quelli trasmessi in Italia. Se poi si entra nei contenuti dei messaggi trasmessi, si vede che in Italia gli *spot* che pubblicizzano alimenti ricchi di zuccheri, grassi e sali, quindi ipercalorici, interessano il 36 per cento della pubblicità e ovviamente nessuno *spot* ammonisce circa il corretto consumo di tali cibi. Al contrario, l'idea di usare la pubblicità per insegnare a mangiare bene è una pratica utilizzata in Paesi come Spagna, Gran Bretagna, Polonia e Portogallo. Pertanto, alla luce di queste considerazioni, si ritiene di fondamentale importanza ribadire la necessità di un sistema di limitazioni normative per la pubblicità commerciale, mirate agli obiettivi di tutela dei minori, che li proteggano dagli effetti dannosi e nello stesso tempo valorizzino la produzione di qualità;

ritenuto che occorra:

concepire la prevenzione dell'obesità infantile come un percorso che si appoggi su un approccio integrato che tenga conto dei fattori economici, sociali, ambientali e si dispieghi nella lunga prospettiva;

fondare questa strategia sulla mobilitazione dell'insieme degli attori interessati, l'articolazione delle politiche pubbliche, i partenariati, la promozione della salute e la non denigrazione delle persone obese;

inaugurare una politica nazionale di lunga prospettiva per la costruzione di un piano nazionale sull'alimentazione e la salute che si confronti anche con le iniziative avviate negli altri Paesi aderenti all'Unione europea;

incoraggiare la pratica di attività fisica, ivi compresa quella da effettuare nel tempo libero, privilegiando gli stili di vita più attivi;

intraprendere un'indagine a tutto campo con gli attori sociali coinvolti nella prevenzione, che permetta di valutare l'impatto sul pensiero e la cultura dei bambini e degli adolescenti della televisione, dei programmi, dei giochi e dei siti *Internet*, della comunicazione sui beni e i servizi destinati all'infanzia e all'adolescenza (fra cui l'offerta alimentare), a partire dalla promozione dei modelli alimentari e dei modelli estetici;

promuovere la formazione e l'educazione a stili di vita sani nei confronti dei bambini e degli adolescenti e, quando possibile, nei confronti dei genitori, dei professionisti nel settore della sanità e dell'educazione e dello sviluppo dell'infanzia;

rafforzare la ricerca interdisciplinare sull'obesità attraverso l'aumento dei finanziamenti mirati;

individuare tutte le leve da usare per smobilizzare risorse per sostenere un piano nazionale sull'alimentazione;

è opportuno sviluppare le misure partendo dal bambino dalla nascita ai tre anni. È in particolare necessario: sviluppare una strategia di prevenzione dell'obesità infantile che poggia su azioni di promozione della salute della madre e la sua alimentazione. Il *target* da privilegiare da parte degli attori coinvolti in quest'azione di prevenzione sono le donne, le donne incinte, i lattanti e i loro parenti; un'attenzione particolare va rivolta alle famiglie di un ambito socio-economico sfavorevole; sensibilizzare le donne in età fertile sui benefici che possono essere tratti da un'alimentazione varia ed equilibrata, dalla pratica di una regolare attività fisica e sui pericoli del consumo di alcool e sigarette; migliorare il percorso di individuazione e prevenzione, nel corso della gravidanza, del diabete gestazionale o dell'anomala crescita del feto, impegnare gli operatori sanitari a preparare la presa in carico del bambino da parte della sua famiglia, con particolare riferimento alla sua alimentazione; rafforzare i percorsi di accompagnamento medico e psicologico, ed anche sociale, alla maternità dopo il parto; sensibilizzare tutti i soggetti che si occupano di infanzia e le famiglie sull'importanza di diversificare progressivamente a partire dal sesto mese l'alimentazione di questa fascia di età, monitorando il rispetto dei ritmi del bambino, dell'apporto di quantità giuste di carne, pesce e uova e il giusto quantitativo di latte materno o non materno; rafforzare e incentivare la formazione alla promozione della salute della futura madre e del neonato, del personale sanitario, medico e paramedico (medici generici, medici del lavoro, pediatri, ostetriche, levatrici, infermieri, puericultrici, dietisti, assistenti sociali) e dei soggetti che si muovono intorno all'infanzia (settori agroalimentari, associazioni delle famiglie e dei consumatori);

occorre altresì sviluppare misure riguardanti la promozione dell'attività fisica e la lotta allo stile di vita sedentario e nello specifico: mobilitare tutti i canali (quali i Ministeri di riferimento, nonché le associazioni di consumatori, delle famiglie e dei genitori) per rendere consapevoli i genitori del loro fondamentale ruolo di esempio per i bambini, informandoli dei benefici di una costante attività fisica e dei rischi di una vita sedentaria, per la loro salute e quella dei ragazzi; sensibilizzare le famiglie e i bambini sugli effetti positivi sulla salute di un'attività fisica regolare e su quelli negativi per la salute dell'utilizzo eccessivo e acritico della televisione, dei videogiochi e del *computer*; mobilitare tutti gli attori sociali che si occupano di infanzia a sviluppare strategie che accrescano l'attrattiva dell'attività fisica agli occhi dei bambini e per sensibilizzare l'opinione pubblica sui rischi sociali e sanitari di una sedentarietà eccessiva; avviare una riflessione con l'insieme degli attori sociali al fine di arrivare ad un accordo sullo sviluppo socialmente responsabile dei differenti tipi di *media* e sul peso delle loro implicazioni sull'aumento della sedentarietà e dell'obesità dei bambini; individuare le strutture sportive sottoutilizzate facilitandone l'accesso per tutto l'anno alle istituzioni scolastiche e alle associazioni sportive e di tempo libero; adottare una politica urbanistica della città favorevole alle zone pedonali, alle piste ciclabili, alle aree di gioco, a percorsi-salute, sia nei luoghi decentrati che in quelli più centrali;

occorre, inoltre, adottare misure concernenti l'offerta alimentare e la sua promozione. In proposito, le azioni intraprese nell'ambito professionale devono essere perseguite e strutturate al fine di permettere ai bambini e ai giovani di avere un punto di riferimento del consumo alimentare proprio nel piano nazionale per l'alimentazione e far sì che essi modulino la loro alimentazione in funzione del loro stile di vita e delle loro preferenze. Un'attenzione particolare deve dunque essere rivolta alla rivalutazione del consumo d'acqua, alla varietà del cibo, all'entità delle porzioni, alle tipologie delle porzioni servite ai differenti pasti, all'entità calorica e nutrizionale degli alimenti, all'aumento del consumo di frutta e verdura piuttosto che di alimenti riconosciuti per il loro apporto di glucidi complessi. Risulta in particolare opportuno: sviluppare una politica alimentare che permetta un'articolazione istituzionale entro le politiche pubbliche e che permetta di migliorare la sua efficacia (politiche agricole, politiche economiche, dell'educazione, di sanità, di ricerca); sviluppare il consumo di frutta e di verdura facendo leva sulle loro qualità organolettiche e gustative, la loro reperibilità, la loro accessibilità e attrattiva, sviluppando le filiere di produzione con l'obiettivo di eliminare la distruzione delle quantità eccedenti prodotte, sviluppando nuove varietà e nuove presentazioni, azioni di sostegno specifico nel quadro delle organizzazioni del mercato, operazioni promozionali; a far sì che, nel quadro di una concertazione fra tutti gli attori (istituzionali e privati, comprese le associazioni dei consumatori), la grande e media distribuzione definisca regole deontologiche per introdurre il criterio della qualità nutrizionale fra le scelte che presiedono alla definizione del valore della vendita; organizzare analisi interdisciplinari insieme ai soggetti coinvolti (*mass media*, scienziati, amministrazioni, am-



biti associativi) sull'impatto della comunicazione, della pubblicità e della realizzazione dei prodotti nello sviluppo dell'obesità infantile; proteggere i bambini dai rischi di disturbo del comportamento alimentare stimolato dalla comunicazione pubblicitaria, specialmente televisiva, puntando a promuovere una serie di regole, che da una parte li tutelino dai danni e dall'altra promuovano e valorizzino la produzione «virtuosa»;

occorre altresì prevedere misure nell'ambito scolastico e prescolare. La strategia della prevenzione dell'obesità infantile deve essere spiegata a partire dalla maternità, lungo il percorso scolastico del bambino fino alla giovinezza. Le azioni devono essere imperativamente monitorate nel tempo e mirate a formare e informare, mobilitare e coordinare i differenti attori implicati: insegnanti, medici scolastici, personale della ristorazione scolastica, personale specializzato nella cura e negli studi dell'età prescolare. Risulta quindi necessario: integrare l'alimentazione e la nutrizione in una maniera più concreta possibile nel programma scolastico; introdurre un insegnamento pratico sull'alimentazione (acquisto degli alimenti e lettura delle etichette, scelta variegata di prodotti freschi, apprendimento della preparazione dei pasti); formare gli insegnanti perché possano aiutare più efficacemente gli allievi alla lettura critica della pubblicità; dare forza vincolante alle raccomandazioni volte a organizzare la ristorazione scolastica (aspetti nutrizionali, educativi, reperimento dei pasti) ed estenderle a tutte le forme di ristorazione collettiva frequentate dai giovani; mettere a disposizione dell'acqua gratuitamente e offrire l'opportunità di consumare frutta fresca in tutti i luoghi pubblici frequentati dai bambini (ambito scolastico, centri ricreativi, luoghi dove si fa sport); intraprendere con le istituzioni una riflessione fra l'insieme degli attori sociali al fine di migliorare la qualità nutrizionale dell'offerta alimentare proposta nei luoghi fuori dalle mense scolastiche; allargare l'intervento dei dietologi nella ristorazione più frequentata dai giovani; prevedere sin dalla scuola materna un'attività fisica di base e alle elementari impiegare il tempo in modo da permettere un'attività fisica quotidiana; ricercare, all'interno dei percorsi scolastici, un equilibrio fra le attività di sviluppo cognitivo e fisico; stimolare la collettività locale a destinare i mezzi necessari perché nella pausa estiva siano comunque seguiti dei programmi di attività fisica specifica; diffondere, nell'ambito delle scuole superiori di secondo grado, la filosofia dello «sport uguale benessere», poiché le attività fisiche non devono solo essere viste nell'ottica della *performance* migliore; organizzare una giornata nazionale di informazione dei benefici dell'attività fisica; dare un ruolo significativo all'attività fisica anche durante l'*iter* universitario;

è opportuno intervenire anche sulla formazione e la ricerca. Al riguardo, uno sforzo considerevole dovrà essere fatto per quanto riguarda la formazione relativamente alla promozione di stili di vita sani, ai benefici dell'attività fisica, agli effetti sfavorevoli della sedentarietà, ai mezzi pratici per rispettare le linee di consumo alimentare raccomandati dal Piano nazionale sanitario da parte dei familiari, dei bambini, dei professionisti dello sviluppo dell'infanzia e dell'adolescenza, degli attori del sistema sa-

nitario. Occorre in particolare: introdurre un indirizzo di insegnamento sull'alimentazione e le sue ricadute sociali e culturali, sia nella formazione di base e in modo trasversale, all'interno di tutti i livelli di formazione; inserire una formazione specifica contro la stigmatizzazione dei soggetti in eccesso di peso nel programma di formazione del personale medico e paramedico e degli insegnanti; introdurre un indirizzo per la prevenzione dei fattori di rischio dell'obesità nell'infanzia nell'ambito della formazione di base e superiore; elaborare dei modelli di formazione che presentino i differenti mezzi di azione e i programmi nazionali di prevenzione, a disposizione dei professionisti della sanità, dell'educazione, dello sport, dell'associazionismo, in modo tale da far sì che ognuno migliori la propria prestazione all'interno dell'ambito in cui opera;

è altresì opportuno promuovere una coerente e continua attività di ricerca sulle misure tese a prevenire l'obesità infantile, tenuto conto del costo sociale che la crescita dell'obesità ha sulla popolazione italiana, particolarmente per quanto riguarda i bambini. C'è la necessità, quindi, di elaborare una strategia di ricerca a lungo termine intorno all'obesità, associata ad un approccio interdisciplinare, nonché di una sollecita riflessione sui finanziamenti da stanziare per individuare le risorse necessarie;

visto che:

l'obesità è un problema complesso che riunisce in sé aspetti psicologici, sociologici, economici, culturali, storici e comportamenti individuali;

l'aumento dell'obesità infantile appare come una delle conseguenze dello sviluppo economico e sociale e si impone come un fenomeno sociale. Cosicché la società deve mobilitarsi nel suo insieme in particolare riguardo all'ambiente di vita del bambino e della sua famiglia;

l'adozione di una strategia nazionale di prevenzione dell'obesità infantile ha bisogno, per essere efficace di un approccio interdisciplinare che dia il via ad un intervento coordinato e strutturale, in quanto tutte le misure singole sarebbero insufficienti e probabilmente inefficaci;

le istituzioni dovrebbero lavorare insieme alle associazioni di categoria e dei consumatori al fine di giungere insieme a favorire pratiche socialmente utili e responsabili che, senza mettere in discussione le libertà individuali, permettano ai bambini e alle bambine di crescere in una società meno favorevole allo sviluppo dell'obesità;

i tentativi di modifica delle abitudini alimentari, della promozione dell'attività fisica e di lotta contro la vita sedentaria hanno bisogno della cooperazione costante dei numerosi attori sociali del settore pubblico e privato,

impegna il Governo:

a mettere a sistema un piano nazionale di azione per la prevenzione e la cura dell'obesità infantile, di lunga prospettiva, che coinvolga l'insieme degli attori sociali e che privilegi un approccio di promozione della salute e di stili di vita sani, rispettosi delle diverse tradizioni alimentari e senza la stigmatizzazione della condizione dei soggetti affetti da obesità;

ad individuare delle misure che si inquadrino nei settori più pertinenti: il sistema educativo e della formazione, la ricerca e lo sviluppo, la fabbricazione e la distribuzione dei prodotti alimentari, il sistema sanitario e la regolamentazione dei *media*. In ciascuno di questi settori le misure devono tener conto di tutte le leve su cui poter agire, ovvero l'alimentazione e la nutrizione, l'attività fisica, la lotta contro la sedentarietà, le dimensioni socio-culturali che sono associate o associabili al corpo e all'alimentazione.

(1-00220) (9 dicembre 2009)

CARLINO, BELISARIO, GIAMBRONE, BUGNANO, CAFORIO, DE TONI, DI NARDO, LANNUTTI, LI GOTTI, MASCITELLI, PARDI, PEDICA. – Il Senato,

premessi che:

in Europa il numero di bambini sovrappeso in età scolare è in continuo aumento e si stima che vi siano circa 400.000 nuovi casi ogni anno;

l'Italia è uno dei Paesi dell'Unione con il più alto numero di bambini in sovrappeso. Secondo una specifica ricerca sulle abitudini alimentari dei bambini promossa dal Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie denominata «Okkio alla salute», in Italia è in sovrappeso il 23,6 per cento dei bambini tra i 6 e i 10 anni mentre il tasso di obesità nella stessa fascia di età arriva al 12,3 per cento. Per quanto concerne il dato territoriale, le regioni maggiormente interessate dal fenomeno risultano essere Campania, Molise, Calabria, Sicilia e Basilicata;

obesità e sovrappeso comportano gravi conseguenze non solo nel breve periodo ma anche nel corso dello sviluppo dell'individuo;

le conseguenze derivanti dal problema, se sottovalutate, rischiano di essere davvero disastrose. Le prime manifestazioni cliniche di un'obesità infantile si presentano a carico dell'apparato respiratorio, con affaticamenti e apnea notturna. All'apparato locomotore possono insorgere disturbi di tipo articolare dovuti al carico meccanico (crescita non corretta degli arti inferiori), acuiti da dolori articolari, mobilità ridotta e piedi piatti;

inoltre dal 30 per cento al 60 per cento dei bambini obesi mantengono l'eccesso ponderale acquisito anche in età adulta;

in tali soggetti si presentano con più frequenza ed in età più precoce complicanze e alterazioni metaboliche rispetto all'obesità che si manifesta in età adulta: il soggetto obeso fin da bambino risulta maggiormente esposto ad una serie di patologie, a partire da quelle a carico dell'apparato cardiocircolatorio (come ipertensione arteriosa o coronaropatie) e dell'apparato muscolo-scheletrico (insorgenza precoce di artrosi). Inoltre con il tempo possono insorgere malattie di tipo metabolico come il diabete mellito e l'ipercolesterolemia e questi disturbi alimentari possono alla lunga sviluppare i tumori del tratto gastroenterico;

l'adulto obeso fin dall'età evolutiva avrà di conseguenza un maggior rischio di mortalità e morbilità rispetto ad un suo pari che non era obeso quando era bambino;

assai grave è il rischio che il bambino obeso possa sviluppare un disagio psicologico che può contribuire a sua volta all'instaurarsi di un disturbo del comportamento alimentare e gli eventuali disagi psicologici sviluppati in età adolescenziale possono acuirsi e peggiorare nell'età adulta; sono relativamente rari i casi di obesità legati ad alterazioni ormonali come ipotiroidismo o disfunzioni surrenali. Nella maggior parte delle situazioni l'obesità è la conseguenza di una eccessiva e/o cattiva alimentazione, legata o meno ad una ridotta attività fisica e a fattori di tipo genetico e familiare;

considerato che:

è indubbio che la diffusione dell'obesità infantile, pur costituendo un problema sanitario a tutti gli effetti, affonda ancora le proprie radici in abitudini sociali ed approcci culturali che non tengono in alcun conto una minima educazione alimentare;

dal punto di vista socio-culturale è facilmente rilevabile come scelte alimentari spesso inadeguate alle effettive esigenze dell'infanzia, inclini ad assecondare gusti e preferenze dei bambini piuttosto che ad orientarne le scelte verso alimenti sani e nutrienti, siano tra le maggiori cause della diffusione dell'obesità o del sovrappeso tra i bambini;

a ciò si deve aggiungere l'impatto assai negativo di taluni messaggi pubblicitari specialmente attraverso il mezzo televisivo. La pubblicità di alimenti non sani effettuata in determinate fasce orarie ed in modo particolare nel corso di programmi televisivi rivolti ad un pubblico di bambini o adolescenti costituisce secondo recenti studi sia europei che americani un potente veicolo di diffusione di quelle abitudini alimentari errate che costituiscono il presupposto per il diffondersi dell'obesità;

nell'ambito della propria indagine riguardo la tutela dei minori nei mezzi di comunicazione, la Commissione bicamerale per l'infanzia e l'adolescenza in data 5 novembre 2008 ha proceduto all'audizione della Società italiana di pediatria (SIP). Nel corso di tale audizione i rappresentanti della SIP (professor Luigi Cataldi e dottor Maurizio Tucci) hanno sottolineato come la visione della TV incida fortemente sulle abitudini alimentari dei bambini e dei minori in generale;

il 15 per cento degli *spot* pubblicitari riguarda infatti gli alimenti e sono stimate in circa 6.000 l'anno le pubblicità di prodotti alimentari. Spesso, come sottolineano i rappresentanti della SIP, gli alimenti pubblicizzati sono di aspetto appetitoso e gradevole ma probabilmente non ottimali per le diete dei ragazzi. Quasi sempre infatti si tratta di dolciumi o *snack* dolci o salati, alimenti ricchi di sale, grassi e zuccheri;

un ruolo fondamentale e imprescindibile nel contrasto alla diffusione di errate abitudini alimentari spetta anzitutto ai genitori, cui va fornita un'adeguata informazione sui rischi che una errata alimentazione possono provocare al proprio figlio;

è altresì fondamentale il ruolo dell'istituzione scolastica nella diffusione dell'educazione alimentare;

l'obesità è un problema complesso che riunisce in sé aspetti psicologici, sociologici, economici, culturali, storici e comportamenti individuali;

l'adozione di una strategia nazionale di prevenzione dell'obesità infantile ha bisogno, per essere efficace, di un approccio interdisciplinare che dia il via ad un intervento coordinato e strutturale;

è necessario che le istituzioni lavorino insieme alle associazioni di categoria e dei consumatori al fine di giungere insieme a favorire pratiche socialmente utili e responsabili, senza mettere in discussione le libertà individuali,

impegna il Governo:

a mettere a sistema un piano nazionale di azione per la prevenzione e la cura dell'obesità infantile che coinvolga l'insieme degli attori sociali e che privilegi un approccio di promozione della salute e di stili di vita sani e rispettosi delle diverse tradizioni alimentari;

a porre in essere una concreta campagna di informazione riguardo l'alimentazione e la nutrizione, l'attività fisica, la lotta contro la sedentarietà, le dimensioni socio-culturali che sono associate o associabili al corpo e all'alimentazione;

a predisporre una regolamentazione più severa in materia di pubblicità di alimenti o comunque legata ai consumi alimentari in determinate fasce orarie di programmazione dedicate a programmi televisivi per bambini e minori.

## MOZIONE SULLA PROLIFERAZIONE DELLE ARMI NUCLEARI

(1-00204) (24 novembre 2009)

RAMPONI, GASPARRI, FINOCCHIARO, BRICOLO, BELISARIO, D'ALIA, PISTORIO, CUTRUFO, FASANO, TOFANI, MALAN. – Il Senato,

considerato che:

la Dichiarazione sulla non proliferazione adottata in occasione del Vertice G8 de L'Aquila riconosce che la proliferazione delle armi di distruzione di massa e dei relativi vettori «continua a rappresentare una sfida globale ed una minaccia importante per la sicurezza internazionale»;

la Dichiarazione de L'Aquila impegna i *leader* degli otto Paesi a lavorare per «un mondo più sicuro per tutti ed a creare le condizioni per un mondo senza armi nucleari, in linea con gli obiettivi del Trattato di non proliferazione» (TNP);

il 24 settembre 2009 il Consiglio di sicurezza delle Nazioni Unite, riunitosi a livello di Capi di Stato e di Governo sotto la direzione del Presidente degli Stati Uniti, ha adottato la risoluzione 1887 in materia di non proliferazione e di disarmo nucleare, finalizzata ad una sempre maggiore efficacia ed universalizzazione del regime multilaterale di non proliferazione e di disarmo, anche attraverso un crescente coinvolgimento dello stesso Consiglio di sicurezza in caso di mancato rispetto degli obblighi internazionali in materia di non proliferazione;

la Conferenza sul disarmo di Ginevra ha finalmente adottato, nella primavera del 2009, un programma di lavoro;

la Federazione Russa e gli Stati Uniti hanno avviato i negoziati per giungere ad un nuovo accordo in materia di riduzione delle proprie armi strategiche in sostituzione dello strategic arms reduction Treaty (START) che verrà a scadenza nel dicembre 2009;

gli Stati Uniti hanno convocato per il prossimo aprile, invitandovi l'Italia, un Vertice sulla sicurezza nucleare finalizzato a rafforzare le condizioni di sicurezza delle installazioni e dei materiali nucleari ed a favorire la cooperazione internazionale a tal fine;

nel maggio del 2010 si terrà la prevista Conferenza di riesame del Trattato di non proliferazione, pietra angolare del regime di non proliferazione e del disarmo nucleare;

il TNP ha subito negli anni un'erosione a causa del possesso di armi nucleari da parte di paesi non aderenti ad esso, dello sviluppo clandestino di attività nucleari da parte di alcuni Paesi parte al Trattato e dei risultati giudicati insufficienti nel campo del disarmo;

sforzi importanti sono stati effettuati negli ultimi decenni attraverso la conclusione di trattati di disarmo e di non proliferazione i quali hanno

condotto alla proibizione di intere categorie di armamenti ed al dimezzamento degli arsenali nucleari. Ciò nonostante, l'obiettivo della totale eliminazione di tali armamenti, ed in particolare di quelli nucleari, è lungi dall'esser raggiunto;

l'adesione agli impegni multilaterali nel campo del disarmo e della non proliferazione non riveste ancora un carattere universale e le armi di distruzione di massa continuano a figurare negli arsenali di alcuni Paesi spesso al di fuori da qualsiasi disciplina multilaterale;

considerati:

l'enorme numero di testate nucleari presenti sulla Terra, esorbitante qualsiasi fantasiosa immaginazione di possibile impiego;

la parallela, gravissima pericolosità di un lancio o di un impiego per errore (certamente assai difficile ma non completamente escludibile);

la situazione internazionale post-guerra fredda che non giustifica in alcun modo il possesso di un tale numero di ordigni, fosse anche per ragioni difensive o di deterrenza;

la possibilità che il permanere della presenza di una elevata e diffusa quantità di ordigni possa indurre un numero sempre maggiore di Stati a dotarsene a loro volta;

considerato altresì che:

la minaccia che gruppi terroristici entrino in possesso di armi di distruzione di massa è motivo di profonda preoccupazione e ogni sforzo dovrà essere effettuato per impedire una tale eventualità;

in relazione alla crescente domanda energetica mondiale il diritto all'energia nucleare a scopi pacifici sancito dall'art. 4 del TNP deve essere esercitato nel pieno rispetto degli obblighi di non proliferazione;

l'Unione europea, anche in virtù della Strategia contro la proliferazione adottata sotto presidenza italiana nel 2003, è oggi un protagonista importante sulla scena internazionale in tale settore;

le armi chimiche e biologiche, pur proibite totalmente dai trattati internazionali, costituiscono un perdurante pericolo poiché non è ancora universale l'adesione a tali trattati;

occorre impedire che lo spazio extra-atmosferico, divenuto un ambito essenziale per la cooperazione economica, commerciale e scientifica e lo sviluppo, si trasformi in teatro di conflitti armati;

il rafforzamento del regime generale di non proliferazione può facilitare la soluzione negoziata delle crisi di proliferazione regionali,

impegna il Governo ad intraprendere ogni possibile iniziativa nell'ambito dell'Organizzazione delle Nazioni unite (ONU), dell'Unione europea ed attraverso contatti multilaterali e bilaterali, al fine di:

promuovere la sicurezza attraverso il rafforzamento del regime internazionale di non proliferazione e disarmo avendo a mente la strategia dell'Unione europea contro la proliferazione delle armi di distruzione di massa e gli impegni assunti nel quadro del G8 con la Dichiarazione de L'Aquila sulla non proliferazione;

rafforzare, in vista della Conferenza di riesame del 2010, il Trattato di non proliferazione nucleare attraverso lo sviluppo di tutte le sue

componenti: non proliferazione, disarmo ed uso pacifico dell'energia nucleare ponendo obiettivi realistici e raggiungibili;

sostenere un processo di disarmo nucleare e di non proliferazione propiziando in primo luogo l'entrata in vigore del Trattato sulla proibizione degli esperimenti nucleari nell'atmosfera, nello spazio e sott'acqua e l'avvio alla Conferenza del disarmo del negoziato su un trattato che metta al bando la produzione di materiale fissile destinato agli armamenti nucleari;

promuovere ulteriori riduzioni delle testate nucleari esistenti, iniziando con gli Stati possessori dei principali arsenali, nella prospettiva di una totale eliminazione delle armi nucleari ed assicurando il pieno sostegno agli sforzi del Presidente degli Stati Uniti d'America e del Presidente della Federazione Russa diretti a concludere un nuovo trattato che sostituisca lo START alla sua scadenza;

rafforzare le capacità ispettive dell'Agenzia internazionale per l'energia atomica (AIEA) attraverso la universalizzazione del Protocollo aggiuntivo ed a promuovere altresì la sicurezza delle installazioni nucleari ed iniziative di formazione e per il rafforzamento istituzionale in questo settore;

rafforzare il regime di non proliferazione missilistica ed in particolare il Codice di condotta dell'Aja contro la proliferazione dei missili balistici, promuovendone l'universalizzazione e la piena attuazione;

perseguire l'obiettivo della prevenzione di una corsa agli armamenti nello spazio extra atmosferico stabilendo, come primo passo, misure di fiducia ed un codice di condotta che permettano di assicurare l'incolumità dei satelliti, avendo a mente la loro crescente importanza quali strumenti di sviluppo economico, scientifico e di sicurezza;

contribuire alla ricerca di una soluzione negoziata delle crisi di proliferazione regionali nel contesto del rafforzamento del regime generale di non proliferazione.



**INTERPELLANZA CON PROCEDIMENTO ABBREVIATO,  
AI SENSI DELL'ARTICOLO 156-BIS DEL REGOLAMEN-  
TO, SULL'ATTUAZIONE DEL PIANO DI RIENTRO DAL  
DEFICIT SANITARIO DELLA REGIONE LAZIO**

(2-00140 *p. a.*) (1° dicembre 2009)

ZANDA, LATORRE, COSENTINO, DEL VECCHIO, DI GIOVAN PAOLO, D'UBALDO, GASBARRI, MARINARO, MARINO Ignazio, MILANA, RANUCCI, VITA, BIANCHI, BASSOLI, BOSONE, CHIAROMONTE, PORETTI, SOLIANI, MERCATALI, GIARETTA, LEGNINI, LUMIA, MORANDO, ROSSI Nicola, MARINI, CHITI, ADRAGNA, AMATI, BAIO, MONGIELLO, CABRAS, DE LUCA, FIORONI, INCOSTANTE, LEDDI, MARINO Mauro Maria, PEGORER, ROSSI Paolo, SBARBATI. – *Ai Ministri dell'economia e delle finanze e del lavoro e delle politiche sociali.* – Premesso che:

lo squilibrio tra costi e ricavi del sistema sanitario della Regione Lazio ha origini antiche, almeno decennali;

la risposta della Regione Lazio al crescere di tale squilibrio è stata, nella prima metà del presente decennio, da quando lo Stato centrale ha smesso di effettuare il ripiano dei disavanzi *ex-post* «a piè di lista», di natura prevalentemente finanziaria;

tale azione ha visto prima la cartolarizzazione degli ospedali, attraverso l'operazione cosiddetta *sales and lease back* denominata San.Im., che ha, in cambio di cassa, vincolato 49 strutture fino al 2033 (oltre ovviamente all'appesantimento del conto corrente del bilancio per il pagamento delle rate di restituzione e dei relativi interessi); successivamente, tre operazioni di dilazione di pagamento rispettivamente a 5, 3 e 10 anni (l'ultima nel 2005), che hanno prodotto un peso crescente sul fondo sanitario corrente, disarticolando il rapporto tra competenza e cassa;

in precedenza, per dare copertura al disavanzo riferito al 2001, era stata effettuata un'anticipazione da parte della Banca di Roma a fronte della destinazione, per 10 anni (dal 2004 al 2014), di una quota pari a 90 milioni di euro, del gettito delle addizionali regionali. A questo si è affiancato, per le strutture convenzionate, prima un sistema di fattorizzazione (fino al 2005) e successivamente (fino al 2008) un meccanismo di pagamento basato su procedure di acconto e saldo, rivelatosi particolarmente difficile da gestire sotto il profilo contabile;

anche per le farmacie era stato adottato uno strumento finanziario specifico (l'operazione «Mercurius» attuata con il veicolo «Kimono finance»), che consentiva la cessione dei crediti futuri; l'operazione è stata messa in crisi dal declassamento (da A negativo a BBB con prospettiva di revisione peggiorativa) della Regione – attualmente è risalito a BBB po-

sitivo con prospettiva stabile – da parte di S&P verificatosi a fine 2006 e dal piano di rientro, che ha messo fine a questo genere di operazioni;

soltanto fra il 2005 e il 2006 è emersa una chiara consapevolezza politica sulla necessità di intervenire a rimuovere le cause reali e strutturali dello squilibrio fra costi e ricavi del sistema sanitario del Lazio; le soluzioni meramente finanziarie al disallineamento dei conti, infatti, piuttosto che risolvere il problema, lo hanno traslato sul futuro e ne hanno aumentato dimensioni e impatto sulla finanza corrente della Regione;

la nuova Giunta regionale, appena insediata, si è peraltro trovata in difficili condizioni di accesso e di comprensione delle diverse informazioni necessarie, e si è trovata nelle condizioni di approvare, praticamente a scatola chiusa, la terza operazione di dilazione di pagamento;

soltanto alla fine del 2006, dopo più di un anno di lavoro, la realtà ha preso il sopravvento sulle ipotesi contabili basate su dati incerti e non adeguatamente verificati, mentre venivano avviati percorsi di controllo, monitoraggio e *governance* dei conti sanitari;

sulla base di questo lavoro la Regione ha potuto sottoscrivere il 28 febbraio 2007 un piano di rientro, ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, con il Ministero della salute e con il Ministero dell'economia e delle finanze;

con le seguenti parole il documento ufficiale dell'Accordo Governo-Regione sul piano di rientro sintetizza i dati dello squilibrio: «nel 2003 il disavanzo d'esercizio passa dai 433 milioni di euro del preconsuntivo ai 735 milioni di euro del consuntivo, con uno scarto di 302 milioni di euro, e nel 2004 dai 426 milioni di euro del preconsuntivo ai 2.048 milioni di euro, con un incremento di 1.622 milioni di euro (...) Il risultato del 2005 (...) risulta essere negativo, dai dati di preconsuntivo, per 1.881 milioni di euro»;

a giudizio degli interpellanti, la scelta di un approccio prevalentemente finanziario per fronteggiare il crescente squilibrio tra costi e ricavi della sanità laziale è stata accompagnata dalla completa disattenzione, non solo politica ma anche amministrativa, risalente a ben prima della precedente legislatura regionale, in merito alla struttura dei conti, sia delle aziende sanitarie che del segmento regionale centralizzato;

nell'estate 2005, tutti i bilanci delle aziende sanitarie relativi al 2003 erano ancora aperti; in alcuni casi, come ad esempio quello della ASL Roma C, oggetto di inchieste della magistratura, la mancata chiusura delle situazioni contabili risaliva fino al 2000;

ad opinione degli interpellanti, si registrava l'assenza completa di programmazione finanziaria e di ogni forma di «budgetizzazione», l'inesistenza di un sistema informativo capace di tracciare un sistema di costi di produzione per una spesa che supera i 10 miliardi annui, lo scollegamento tra le azioni svolte centralmente dalla Regione e le contabilità delle aziende sanitarie;

masse finanziarie ingenti di crediti sanitari sono state in tal modo cedute sui mercati finanziari, sfuggendo alle stesse operazioni di dilazione di pagamento, giungendo, di cessione in cessione, a *factor* aggressivi ed

*hedge fund*, con la progressiva riduzione delle possibilità di negoziazione e l'attivazione di pignoramenti a catena che, dalle aziende sanitarie, sono giunti, nel giugno 2008, fino alla cassa della Regione, con il blocco di 551 milioni di euro;

la conoscenza analitica di questi debiti, ottenuta attraverso la riconciliazione del debito effettuata in attuazione del piano di rientro, ha consentito l'individuazione dei soggetti creditori e l'avvio di una trattativa stringente, che si è conclusa nel mese di dicembre 2008, con lo sblocco di grande parte dei fondi pignorati;

una parte dei crediti non sono stati certificati dalle ASL (per circa 140 milioni di euro); in molti casi la ragione è dovuta al fatto che le posizioni si riferiscono a prestazioni effettuate in convenzione in eccesso rispetto ai tetti fissati a suo tempo dal sistema sanitario regionale; tuttavia tali crediti sono stati oggetto di azioni di recupero e di pronunce giurisdizionali che hanno intimato alle aziende sanitarie il pagamento; si tratta quindi di crediti in gran parte esigibili, oggetto di numerose attività di *due diligence*, il cui pagamento consentirebbe di chiudere definitivamente la partita del debito pregresso;

l'amministrazione regionale, nel 2005, non aveva cognizione dell'ampiezza del debito sanitario e solo verso la metà del 2006 si è cominciato a percepire l'impossibilità di coprire con le risorse del bilancio regionale lo squilibrio relativo agli anni 2004 e 2005, che complessivamente ammontava a 4 miliardi di euro;

dai bilanci delle aziende del 2005, in particolare dagli stati patrimoniali, che nessuno fino ad allora aveva mai analizzato a tutti i livelli di controllo, emergeva un ulteriore extradebito di notevoli proporzioni. La riconciliazione prevista dal piano di rientro, completata nel marzo 2008, ha quantificato rispetto alle originarie stime di 3,7 miliardi di euro, una sorte capitale per 2,8 miliardi, da integrare con una stima per interessi pari a 300 milioni, per un totale di 3,1 miliardi di euro;

il debito transatto e non transatto insieme raggiungevano uno *stock* di dimensioni enormi: 10 miliardi di euro;

l'azione di risanamento si è dispiegata su due fronti, entrambi previsti dal piano di rientro; la prima azione è stata l'estinzione anticipata del debito transatto, attraverso un prestito del Ministero dell'economia e delle finanze alla Regione, da restituire in 30 anni, la cui rata viene quantificata in 310 milioni di euro annui; l'azione di estinzione, molto complessa, viene attuata nel corso del 2008 e rifonde anticipatamente la quota residua di debito transatto, pari a circa 4 miliardi, mentre le quote in scadenza relative al 2006 ed al 2007, pari rispettivamente a uno e 1,5 miliardi di euro, vengono pagate dalla Regione utilizzando risorse del fondo corrente successivamente reintegrate;

la seconda azione è stata la regolazione del debito non transatto, successivamente alla riconciliazione, utilizzando risorse appositamente dedicate: circa 800 milioni di euro del prestito citato (pari complessivamente a circa 4,8 miliardi di euro), 2,1 miliardi di risorse straordinarie erogate dallo Stato (con il decreto-legge n. 23 del 2007, convertito, con modifica-

zioni, dalla legge n. 64 del 2007) e ulteriori fondi, per circa un miliardo, relativi a trasferimenti statali, subordinati al conseguimento degli obiettivi del piano;

nello stesso periodo, per evitare la formazione di nuove masse debitorie, sono stati puntualmente coperti i disavanzi sanitari annuali del 2006, 2007, 2008 e infine del 2009; dal 2006 non viene più prodotto nuovo debito sanitario poiché sono interamente coperti i singoli disavanzi annuali; questo lavoro ha prodotto risultati notevoli, che sarebbero vanificati con l'interruzione del flusso di trasferimenti dallo Stato alla Regione;

il tempo di pagamento dei crediti sanitari da parte della Regione, indeterminato nel 2005, è sceso progressivamente, per attestarsi intorno ai 400 giorni dalla data di emissione della fattura, creando le premesse per il salto di qualità del 2009, che ha portato il termine di pagamento dei crediti maturati a 180 giorni, delineando il riequilibrio definitivo tra la competenza e la cassa;

il sistema a regime prevede, a partire dal 2009, il pagamento sia dei fornitori di beni e servizi, sia delle strutture convenzionate entro sei mesi, e la liquidazione della fattura rispettivamente entro 120 e 60 giorni; si tratta di una vera e propria rivoluzione delle metodologie adottate fino ad oggi dalla Regione Lazio; le fatture non vengono più inviate direttamente alle ASL ma, in attuazione di accordi volontari tra queste e le strutture sanitarie, sono inserite in un portale e, via *web*, giungono ad un gruppo centrale regionale che giornalmente le invia telematicamente alle aziende; da questo momento parte il conteggio dei giorni previsti per il completamento del processo di liquidazione, che potrà essere monitorato dal fornitore e dal gruppo regionale che assiste l'azienda sanitaria; è stata avviata la mappatura dei centri di liquidazione di ciascuna ASL per consentire un tempestivo intervento sulla liquidazione tecnica; i fornitori e le strutture accreditate, dopo la registrazione sul *web*, indicano gli estremi dei contratti di fornitura e, insieme alle fatture, gli ordini di riferimento; i sistemi contabili delle ASL sono stati messi in comunicazione con il portale consentendo il pre-caricamento della fattura ed il rinvio al gruppo regionale del documento liquidato, con economia di tempi e drastica riduzione degli errori;

nel sistema entrano i fornitori di beni e servizi e le strutture convenzionate, per una massa di pagamenti superiore ai 4 miliardi annui e potenzialmente l'intero sistema dei pagamenti sanitari potrebbe essere gestito in questo modo (inserendo anche farmacie e prestazioni specialistiche);

mentre le strutture convenzionate sono state inserite nel sistema fin dal mese di gennaio 2009, per i fornitori di beni e servizi la complessità delle tipologie di fatturazione ha determinato l'avvio dello stesso sistema tra maggio e luglio del 2009; si è creata quindi una massa di crediti, relativi ai primi mesi dell'anno, una sorta di appendice, di circa 400 milioni di euro, che è stata liquidata dalle aziende sanitarie parallelamente e di cui è previsto il pagamento entro la fine dell'anno; la sospensione dei trasferimenti potrebbe compromettere il progetto della fatturazione elettronica, in fase di consolidamento;

nella presente legislatura regionale lo squilibrio dei conti della sanità è stato il dato dominante e su questo si sono concentrate le energie dell'amministrazione, con il conseguimento di alcuni risultati importanti, primo fra tutti la sua riduzione atteso che si è passati dai 2,2 miliardi di euro nel 2006 ad un preconsuntivo per il 2009 che, in base alle stime effettuate dal sub-commissario e approvate dal Ministero dell'economia, si attesta a 1.350 milioni, con una contrazione del *deficit* annuale pari quindi a 850 milioni di euro;

la sanità ha drenato risorse dal bilancio regionale, per contribuire alla copertura dei disavanzi dal 2006 al 2008; l'equilibrio tra costi e ricavi è stato conseguito con tre distinte voci: risorse regionali, gettito delle addizionali incrementate al massimo livello e contributo straordinario dello stato (il cosiddetto fondino);

anche nel 2009 e nel 2010 (primo anno senza il contributo straordinario) il gettito fiscale addizionale dovrà essere integrato da risorse del bilancio regionale per evitare la formazione di nuovo disavanzo;

è necessario disciplinare con maggiore precisione le prerogative del Governo e le limitazioni dell'autonomia regionale in caso di operazioni che hanno le caratteristiche di un salvataggio, in cui rientra il piano di rientro della sanità nel Lazio; in caso contrario, oltre ai conflitti tra le tecnostutture, si potrebbe a giudizio degli interpellanti verificare uno scontro di natura politica, in caso di maggioranze divergenti alla guida del Governo centrale e di quello locale, che va assolutamente evitato, riconducendo la composizione degli interessi in gioco nella sfera istituzionale;

ciò vale in particolare per le risorse derivanti dallo sforzo fiscale addizionale richiesto alla collettività regionale sui tributi propri derivati e sull'imposta sui redditi personali; in parte ciò dipende dalla natura di tali gettiti, anche alla luce dell'articolo 119 della Costituzione e della legge delega per la sua attuazione (legge 5 maggio 2009, n. 42); in parte dipende dall'ingente ammontare delle somme in questione, visto che le basi imponibili del Lazio sono seconde in Italia soltanto a quelle della Lombardia;

da questo si deduce che, accanto all'importante ruolo giocato dai trasferimenti statali, un ruolo altrettanto importante è stato svolto ai fini del risanamento dalle addizionali regionali (poco meno di un miliardo di euro all'anno), a testimonianza dello sforzo fiscale che la collettività del Lazio si è accollata; ne segue che eccessivi ritardi nei trasferimenti di tali somme, o di loro adeguati anticipi, rischiano di penalizzare per due volte i cittadini e le imprese del Lazio;

è comunque ineludibile che, in caso di salvataggio, venga imposto un controllo sulle azioni di risanamento e, in qualche modo, si determini una forma di ingerenza nella sfera di competenza del soggetto aiutato;

la Regione ha avuto dal Governo centrale un aiuto importante, pari a 2.079 milioni di euro, attraverso il decreto-legge 20 marzo 2007, n. 23, interamente erogati;

la prossima legislatura regionale avrà tra i suoi problemi quello di ridurre ulteriormente i costi del sistema sanitario (oltre un miliardo di euro in aggiunta agli 850 milioni annui già risparmiati); un'impresa molto complessa, che richiede una manovra annuale dell'ordine di 200 milioni di euro, da attuare con una nuova edizione del piano di rientro, rigorosa e sostenibile;

per consentire il riallineamento tra competenza e cassa nel segmento sanitario è importante ridurre il ritardo temporale con cui viene trasferito il gettito delle imposte regionali destinate al settore; sulla base delle stime del Dipartimento delle entrate dovrebbe essere trasferita almeno una quota significativa del gettito relativo sia all'anno precedente che a quello in corso (attualmente lo scarto, per il Lazio, è pari a 2,2 miliardi di euro);

si tratta di risorse regionali e non appare corretta la piena correlazione di tali trasferimenti al raggiungimento degli obiettivi del piano; il ritardo del trasferimento è comune anche alle altre Regioni, ma per il Lazio assume particolare rilievo per l'importanza del gettito addizionale richiesto per sanare lo squilibrio tra costi e ricavi della sanità;

le altre somme, connesse alle quote del Fondo sanitario nazionale corrente ed al contributo straordinario statale (il cosiddetto fondino), nonché alle quote di annualità pregresse del Fondo sanitario nazionale (la Regione Lazio deve avere complessivamente 1.730 milioni di euro), sono collegate agli adempimenti previsti e al conseguimento degli obiettivi del piano di rientro, valutati dal tavolo di verifica;

il ritardo nei trasferimenti obbliga la Regione (e le aziende sanitarie) al «tiraggio» dell'anticipazione straordinaria presso la tesoreria fino al limite massimo, con ingenti oneri per interessi (oltre 100 milioni l'anno);

il rischio del blocco dei pagamenti sanitari da parte della Regione ha un valore particolarmente negativo anche alla luce dell'attuale fase di crisi per l'insieme delle imprese e del sistema economico regionale;

il tavolo di verifica ha operato fino ad ora correttamente, fornendo alla Regione Lazio il supporto e gli stimoli necessari per favorire sia il riequilibrio tra costi e ricavi, sia quello tra competenza e cassa, del sistema sanitario regionale;

dalla relazione svolta dal sub-commissario al tavolo di verifica del 10 novembre 2009 emerge un notevole sforzo attuato dalla Regione;

in particolare, è stato rispettato il blocco del *turn-over* al 90 per cento; sono state avviate le procedure di gara per gli acquisti centralizzati, è stata aggiudicata quella per i vaccini ed è imminente il completamento di quella per i farmaci; la spesa farmaceutica convenzionata a carico del sistema sanitario regionale è diminuita del 6 per cento nel periodo gennaio-agosto 2009 al confronto con il corrispondente periodo del 2008; si è proceduto alla revisione dei contratti e delle tariffe per la fornitura di servizi da parte di erogatori privati accreditati, con percentuali di avanzamento molto elevate, nonostante numerosi fornitori abbiano avviato su questo tema un contenzioso in sede amministrativa;

ulteriori elementi conoscitivi in merito ai risultati di altre azioni coerenti con gli obiettivi di risanamento e concordate nel piano di rientro, sottoposti a monitoraggio condiviso fra Stato e Regione, verranno presentati in occasione della prossima riunione del tavolo di verifica, convocata per il 10 dicembre 2009;

nonostante questo sforzo, molti obiettivi devono essere ancora pienamente conseguiti;

è necessario, anche alla luce della nuova gestione commissariale, ricalibrare il piano di rientro, per l'arco della prossima legislatura regionale,

si chiede di sapere:

se sia intenzione del Governo, anche in relazione ai lavori in corso nel tavolo di verifica, anticipare, prima della chiusura dei conti del 2009 e previa concertazione con la Conferenza dei Presidenti delle Regioni, una quota del gettito fiscale di competenza della Regione Lazio, nonché una parte delle quote del Fondo sanitario nazionale, di competenza della Regione Lazio, connesse all'attuazione degli obiettivi del piano di rientro;

se la somma trasferita sarà di ammontare sufficiente per fronteggiare i pagamenti dei crediti sanitari previsti per la fine del corrente anno e per reintegrare le anticipazioni di tesoreria.

**INTERROGAZIONE SULL'EQUIPOLLENZA DELLE  
LAUREE DEL NUOVO ORDINAMENTO CON QUELLE  
DEL VECCHIO ORDINAMENTO AI FINI DELLA  
PARTECIPAZIONE A CONCORSI PUBBLICI**

(3-01000) (3 novembre 2009)

LATRONICO. – *Al Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca.* – Premesso che:

a seguito della riforma universitaria e delle numerose modifiche che il sistema accademico ha conosciuto negli ultimi anni, il Ministero dell'istruzione, università e ricerca ha stabilito nuovi criteri per l'equipollenza delle lauree e con propri decreti ha indicato l'equiparazione dei diplomi di laurea del cosiddetto vecchio ordinamento con le classi di lauree attuali;

i provvedimenti emanati, però, a giudizio dell'interrogante, penalizzano fortemente coloro i quali hanno conseguito lauree specialistiche rispetto ai possessori di titoli universitari conseguiti secondo il vecchio ordinamento ai fini della partecipazione ai concorsi pubblici;

i diplomi di laurea conseguiti con il nuovo ordinamento, infatti, non sarebbero considerati equipollenti ai titoli conseguiti con il vecchio ordinamento;

considerato che:

per quanto consta all'interrogante, in particolare, i laureati in scienze della comunicazione sarebbero stati esclusi per difetto dei titoli da un concorso per «commissari di Polizia di Stato» per il quale erano richieste le lauree del vecchio ordinamento in giurisprudenza, scienze politiche e lauree equipollenti;

il decreto ministeriale del 21 dicembre 1998 equipara la laurea in scienze della comunicazione alla laurea in scienze politiche e in sociologia, mentre il decreto ministeriale del 5 maggio 2004 prevede l'equiparazione tra la laurea specialistica in scienze della comunicazione conseguita con il nuovo ordinamento e la laurea in scienze della comunicazione conseguita con il vecchio ordinamento,

l'interrogante chiede di sapere se risulti al Ministro in indirizzo quanto riportato in premessa e, in caso affermativo:

se ritenga necessario intervenire, nei modi e con i mezzi che riterrà più opportuni, al fine di revisionare le disposizioni in materia di equiparazione delle lauree;

se e quali azioni intenda intraprendere al fine di assicurare a tutti i giovani laureati pari opportunità di accesso ai concorsi pubblici.



## **INTERROGAZIONE SULLA SCOMPARSА DI FASCICOLI PROCESSUALI PRESSO IL TRIBUNALE DI BOLOGNA**

(3-00626) (18 marzo 2009)

BERSELLI. – *Al Ministro della giustizia.* – Premesso che:

la stampa ha dato in data odierna ampia notizia del fatto che sarebbero spariti 2.321 fascicoli di indagine per i quali il tribunale di Bologna aveva fissato la data di inizio del processo;

a quanto risulta all'interrogante invece di procedere con le citazioni a giudizio, ovvero le notifiche alle parti interessate, si è preferito tenere quei fascicoli sotto chiave fino al raggiungimento della prescrizione, e senza che la Procura della Repubblica avesse sentito la necessità di domandarsi dove fossero finite le proprie inchieste;

i fascicoli dimenticati in un armadio riguarderebbero udienze a citazione diretta per furti, truffe, ricettazione, lesioni colpose, infortuni sul lavoro e quant'altro,

si chiede di sapere quale sia il giudizio del Ministro in indirizzo in merito a questa vicenda ad avviso dell'interrogante paradossale e quali iniziative urgenti di sua competenza intenda porre in essere.