

SENATO DELLA REPUBBLICA
— XVII LEGISLATURA —

Mercoledì 12 ottobre 2016

698^a e 699^a Seduta Pubblica

ORDINE DEL GIORNO

alle ore 9,30

- I. Discussione di mozioni sul contrasto all'obesità (*testi allegati*)**
- II. Comunicazioni del Governo in vista del Consiglio europeo del 20 e 21 ottobre 2016 (*alle ore 11*)**

alle ore 16,30

Discussione del documento:

Nota di aggiornamento del documento di economia e finanza 2016
(doc. LVII, n. 4-bis)

MOZIONI SUL CONTRASTO ALL'OBESITÀ

(1-00515) (3 febbraio 2016)

ROMANI Maurizio, BENCINI, DIRINDIN, ORELLANA, BATTISTA, LANIECE, BIANCO, IDEM, BIGNAMI - Il Senato,

premesso che:

secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) negli ultimi 2 decenni il tasso di obesità in Europa è triplicato. Ogni anno un milione di decessi e 12 milioni di anni di vita trascorsi in cattive condizioni di salute sono dovuti a patologie associate ad obesità e sovrappeso, quali, a solo titolo esemplificativo, cardiopatie ischemiche, ipertensione, ictus ischemico, diabete di tipo 2, malattie cardiovascolari e carcinoma del colon;

sovrapeso e obesità rappresentano per l'Europa una sfida sanitaria pubblica senza precedenti, fino a pochi anni fa sottostimata come problema di tipo strategico per le notevoli ricadute ed implicazioni dal punto di vista sanitario ed economico. Influiscono negativamente sulla salute psicosociale e sulla qualità della vita dell'individuo, ma rappresentano anche un costo rilevante per la sanità pubblica e quindi per la collettività. L'impatto sui costi dell'assistenza sanitaria è infatti notevole, dal momento che secondo le stime dell'Oms l'obesità negli adulti è responsabile in Europa del 6 per cento della spesa in assistenza sanitaria;

le cause dell'aumento delle persone in sovrappeso o tendenti all'obesità sono da ricercare principalmente in una generale modifica degli stili di vita alimentari. Una tendenza crescente verso un consumo sempre maggiore di cibi a basso valore nutrizionale e, al contrario, ricchi di grassi e zuccheri, i cosiddetti cibi spazzatura (*junk food*), associati all'aumento del consumo di bevande zuccherate e ad una quotidianità sempre più sedentaria e scarsamente propensa all'attività sportiva;

dieta inadeguata e comportamento sedentario non devono essere considerati singolarmente, ma congiuntamente responsabili del carico sanitario. Il grasso corporeo si accumula quando il contenuto energetico di bevande ed alimenti supera l'energia richiesta dal metabolismo e dunque l'apporto energico ed il suo dispendio contribuiscono all'aumento del peso corporeo. È quindi di fondamentale importanza che vi sia equilibrio tra un

consumo misurato di cibi ad alto contenuto di grassi ed un'attività fisica costante;

indipendentemente dal peso, un'attività fisica regolare, anche moderata, influenza positivamente il metabolismo dei grassi e dei carboidrati e può ridurre notevolmente il rischio di diabete e della maggior parte delle altre malattie croniche più importanti;

secondo i dati dell'ufficio regionale per l'Europa dell'Oms la dieta inadeguata, la mancanza di attività fisica, la conseguente obesità e le malattie associate sono nel loro insieme responsabili di complicanze per la salute e mortalità precoce quanto il fumo di tabacco. Il sovrappeso incide dal 30 all'80 per cento negli adulti nella regione europea mentre l'aumento dell'obesità infantile è forse persino più allarmante. Oltre il 60 per cento dei bambini che sono in sovrappeso prima della pubertà lo saranno anche nella fase iniziale dell'età adulta. Questo riduce l'età media di comparsa di patologie non trasmissibili ed influenza sensibilmente il carico dei servizi sanitari, in quanto aumenta il numero di accessi e di prestazioni durante il periodo dell'età adulta;

il Ministero della salute ha attivato il sistema di sorveglianza "Okkio alla salute" con l'obiettivo di monitorare l'evoluzione dell'obesità infantile e valutare gli interventi di promozione della salute. L'analisi relativa al 2014 evidenzia che il 20,9 per cento dei bambini italiani è in sovrappeso mentre il 9,8 per cento è obeso, con una prevalenza più alta nelle regioni del Sud e del Centro Italia. In particolare l'osservazione delle abitudini alimentari associata all'analisi degli aspetti relativi al movimento ed alla sedentarietà mostrano un quadro davvero poco incoraggiante, soprattutto se si considera che uno degli aspetti sottolineati dallo studio riguarda la percezione che i genitori hanno degli stili di vita dei propri figli. Poco più del 38 per cento dei genitori riconosce il grave sovrappeso o l'obesità nei propri figli e solo il 40 per cento ritiene che questi svolgano poca attività fisica;

numerosi studi hanno osservato un aumento di prevalenza di sovrappeso e obesità tra specifici gruppi di popolazioni identificati in base al livello di reddito o al titolo di studio. Nella maggior parte dei Paesi nella regione Europa l'obesità è più frequente tra le comunità socialmente svantaggiate, caratterizzate da livelli inferiori di reddito, educazione e accesso all'assistenza. In molti Paesi della regione il prezzo reale degli alimenti ha raggiunto i minimi storici e la percentuale del *budget* domestico destinata all'acquisto di alimenti è in calo;

le scelte alimentari dipendono da una gamma di fattori diversi che vanno dal prezzo al grado di informazione sui prodotti, così come dalle preferenze o dal gusto personale e dai valori culturali. L'industria e i distributori di alimenti influenzano il consumo alimentare attraverso l'aspetto estetico, le dimensioni delle porzioni, la promozione di offerte speciali, aumentando la disponibilità di cibi ad elevato apporto energetico in posizioni strategiche nei diversi punti vendita e con campagne pubblicitarie accattivanti;

l'Oms ha classificato come probabile, o comunque convincente, l'effetto negativo del *marketing* aggressivo dei cibi ad alta densità energetica sullo stato nutrizionale dei bambini e, anche se è necessario porre la massima attenzione al *marketing* rivolto ai minori, non si può sottovalutare la diversa capacità degli adulti di adottare scelte alimentari sane o di resistere ai richiami del *marketing*;

considerato che:

nell'ambito della conferenza ministeriale della regione europea dell'Oms, tenutasi ad Istanbul dal 15 al 17 novembre 2006, è stata firmata la carta europea sull'azione di contrasto all'obesità con l'obiettivo di promuovere un'azione internazionale per supportare le politiche nazionali. L'impegno dei Ministri firmatari nasce dall'esigenza di trovare un punto di equilibrio tra le responsabilità dei singoli individui e quelle dei Governi e della società, dalla necessità di conciliare la libertà di scelta dei cittadini senza che questa sia di loro esclusiva responsabilità;

nell'ambito del programma "salute 2020", la nuova politica comune di riferimento concordata tra i 53 Stati membri della regione europea dell'Oms, è stata elaborato un documento congiunto che, confluendo nella dichiarazione di Vienna del 4-5 luglio 2013, ha indicato gli obiettivi che dovranno essere perseguiti dalle politiche dei Paesi membri per ridurre l'obesità e promuovere scelte sane nella popolazione. Tra le azioni che dovrebbero essere promosse si trovano la riduzione della pressione esercitata dal *marketing* sui bambini a consumare cibi ricchi di grassi e zuccheri, la necessità di monitorare il sovrappeso e l'obesità tra le diverse fasce della popolazione, la promozione di metodi di etichettatura innovativi, la promozione delle filiere alimentari corte e l'adozione di nuove politiche sui prezzi;

rilevato che:

in diversi Paesi sono state adottate misure volte a ridurre il consumo di cibi ad alto contenuto di grassi e di bevande zuccherate attraverso un sistema di tassazione degli alimenti cosiddetti *junk*;

la Francia ha introdotto nel gennaio 2012 un'imposta speciale sulle bevande analcoliche con aggiunta di zucchero e anidride carbonica mentre la Norvegia già dal 1981 ha aumentato le tasse su dolci e bevande dolci;

l'Ungheria ha introdotto la "tassa sulla salute pubblica" con un aumento delle accise sulle bevande energetiche, dolci confezionati, *snack* salati e alimenti preimballati. Secondo dati governativi, a 2 anni di distanza la valutazione dell'impatto delle misure ungheresi ha evidenziato effetti molto positivi: circa 3 imprese su 10 hanno infatti riformulato i propri prodotti, rimuovendo completamente gli ingredienti critici e un ulteriore 7 per cento ha ridotto i livelli di zucchero, sale e caffè. È stata registrata una diminuzione del 27 per cento della vendita dei prodotti oggetto della tassazione ed una diminuzione variabile tra il 20 e il 35 per cento del loro consumo. Inoltre grazie alla tassa sulla salute pubblica si sono trovate le risorse per promuovere una sana ed equilibrata alimentazione, con circa 20 miliardi di fiorini ungheresi, l'equivalente di 68 milioni di euro;

nel Regno Unito uno studio dell'University of Liverpool, pubblicato sulla rivista "European journal of preventive cardiology", ha evidenziato come la tassazione del *junk food*, associata ad una sensibile limitazione della pubblicità, possa contribuire a stimolare stili di vita sani soprattutto per quanto riguarda i consumatori più fragili. Un ulteriore studio, pubblicato sul "British medical journal" il 31 ottobre 2013, ha voluto simulare gli effetti di questo tipo di tassazione attraverso modelli matematici, giungendo alla conclusione che un incremento di prezzo di almeno il 20 per cento degli alimenti ad alto contenuto di grassi e delle bibite zuccherate porterebbe ad una diminuzione di 180.000 unità di cittadini britannici obesi ed un introito per le casse del servizio sanitario britannico di 320 milioni di euro, che potrebbero essere dedicati alla promozione del consumo di alimenti sani;

il 20 gennaio 2016 il Parlamento europeo ha posto un voto sul progetto di norme comunitarie che permetterebbero agli alimenti per bambini di continuare a contenere fino a 3 volte la quantità di zucchero raccomandata dall'Oms;

l'obesità impone un carico economico notevole sulla società sia in termini di aumento dei costi sanitari, per le cure relative al trattamento delle patologie associate, sia in termini di costi indiretti, per la perdita di produttività dovuta all'incremento dell'assenteismo per ragioni di salute. La prevenzione dell'obesità diventa quindi un obiettivo strategico della sanità pubblica,

impegna il Governo:

- 1) a promuovere, nell'ambito del Ministero della salute, l'adozione di un piano nazionale, per la prevenzione e la cura dell'obesità;
- 2) ad assumere iniziative legislative atte all'introduzione di una specifica imposta sui prodotti alimentari ad alto contenuto di grassi e basso valore nutrizionale e sulle bevande ricche di zuccheri ed anidride carbonica, con l'obiettivo di contribuire a ridurne il consumo, in particolar modo da parte dei minori;
- 3) ad utilizzare le maggiori entrate derivanti dall'accresciuto gettito fiscale per finanziare progetti all'interno delle scuole volti a garantire un'ampia scelta di attività sportive, anche pomeridiane ed aggiuntive rispetto a quelle previste dal piano dell'offerta formativa, che includano in particolar modo gli sport di squadra, con l'obiettivo di massimizzare l'impatto positivo sulla salute di alunni e studenti e stimolare il valore educativo e aggregativo degli sport di squadra;
- 4) a promuovere presso le scuole di ogni ordine e grado, ferma restando l'autonomia delle stesse nella definizione dei piani dell'offerta formativa, percorsi mirati all'educazione ad una sana e corretta alimentazione ed ai benefici di un'attività fisica costante;
- 5) ad introdurre limitazioni consistenti alla pubblicità, talvolta particolarmente aggressiva, relativa al cosiddetto cibo spazzatura.

(1-00601) (28 giugno 2016)

BIANCONI, RIZZOTTI, MATORANI, MATTESINI, BIGNAMI, PANIZZA, FRAVEZZI, AIELLO, DI GIACOMO, D'AMBROSIO LETTIERI, ROMANO, ZIN, MASTRANGELI, LIUZZI, CONTE, BERGER, DE POLI - Il Senato,

premesso che:

l'obesità rappresenta ormai un problema rilevantissimo di salute pubblica e di spesa per i sistemi sanitari nazionali, spesa che diverrà insostenibile se non vengono adottate politiche di prevenzione adeguate, non disgiunte da programmi di gestione della malattia in grado di affrontare il fardello delle comorbidità, ciò ad intendere la situazione nella quale si verifica in uno stesso soggetto una sovrapposizione e influenza reciproca di più patologie,

in questo caso connesse all'obesità (diabete, ipertensione, dislipidemia, malattie cardio e cerebrovascolari, tumori, disabilità);

secondo stime recenti, in Italia vi sono circa 21 milioni di soggetti in sovrappeso, mentre il numero degli obesi è di circa 6 milioni, con un incremento percentuale di circa il 10 per cento rispetto al 2001. L'incremento dell'obesità è attribuibile soprattutto alla popolazione maschile, in particolare nei giovani adulti di 25-44 anni e tra gli anziani;

sovrapeso ed obesità affliggono principalmente le categorie sociali svantaggiate che hanno minor reddito e istruzione, oltre a maggiori difficoltà di accesso alle cure;

l'obesità riflette e si accompagna dunque alle disuguaglianze, innestandosi in un vero e proprio circolo vizioso che coinvolge gli individui che vivono in condizioni disagiate, i quali devono far fronte a limitazioni strutturali, sociali, organizzative e finanziarie che rendono difficile compiere scelte adeguate relativamente alla propria dieta e all'attività fisica;

nel nostro Paese tra gli adulti con un titolo di studio medio-alto la percentuale degli obesi si attesta intorno al 5 per cento (per le persone laureate è pari al 4,6 per cento, per i diplomati è del 5,8 per cento), mentre triplica tra le persone che hanno conseguito al massimo la licenza elementare (15,8 per cento);

rilevato che:

l'obesità desta particolare preoccupazione per l'elevata comorbidità associata, specialmente di tipo cardiovascolare, come ad esempio il diabete tipo 2, in genere preceduto dalle varie componenti della sindrome metabolica (ipertensione arteriosa e dislipidemia aterogena), con progressione di aterosclerosi e aumentato rischio di eventi cardio e cerebrovascolari;

sono sufficienti pochi dati per valutare la dimensione del problema: in chi pesa il 20 per cento in più del proprio peso ideale aumenta del 25 per cento il rischio di morire di infarto e del 10 per cento di morire di ictus rispetto alla popolazione normopeso, mentre, se il peso supera del 40 per cento quello consigliato, il rischio di morte per qualsiasi causa aumenta di oltre il 50 per cento, per ischemia cerebrale del 75 per cento e per infarto miocardico del 70 per cento; alla luce di queste condizioni, anche la mortalità per diabete aumenta del 400 per cento;

è altrettanto importante sottolineare la correlazione fra eccesso di peso e rischio di tumori: per ogni 5 punti in più di indice di massa corporea (BMI),

il rischio di tumore esofageo negli uomini aumenta del 52 per cento e quello di tumore al colon del 24 per cento, mentre nelle donne il rischio di tumore endometriale e di quello alla colecisti aumenta del 59 per cento e quello di tumore al seno, nella fase *post* menopausa, del 12 per cento;

l'eccesso di peso è anche responsabile di patologie non letali ma altamente disabilitanti e costose in termini di accesso alle cure, come ad esempio l'osteoartrosi;

la dimensione del problema è tale non solo da meritare l'attenzione delle istituzioni e della politica, ma anche da rappresentare una priorità nell'ambito delle scelte da adottare e delle azioni da intraprendere a stretto giro nell'insieme delle questioni di salute pubblica da affrontare con più urgenza, per contenere il fenomeno e contrastarne le devastanti conseguenze. Infatti, non si può più ignorare che l'obesità influenzi pesantemente anche lo sviluppo economico e sociale: secondo la Carta europea sull'azione di contrasto all'obesità, l'obesità e il sovrappeso negli adulti comportano costi diretti (ospedalizzazioni e cure mediche) che arrivano a rappresentare fino all'8 per cento della spesa sanitaria nella regione europea; tali patologie, inoltre, sono responsabili anche di costi indiretti, conseguenti alla perdita di vite umane, e di produttività e guadagni correlati, valutabili in almeno il doppio dei citati costi diretti;

a livello mondiale, l'obesità è oggi responsabile di un costo complessivo pari a circa 2000 miliardi di dollari, che corrisponde al 2,8 per cento del prodotto interno lordo globale. L'impatto economico dell'obesità, in altre parole, è sovrapponibile a quello del fumo di sigaretta e a quello di tutte le guerre, atti di violenza armata e di terrorismo;

in Italia, i dati più recenti riguardo ai costi dell'obesità sono stati ricavati nell'ambito del progetto SiSSI, svolto con i *database* della medicina generale, dalla Regione Toscana: lo studio stima che l'eccesso di peso sia responsabile del 4 per cento della spesa sanitaria nazionale, per un totale di circa 4,5 miliardi di euro nel 2012;

considerato che:

i programmi di contrasto all'obesità del Ministero della salute fanno riferimento in particolare a diverse linee di attività, quali la collaborazione con la regione europea dell'OMS per la definizione di una strategia di contrasto alle malattie croniche, denominata "Gaining health"; la cooperazione con l'OMS alla costruzione di una strategia europea di contrasto all'obesità; le indicazioni europee da parte del Consiglio EPSCO nel 2006; il piano sanitario nazionale 2006-2008; il piano di prevenzione

2010-2012, lo sviluppo e coordinamento del programma "Guadagnare salute" (tutti documenti scaricabili dal sito del Ministero della salute; il piano di prevenzione 2014-2018 che punta su programmi di promozione della salute e su strategie basate sull'individuo;

l'impatto dell'obesità e delle malattie non trasmissibili (NCDs, non-communicable diseases), per le quali l'obesità rappresenta il principale fattore di rischio, è certamente preso in seria considerazione ai vari livelli governativi;

nel 2011 si è svolto, sotto l'egida delle Nazioni Unite, un *meeting* sulla prevenzione e il controllo delle NCDs, il cui documento conclusivo "political declaration" è fortemente incentrato sulla prevenzione delle NCDs e dell'obesità e contiene, in particolare, un richiamo agli Stati membri per aumentare e rendere prioritaria la spesa indirizzata alla riduzione dei fattori di rischio delle NCDs ed alla sorveglianza, prevenzione e diagnosi precoce degli stessi;

in Inghilterra le *policy* sull'obesità sono state affrontate dai programmi "Change4life", incentrato particolarmente sulla prevenzione dell'obesità, e "Healthy child programme" indirizzato al contrasto dell'obesità giovanile; nel 2010, la responsabilità per le politiche alimentari è passata dalla "Food standard agency" al "Department of health", ed il Governo ha iniziato a collaborare con il mondo produttivo in una sorta di patto di responsabilità per la salute pubblica per far fronte a diverse problematiche, tra cui l'obesità;

in Spagna, nel 2011, è stata approvata una legge sulla sicurezza alimentare che contiene misure per l'implementazione della strategia contro l'obesità NAOS (Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad), con la possibilità di adattare le linee di azione ogni 5 anni; nel 2013 è stato istituito un Osservatorio sulle abitudini alimentari e per lo studio dell'obesità che, oltre al costante monitoraggio sulla prevalenza dell'obesità, prevede l'implementazione delle modifiche dello stile di vita;

negli Stati Uniti il sistema federale non consente che vi sia una *policy* nazionale unitaria sull'obesità. Una campagna nazionale che ha avuto una notevole risonanza è quella promossa, nel 2010, dalla *first lady* Michelle Obama "Let's move campaign", che si è posta l'obiettivo di arrestare o ridurre l'obesità infantile nell'arco di una generazione. A livello federale, nel 2011, è stata approvata la terapia intensiva comportamentale per l'obesità, ora rimborsata da Medicare e Medicaid,

impegna il Governo:

- 1) ad adoperarsi in via normativa, affinché, nell'ordinamento, sia inclusa una definizione di obesità come malattia cronica, caratterizzata dagli elevati costi economici e sociali, una definizione del ruolo degli specialisti che si occupano di tale patologia e una definizione delle prestazioni di cura e delle modalità per il rimborso delle stesse, sul modello Medicare adottato negli Stati Uniti;
- 2) ad implementare la rete assistenziale sul modello della legge n. 115 del 1987, a suo tempo adottata per il contrasto al diabete;
- 3) a prevedere una più stringente implementazione del patto nazionale della prevenzione 2014-2018, relativamente alle politiche di contrasto all'obesità.

(1-00640) (11 ottobre 2016)

GAETTI, TAVERNA, AIROLA, BERTOROTTA, BLUNDO, BOTTICI, BUCCARELLA, BULGARELLI, CAPPELLETTI, CASTALDI, CATALFO, CIAMPOLILLO, CIOFFI, COTTI, CRIMI, DONNO, ENDRIZZI, FATTORI, GIARRUSSO, GIROTTA, LEZZI, LUCIDI, MANGILI, MARTELLI, MARTON, MONTEVECCHI, MORONESE, MORRA, NUGNES, PAGLINI, PETROCELLI, PUGLIA, SANTANGELO, SCIBONA, SERRA - Il Senato,

premesso che:

lo scorso 26 settembre 2016, nell'ambito del Congresso congiunto delle società scientifiche italiane di chirurgia, si è tenuto a Roma il *workshop* "It's time to Act on Obesity!", organizzato da Johnson & Johnson Medical, a cui hanno partecipato i più importanti esperti mondiali nella cura dell'obesità, disfunzione che, solo in Italia, colpisce una persona su 10 (10 per cento), per un totale di oltre 6 milioni di cittadini;

l'obesità è una patologia multifattoriale, la cui insorgenza può essere legata a diverse cause: dalle errate abitudini a tavola ad una significativa riduzione dell'attività fisica quotidiana, da fattori genetici a quelli ambientali. Si tratta, infatti, di una situazione clinica particolarmente complessa, se si considera che è la causa di altre malattie correlate, quali quelle cardiovascolari, cerebrovascolari, diabete di tipo 2 e persino alcuni tipi di tumore;

secondo i dati diffusi nel convegno romano dall'European association for the study of obesity, attualmente, il peso economico annuale dell'obesità in Italia si aggira intorno ai 9 miliardi di euro, in virtù dei variegati interventi

volti a far fronte alle diverse problematiche sanitarie, che vanno dai disordini del comportamento alimentare agli stati di inquietudine, i quali possono a loro volta tradursi in ansia, depressione o disagi psicosociali;

dal 2007 l'Italia, con 1.064 titoli, è il terzo Paese al mondo per volume complessivo di pubblicazioni scientifiche sulla chirurgia bariatrica, ma solamente 10.000 pazienti all'anno scelgono di sottoporsi ad un intervento chirurgico risolutore, un numero, pertanto, molto basso rispetto ai pazienti che ne avrebbero bisogno;

come emerso durante il convegno "It's time to Act on Obesity!", tuttavia, esistono ostacoli organizzativi e normativi che ancora impediscono il pieno accesso dell'obeso alle cure; pertanto, è necessario un processo di presa in carico, attraverso una squadra medica multidisciplinare, in grado di condurre il paziente verso un percorso terapeutico risolutivo e che agevoli, però, gli elevati costi economici correlati alla patologia e quelli sociali, che gravano sulla quotidianità dei pazienti che soffrono di obesità;

considerato che:

le giovani generazioni non sono esenti dal rischio obesità. In Italia, secondo lo studio "OKkio alla Salute" del Ministero della salute, eseguito dall'Istituto superiore di sanità, i bambini obesi di 8 anni sono circa il 12 per cento, quelli in sovrappeso circa il 25 per cento, con un tasso cumulativo intorno al 36 per cento. Numeri impressionanti, che registrano una maggior prevalenza nei maschi rispetto alle femmine e nelle aree meridionali rispetto a quelle settentrionali (con punte del 50 per cento di sovrappeso e obesità in Campania), ma che rilanciano l'esigenza di interventi immediati, soprattutto se si valuta che la media dei Paesi Ocse riferisce di un 23 per cento dei maschi e di un 21 per cento delle femmine affetti da obesità infantile;

le conseguenze dell'obesità per la stessa salute infantile non possono essere trascurate: la prevalenza di steatosi epatica (il "fegato grasso") nei ragazzi gravemente obesi è del 40 per cento e quella della sindrome metabolica del 25 per cento;

interventi strategici di prevenzione e interventi di cura immediati fin dai primi sintomi rappresentano per i bambini e per gli adolescenti la concreta possibilità di beneficiare di una cura efficace, finalizzata al ritorno alla normalità, con maggiori possibilità di successo;

è necessaria una rete che veda coinvolte le famiglie, i pediatri e soprattutto le scuole, proprio perché, in modo complementare, assumono un ruolo

fondamentale nell'insegnamento di una corretta educazione alimentare e di stili di vita sani, fin dai primissimi anni di vita;

è a scuola, del resto, che bambini e adolescenti trascorrono gran parte della giornata e da cui bisogna partire per promuovere un'alimentazione sana, varia e completa, che possa supportarli nella crescita e dotarli di un patrimonio di conoscenze alimentari da riproporre e sviluppare anche all'interno della propria famiglia;

il contrasto alla diffusione dell'obesità e dell'obesità grave deve essere affrontato con un approccio integrato, in grado di coinvolgere la comunicazione, le industrie di trasformazione, gli operatori sanitari, le famiglie e le scuole, allo scopo di contribuire, insieme, alla diffusione di buone pratiche alimentari e stili di vita salutari,

impegna il Governo:

- 1) ad individuare percorsi sanitari *ad hoc* per la presa in carico del paziente affetto da obesità, che permettano di accedere alle più efficaci terapie con il supporto di *équipe* mediche multidisciplinari;
- 2) a prevedere criteri di aumento del trattamento economico accessorio dei pediatri di base, dei medici di medicina generale e del personale medico specialistico, a seguito della presa in carico di soggetti affetti da obesità e dell'accertato miglioramento dello stato di salute;
- 3) a valutare la possibilità di introdurre un *bonus fiscale, una tantum*, per i soggetti che documentino una riduzione dell'indice di massa corporea (IMC) dai livelli di obesità a quello indicante il normopeso;
- 4) a introdurre la possibilità di detrazioni fiscali per le spese sostenute per attività sportive e di assistenza psicologica per i soggetti affetti da obesità, qualora risultanti da prescrizioni mediche;
- 5) a incrementare nelle scuole, in aggiunta a quelli già esistenti, appositi programmi di prevenzione dell'obesità infantile, promuovendo stili alimentari corretti, diete varie e sane e una regolare attività fisica;
- 6) a porre in essere, attraverso il servizio pubblico radiotelevisivo, una concreta campagna di informazione riguardo ad alimentazione e nutrizione, attività fisica, lotta contro la sedentarietà e rischi associati a quest'ultima.

BARANI, MAZZONI, AMORUSO, AURICCHIO, COMPAGNONE, CONTI, D'ANNA, FALANGA, GAMBARO, IURLARO, LANGELLA, LONGO Eva, MILO, PAGNONCELLI, PICCINELLI, RUVOLO, SCAVONE, VERDINI - Il Senato,

premesso che:

a far data dal 1997, l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) ha riconosciuto ufficialmente l'obesità come un'epidemia globale;

nel 2005, l'OMS stimava che almeno 400 milioni di adulti, pari al 9,8 per cento della popolazione mondiale, fossero obesi. La frequenza dell'obesità subisce un incremento con l'età, almeno fino ai 50 o ai 60 anni, e i casi registrati sono rapidamente aumentati soprattutto negli Stati Uniti, in Australia e in Canada;

se, fino alla fine del XX secolo, l'obesità era ritenuta un problema circoscritto alle comunità ad alto reddito, a partire dal XXI secolo la condizione è in aumento in tutto il mondo, tanto nelle nazioni industrializzate quanto nei Paesi in via di sviluppo, con l'esclusione dell'Africa subsahariana; gli incrementi maggiori si sono registrati nei contesti urbani;

l'OMS prevede che il sovrappeso e l'obesità potrebbero presto sostituire i più tradizionali problemi di salute pubblica;

è pacifico come, oltre alle conseguenze negative sulla salute, l'obesità conduca a numerosi problemi in materia di occupazione e di costi aumentati per la collettività; questi effetti sfavorevoli insistono su tutti i livelli della società, a partire dai singoli individui fino alle imprese e ai governi;

si presume che, nei soli Stati Uniti, la spesa per i prodotti dietetici si attestì fra i 40 e i 100 miliardi di dollari all'anno. Nel 1998, i costi sanitari, attribuibili all'obesità, negli USA sono stati di 78,5 miliardi dollari, pari al 9,1 per cento di tutte le spese mediche, mentre il costo dell'obesità in Canada è stato stimato in 2 miliardi di dollari canadesi (2,4 per cento dei costi sanitari totali);

l'obesità può portare altresì anche alla stigmatizzazione sociale e a forti svantaggi in materia di occupazione. Rispetto ai loro colleghi di peso normale, i lavoratori obesi hanno in media tassi di assenteismo più elevati: di conseguenza, i costi per i datori di lavoro si innalzano, andando a detrimento della produttività. I lavoratori con un IMC (indice di massa corporea) superiore a 40 chilogrammi al metro quadrato richiedono il

doppio di domande di indennità rispetto a quelli con un IMC nella norma: l'eccesso ponderale causa infatti un rischio superiore di infortuni alle mani e alla schiena, dovuti a cadute e al sollevamento di oggetti pesanti;

il peso corporeo eccessivo è associato a diverse patologie, in particolare a malattie cardiovascolari, ipertensione, sindromi metaboliche, al diabete mellito di tipo 2, alla steatosi epatica non alcolica, alla sindrome delle apnee ostruttive nel sonno, ad alcuni tipi di cancro, alla osteoartrosi. Pertanto, l'obesità è causa di una riduzione dell'aspettativa di vita;

l'obesità è una delle principali cause di morte prevenibile a livello mondiale. Alcuni studi statunitensi ed europei, effettuati su un campione a larga scala, hanno dimostrato che il rischio di mortalità è più basso nei non fumatori con IMC compreso tra i 20 e i 25 chilogrammi al metro quadrato, così come nei fumatori con IMC compreso fra i 24 e i 27 chili per metro quadro. Fra le donne, a un IMC superiore a 32 è stato associato un tasso di mortalità raddoppiato nell'arco di un periodo di 16 anni. Negli Stati Uniti l'obesità è stimata come causa di un numero di decessi, compreso fra gli 111.909 e i 365.000 all'anno, mentre nell'Unione europea un milione di decessi (pari al 7,7 per cento del totale) sono attribuiti al peso in eccesso. In media, l'obesità abbassa l'aspettativa di vita di circa 6-7 anni: in particolare, l'aspettativa di vita diminuisce di 2-4 anni in caso di obesità moderata (corrispondente a un IMC compreso fra 30 e 35 chilogrammi al metro quadrato), mentre l'obesità grave (IMC maggiore di 40) riduce l'aspettativa di vita di 10 anni;

esistono malattie causate direttamente dall'obesità e disturbi connessi indirettamente a essa, attraverso meccanismi di condivisione di una causa comune, come una cattiva alimentazione o uno stile di vita sedentario;

uno stile di vita sedentario gioca un ruolo significativo nell'obesità. Nel mondo, si è verificata una grande diminuzione del lavoro fisicamente impegnativo: conseguentemente, almeno il 60 per cento della popolazione mondiale compie attività motorie insufficienti. Ciò è dovuto principalmente al crescente uso di mezzi di trasporto meccanizzati e alla maggior disponibilità di elettrodomestici. Anche nei bambini è stato documentato un calo nei livelli di attività fisica. L'Organizzazione mondiale della sanità ha registrato una netta diminuzione del numero di persone che nel tempo libero si dedicano ad attività fisica. Tanto nei bambini quanto negli adulti è emersa poi una correlazione fra il tempo dedicato all'uso della televisione e il rischio di obesità;

l'assunzione errata di alimenti, sia nella quantità che nella qualità, può essere uno dei fattori principali nella determinazione di stati patologici e infatti il rischio obesità è determinato, oltre che da uno stile di vita sedentario, anche da un eccesso di calorie introdotte;

in Italia, un gruppo di esperti, costituito presso l'Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione (INRAN), ha elaborato le linee guida per una sana alimentazione italiana, per definire e divulgare le informazioni di base per una alimentazione equilibrata e mirata al benessere, da cui si evince che una vita attiva è lo strumento migliore per prevenire molte patologie. Per mantenersi in buona salute è necessario "muoversi", cioè camminare, ballare, giocare, andare in bicicletta;

un buon livello di attività fisica, infatti, contribuisce ad abbassare i valori della pressione arteriosa e quelli dell'ipercolesterolemia, a prevenire malattie cardiovascolari, obesità e sovrappeso, diabete, osteoporosi; contribuisce, inoltre, al benessere psicologico, riducendo ansia, depressione e senso di solitudine;

per i bambini e i ragazzi la partecipazione ai giochi e ad altre attività fisiche, sia a scuola che durante il tempo libero, è essenziale per un sano sviluppo dell'apparato osteoarticolare e muscolare, per il benessere psichico e sociale, per controllare il peso corporeo, per favorire il funzionamento degli apparati cardiovascolare e respiratorio. Inoltre, lo sport e l'attività fisica contribuiscono ad evitare, nei giovani, l'instaurarsi di comportamenti sbagliati, quali l'abitudine a fumo e alcol e l'uso di droghe;

anche per gli anziani l'esercizio fisico è particolarmente utile, in quanto ritarda l'invecchiamento, previene l'osteoporosi, contribuisce a prevenire la disabilità, contribuisce a prevenire la depressione e la riduzione delle facoltà mentali, contribuisce a ridurre il rischio di cadute accidentali, migliorando l'equilibrio e la coordinazione;

è oramai acclarato che praticare con regolarità attività sportive, almeno 2 volte a settimana, aiuta a aumentare la resistenza, aumentare la potenza muscolare, migliorare la flessibilità delle articolazioni, migliorare l'efficienza di cuore e vasi e la funzionalità respiratoria, migliorare il tono dell'umore;

in Italia, fino a pochi decenni fa, il problema dell'obesità era quasi inesistente. La dieta mediterranea e le corrette abitudini nutrizionali hanno sempre contraddistinto gli italiani nel panorama internazionale. Gli ultimi decenni, però, hanno portato importanti cambiamenti negli stili di vita, sempre più sedentari, e nei cibi consumati, più calorici e trattati;

questo ha comportato forti cambiamenti anche nel nostro Paese, con tassi di obesità che negli ultimi 20 anni hanno subito un forte aumento. Infatti, il 33,1 per cento della popolazione è in sovrappeso (41 per cento degli uomini e 25,7 per cento delle donne) e il 9,7 per cento è obesa. Sebbene gli ultimi dati del progetto "Okkio alla Salute" dell'Istituto superiore di sanità siano lievemente incoraggianti, i livelli di sovrappeso e obesità in età infantile restano elevati. Il fenomeno è più diffuso al Sud (in Abruzzo, Molise, Campania, Puglia e Basilicata riguarda più del 40 per cento del campione), dove alcune abitudini alimentari e la scarsa percezione del fenomeno depongono a sfavore;

la causa del problema obesità è nota soltanto in un ridotto numero di casi, inferiore al 5 per cento. Infatti l'obesità (definibile in presenza di un indice di massa corporea superiore a 30) ha un'origine multifattoriale: la predisposizione familiare esiste (almeno 40 i geni coinvolti), ma un ruolo cruciale è giocato dagli stili di vita, condizionati dalle pubblicità, che "spingono" i consumi di prodotti non propriamente salutari. Si stima che il 50 per cento delle responsabilità della malattia ricada sui geni e l'altra metà dipenda da fattori ambientali: tra cui la dieta, ovviamente, è al primo posto;

c'è anche un aspetto nuovo, di certo non il principale, ma interessante, legato alle elevate temperature raggiunte nelle abitazioni e negli uffici. Con 20-21 gradi all'interno, rispetto ai 19 consigliati, si ridurrebbe la "spesa energetica" del nostro organismo, al punto da favorire l'aumento del peso. Secondo alcuni ricercatori italiani, il troppo caldo fa male, perché la quantità di calorie che la persona brucia per mantenere la temperatura corporea a 37 gradi si riduce, se quella nell'ambiente è più elevata e più vicina a quella corporea;

l'obesità segue un *trend* di crescita a tutte le latitudini, mentre la società contemporanea fornisce un'ampia gamma di occasioni per consumare cibi e bevande; infatti, si moltiplicano le circostanze che possono condurre all'"iperconsumo passivo", in cui non ci si accorge di mangiare prodotti ad alta densità energetica e in quantità eccessiva;

negli ultimi 50 anni il *trend* ha subito una forte accelerazione. Lo dicono i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità: gli obesi sull'intero pianeta sfiorano la quota di 2 miliardi, la metà dei quali ha sviluppato questa condizione soltanto dopo il 1980. Negli ultimi 30 anni sono mutati i costumi e i comportamenti alimentari. Basti pensare a bevande zuccherate, *energy drink* e *junk food*, entrati "a gamba tesa" sul mercato in appena 3 lustri, attraverso massicce strategie di *marketing* mirate ad aumentarne i consumi;

lo stesso è accaduto nel nostro Paese. Secondo i dati Istat, in circa 10 anni sono cresciuti di circa 2 milioni gli italiani in sovrappeso e di oltre un milione quelli francamente obesi. Ciò significa, appunto, che ogni anno in Italia diventano obese oltre 100.000 persone;

nel nostro Paese è sovrappeso oltre una persona su 3 (36 per cento, con preponderanza maschile), obesa una su 10 (10 per cento), diabetica più di una su 20 (5,5 per cento) e oltre il 66,4 per cento delle persone con diabete di tipo 2 è anche molto in sovrappeso o obeso, mentre lo è "solo" un quarto delle persone con diabete tipo 1, il 24 per cento. In pratica, sono sovrappeso quasi 22 milioni di italiani, obesi 6 milioni, con diabete quasi 3,5 milioni: "diabesi", ossia contemporaneamente obesi e con diabete, circa 2 milioni;

sembrerebbe che i costi diretti legati all'obesità in Italia siano elevatissimi ogni anno e che il 64 per cento di essi venga speso per l'ospedalizzazione. Nonostante ciò, l'obesità è una condizione che fino a qualche anno fa è stata sottovalutata ed è, ancora oggi, difficilmente curabile. L'opinione pubblica ed anche parte del mondo medico hanno una visione superficiale del problema. L'obesità e il diabete rappresentano un problema di salute particolarmente preoccupante, tanto da configurarsi a livello internazionale come elementi di una "moderna pandemia";

la questione quindi "è seria, perché nonostante nel comune sentire si tenda a considerare l'eccesso di peso, e persino l'obesità, ancora come condizione estetica, l'obesità è una vera e propria malattia", come ricorda l'Associazione italiana di dietetica e nutrizione clinica;

l'obesità è considerata, infatti, l'anticamera del diabete e la combinazione tra le 2 malattie rappresenta una vera e propria epidemia dei nostri tempi, per la quale l'Organizzazione mondiale della sanità ha persino coniato il termine diabesità. L'associazione diabete-obesità deve inoltre preoccupare, perché di diabesità si muore, infatti il rischio di morte raddoppia ogni 5 punti di crescita dell'indice di massa corporea (o *body mass index*: BMI); un diabetico in sovrappeso raddoppia il proprio rischio di morire entro 10 anni, rispetto a un diabetico di peso normale; per un diabetico obeso il rischio quadruplica;

nello spaccato territoriale, il 9,8 per cento indicato dall'Istat nella media nazionale incorpora punte del 13 per cento della Basilicata, la regione italiana in assoluto con la più alta incidenza di obesi tra la popolazione adulta, e di oltre l'11 per cento in Sicilia e Campania, e l'11 per cento tondo della Puglia. Nel Nord Italia l'unica regione con un'incidenza a doppia cifra

è l'Emilia-Romagna, al 10,6 per cento di quota. Sotto la media nazionale si posizionano invece tutte le altre regioni settentrionali e gran parte di quelle centrali, ad eccezione dell'Abruzzo. La percentuale più bassa di obesi è appannaggio del Piemonte (l'8,2 per cento degli adulti residenti), seguito dalla Val d'Aosta e dalla provincia di Bolzano;

è poi il caso di dire che il grasso costa. Un paziente obeso ha un impatto sulle casse del sistema sanitario nazionale fino al 51 per cento in più rispetto a uno normopeso. E in Italia, dove la percentuale di obesi supera il 20 per cento della popolazione, i chili in eccesso hanno un costo sanitario di 2,5 miliardi di euro all'anno. In assenza di una chiara azione dei *policy maker*, il fenomeno è destinato a crescere, rischiando di mettere a dura prova non solo la salute degli italiani, ma anche la sostenibilità finanziaria del sistema sanitario;

un discorso a parte merita il problema dell'obesità infantile. Secondo il Ministero della salute, dal 2008 a oggi, il numero di bambini di età tra 8 e 9 anni in sovrappeso è diminuito leggermente, ma l'Italia resta ai primi posti d'Europa per l'eccesso ponderale infantile. Abitudini alimentari scorrette e comportamenti sedentari sono ancora troppo diffusi;

più di recente risulta che il 22,1 per cento dei bambini di 8-9 anni sia in sovrappeso rispetto al 23,2 per cento del 2008-2009 (meno 1,1 per cento) e il 10,2 per cento in condizioni di obesità, mentre nel 2008-2009 lo era il 12 per cento (meno 1,8 per cento). Complessivamente, l'eccesso ponderale riguarda il 32,3 per cento dei bambini della terza elementare e le percentuali più elevate si riscontrano nelle regioni del Centro-Sud, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia e Basilicata;

è necessario tenere conto del fatto che circa il 50 per cento degli adolescenti obesi tende a diventare un adulto obeso. Inoltre, i fattori di rischio per le malattie degli adulti che sono associati con l'obesità nei bambini e negli adolescenti, persistono in età adulta o aumentano in termini di prevalenza all'aumentare del peso;

non vanno dimenticate le conseguenze sul piano emotivo e sociale dell'obesità, tra cui bassa autostima e ridotte relazioni sociali. I bambini obesi, secondo alcuni studi, sono a rischio di stigmatizzazione ed esclusione sociale, con conseguente maggiore rischio di abbandono scolastico, più basso rendimento scolastico, ridotta stabilità occupazionale e più basso livello di retribuzione salariale;

il fatto che il progresso tecnologico degli ultimi decenni abbia rafforzato la sedentarietà e aumentato la disponibilità di cibi non salutari e altamente

processati ha comportato risvolti negativi che si sono visti soprattutto nei ceti socio-economici bassi, per i quali l'urbanizzazione e il progresso tecnologico hanno diminuito la propensione alla vita salutare, riducendo gli spazi verdi, promuovendo passatempo sedentari e favorendo l'accesso al più economico, ma meno salutare, cibo spazzatura;

essere informati e avere gli strumenti per valutare rischi e conseguenze dei cattivi stili di vita adottati è indispensabile oggi per opporsi a tendenze tanto facili, quanto dannose per la salute. L'istruzione gioca un ruolo fondamentale in questa partita: numerosi studi hanno mostrato il positivo nesso causale che l'educazione ha sulla salute individuale. Raramente però viene discusso come e attraverso quali canali l'istruzione può essere benefica per lo stile di vita;

lo studio "Body weight, eating patterns, and physical activity: the role of education" condotto dal CEIS (Centre for economic and international studies) di Tor Vergata ha analizzato il ruolo dell'istruzione nella determinazione dell'indice di massa corporea (BMI) e negli stili di vita salutari, che includono dieta equilibrata e attività fisica. Si è constatato che più alto è il grado d'istruzione, più si riduce l'indice di massa corporea, diminuisce il consumo calorico e aumenta il dispendio. Altro aspetto interessante riguarda la relazione di genere: il positivo effetto dell'istruzione sul BMI e sull'attività fisica è più marcato per le donne, mentre, nel caso degli uomini, l'istruzione ha maggior impatto in termini di consumo calorico. Dall'analisi emerge che, a parità di fattori, alle donne con diploma di scuola superiore è associata una diminuzione di peso corporeo pari in media al 10 per cento. Nel caso degli uomini, il conseguimento del diploma di scuola superiore è associato in media a una diminuzione del consumo calorico del 20 per cento;

un maggiore livello d'istruzione favorisce non solo la preparazione per il mercato di lavoro, ma più in generale promuove lo sviluppo cognitivo, fornendo gli strumenti necessari per avere una maggiore consapevolezza della propria salute. Lo studio mostra come l'istruzione sia più benefica per gli uomini in termini di ridotto consumo calorico, mentre per le donne in termini di attività fisica (questo risultato è in linea, secondo i proponenti, con le caratteristiche intrinseche di donne e uomini: le prime hanno maggiore conoscenza degli aspetti della nutrizione e dieta, mentre i secondi tendono a essere più attivi a livello fisico);

per quanto riguarda la spesa sanitaria, relativamente all'Italia, uno studio condotto presso il CEIS, che ha visto coinvolti medici di medicina generale, nutrizionisti e economisti, mostra che la spesa sanitaria degli

individui in sovrappeso (al netto di quella ospedaliera), in linea con le stime di altri studi condotti in altri Paesi (ad esempio, Tsai et al. (2011), Cawley et al. (2012), Bahia et al. (2012), Andreyeva et al. (2004), è circa il 4 per cento più alta rispetto a individui normopeso, mentre per gli "obesi", i "gravemente obesi" e i "molto gravemente obesi", la spesa aumenta, rispettivamente, del 18 per cento, 40 per cento e il 51 per cento rispetto ai normopeso. Inoltre, lo studio ha permesso di misurare quali siano le patologie legate all'obesità e in che modo queste incidano sul costo totale. I risultati mostrano che gran parte dell'aumento dei costi può essere attribuito all'insorgere di 3 malattie croniche molto diffuse: ipertensione, diabete di tipo 2 e malattie cardiovascolari;

considerato che:

sovrapeso e obesità sono, quindi, un problema di massima importanza per i sistemi sanitari, specialmente in un Paese come l'Italia che, insieme a Grecia e Stati Uniti, vince il primato dell'eccesso ponderale tra le generazioni più giovani, dove un bambino su 3 è in sovrappeso o obeso;

l'obesità è fortemente legata alle condizioni socio-economiche, specialmente nelle donne. Problema ancor più grande, se si considera l'importanza del ruolo femminile sulle generazioni future, nell'*imprinting* metabolico e nella formazione delle abitudini alimentari;

la recente crisi economica ha ulteriormente pesato sulle abitudini alimentari, aumentando il consumo di cibo spazzatura e il ricorso ai prodotti *discount*, spesso precotti, fortemente processati, abbondanti in grassi saturi, zuccheri aggiunti e sale. Numerosi studi evidenziano che, durante le crisi economiche, il prezzo per chilocaloria scende, in relazione all'aumento della densità calorica dei cibi consumati, e contemporaneamente diminuisce il consumo di frutta e verdura (secondo l'OECD dal 2008 in Italia e in altri Paesi colpiti dalla crisi questo fenomeno è stato molto marcato);

in assenza di una chiara azione dei *policy maker*, il fenomeno dell'obesità in Italia è quindi destinato a crescere, rischiando di mettere a dura prova la sostenibilità finanziaria del sistema sanitario che, oltre a questa sfida, dovrà affrontare i problemi relativi all'invecchiamento della popolazione e alla diffusione delle malattie croniche non trasmissibili;

ritenuto che:

è fondamentale compito dello Stato favorire e promuovere campagne di sensibilizzazione di larga portata per aumentare la consapevolezza del problema in tutti i settori della società, compreso quello del personale

sanitario, fornendo informazioni, sia sui rischi che l'obesità può provocare, sia sui comportamenti da adottare per evitare questa patologia;

è la prevenzione la strategia più efficace da mettere in campo: un adeguato percorso di educazione alimentare, soprattutto tra i più piccoli, e il rispetto di una dieta di tipo mediterraneo, possono ridurre l'insorgenza di nuovi casi di obesità e di tutte le malattie a essa correlate;

già il Ministero della salute ha prodotto documenti importanti sugli stili di vita come "Guadagnare Salute", che offre il miglioramento di stili di vita salutari e le cui azioni dovrebbero trovare attuazione più concreta, proprio sul fronte della prevenzione di molteplici patologie, tra cui l'obesità;

occorre una strategia di approccio globale finalizzata ad affrontare i crescenti tassi di obesità. Le ricerche effettuate sono pervenute a definire 3 contesti su cui è possibile intervenire: «a monte» del problema con l'osservazione dei mutamenti nella società; «nel mezzo» con progetti volti a modificare il comportamento degli individui e a migliorare il loro stile di vita; «a valle» con il trattamento delle persone colpite dall'obesità,

impegna il Governo:

- 1) a intervenire con leggi per regolamentare ed assicurare strategie per la riduzione dell'obesità;
- 2) ad aumentare la quantità di ore a settimana di educazione fisica nelle scuole primarie e secondarie;
- 3) ad aumentare la qualità dell'educazione fisica nelle scuole primarie e secondarie;
- 4) a sensibilizzare al problema le famiglie con pubblicità e programmi dedicati;
- 5) a creare e migliorare le infrastrutture sportive (palestre e parchi);
- 6) a promuovere la formazione di associazioni e centri sportivi;
- 7) ad incoraggiare le industrie alimentari ad introdurre sul mercato cibi ipocalorici e più nutritivi;
- 8) ad applicare imposte sugli alimenti non sani ed erogare sussidi per la promozione di cibi sani e nutrienti;
- 9) a formulare *standard* dietetici per i programmi di pranzo scolastici;
- 10) ad eliminare e sostituire le bevande dolci e *snack* all'interno dei distributori automatici nelle scuole con bevande e cibi più sani;

- 11) ad informare in modo chiaro il consumatore, applicando etichette nutrizionali chiare sugli alimenti e vietando le informazioni incoerenti e sbagliate;
- 12) ad applicare restrizioni sulla pubblicità di cibi ai bambini;
- 13) a promuovere la domanda e l'offerta di stili di vita salutari, attraverso il miglioramento delle linee guida di sana alimentazione e il sostegno ai gruppi svantaggiati;
- 14) a promuovere l'attività fisica anche all'interno degli uffici pubblici, dove il personale svolge un'attività massimamente sedentaria, con l'individuazione di appositi spazi dotati di un minimo di attrezzatura per favorire il consumo energetico;
- 15) ad investire in istruzione e in formazione, per rafforzare scelte consapevoli in ordine alla salute.

(1-00643) (11 ottobre 2016)

D'AMBROSIO, LETTIERI, BONFRISCO, AUGELLO, BRUNI, COMPAGNA, DI MAGGIO, LIUZZI, PERRONE, TARQUINIO, ZIZZA - Il Senato,

premesso che:

l'obesità è una sindrome caratterizzata da un aumento del peso, che, in base al grado, fa considerare un individuo in sovrappeso, obeso o francamente obeso e si manifesta a causa di uno squilibrio tra introito calorico (assunzione di cibo) e spesa energetica (metabolismo basale, attività fisica e termogenesi), con conseguente accumulo dell'eccesso di calorie in forma di trigliceridi nei depositi di tessuto adiposo;

il grado di obesità, cioè l'eccesso di grasso, viene comunemente espresso con l'indice di massa corporea (ovvero la misura del peso in rapporto all'altezza, comunemente utilizzato per stimare la quantità di peso in eccesso) integrata dall'impiego di indicatori diretti dell'adiposità e della distribuzione adiposa, che permettono un più agevole inquadramento nosologico dell'obesità ed una classificazione descrittiva fondamentale, ai fini dell'individuazione dei soggetti a maggior rischio di morbilità;

l'eccessivo accumulo di grasso corporeo, quando anomalo ed eccessivo, può avere effetti negativi sulla salute, con una conseguente riduzione dell'aspettativa di vita; in particolare, sovrappeso e obesità rappresentano

uno dei maggiori fattori di rischio per la salute e sono causa di disabilità fisica, di ridotta capacità lavorativa; predispongono, inoltre, all'insorgenza di numerose altre patologie croniche, per esempio disturbi cardiovascolari ed endocrino-metabolici;

detta condizione patologica, purtroppo, in costante incremento, che ha raggiunto un carattere epidemico in numerosi Paesi, oltre alle innegabili cause organiche (ipotiroidismo, ereditarietà ed altre), ha origine principalmente in fattori alimentari (abitudini alimentari contraddistinte da un consumo di cibi altamente energetici) e comportamentali (sedentarietà);

premesso, inoltre, che:

uno studio della NCD Risk Factor Collaboration, condotto da scienziati dell'Imperial college di Londra e pubblicato dalla rivista medica "The Lancet" (che ha coinvolto l'Organizzazione mondiale della sanità e più di 700 ricercatori in tutto il mondo), ha reso note le misure di peso e altezza di circa 20 milioni di adulti provenienti da 200 Paesi;

in base alle risultanze di detto studio, dal 1975 al 2014, la prevalenza di obesità si è triplicata negli uomini e più che raddoppiata nelle donne, secondo un *trend* di stima che, invariato, porterebbe ad avere, nel 2025, un abitante su 5 obeso;

lo studio, che ha analizzato i *trend* temporali dell'indice di massa corporea, ha indotto i ricercatori a stimare, per il 2014, in 266 milioni il numero complessivo di obesi fra gli uomini e in 375 milioni fra le donne, pari rispettivamente al 10,8 per cento e al 14,9 per cento della popolazione mondiale;

i Paesi più colpiti sono Cina e Stati Uniti; l'Italia è collocata al 136° posto per le donne e al 56° posto per gli uomini;

premesso, infine, che:

l'"Italian barometer diabetes report 2015" (documento pubblicato annualmente dalla Italian barometer diabetes observatory foundation, con la finalità di avviare un confronto sulle problematiche connesse al diabete e all'obesità) denuncia che, nel nostro Paese, l'obesità e il sovrappeso riguardano 28 milioni di persone;

in particolare, in Italia è in sovrappeso oltre una persona su 3 (36 per cento, con preponderanza maschile: 45,5 per cento rispetto al 26,8 per cento nelle donne), obesa una su 10 (10 per cento), diabetica più di una su 20 (5,5 per cento) e oltre il 66,4 per cento delle persone con diabete di tipo 2 è anche molto in sovrappeso o obeso, mentre lo è "solo" un quarto delle persone

con diabete tipo 1 (24 per cento), ovvero sono in sovrappeso quasi 22 milioni di italiani, obesi 6 milioni, con diabete quasi 3,5 milioni: "diabesi" (termine coniato dall'OMS), ossia contemporaneamente obesi e con diabete, circa 2 milioni;

considerato che:

l'obesità, nei suoi vari gradi, che ne caratterizzano la gravità e i relativi bisogni, può essere considerata una condizione clinica patologica, fino a poco tempo fa ancora sottovalutata, ma che richiede, affinché il trattamento risulti efficace, sia in termini di risultati che di mantenimento degli stessi, che, accanto all'intervento medico, sia affiancato un intervento educativo che consenta al soggetto di comprendere le cause del problema e di mettere in atto nella vita di tutti i giorni i comportamenti idonei a raggiungere gli obiettivi prefissati;

sovrapeso ed obesità affliggono principalmente le categorie sociali svantaggiate, che hanno minor reddito e istruzione, oltre che maggiori difficoltà di accesso alle cure. L'obesità riflette e si accompagna, dunque, alle disuguaglianze, favorendo un vero e proprio circolo vizioso;

i costi sanitari annui stimati per tale patologia (e per le patologie correlate) unitamente a quelli derivanti dal calo di produttività, dall'assenteismo e dalla mortalità precoce, ammonterebbero a 22 miliardi di euro;

le politiche e la programmazione sanitaria fin qui intraprese non sono state in grado di incidere concretamente ed effettivamente sull'evoluzione del fenomeno;

considerato, inoltre, che l'obesità è considerata l'anticamera del diabete e l'associazione fra entrambe le patologie comporta un aumento del rischio di morte: un diabetico in sovrappeso, infatti, raddoppia il proprio rischio di morire entro 10 anni rispetto ad un diabetico di peso normale; un diabetico obeso quadruplica detto rischio;

preso atto che:

l'obesità non è solo, quindi, una condizione estetica, ma una vera e propria condizione clinica patologica;

l'obesità, alla stregua di una vera e propria epidemia, rappresenta, dunque, un problema di salute pubblica, nonché di spesa per il Servizio sanitario nazionale;

per il raggiungimento degli obiettivi di salute è indispensabile mettere in atto strategie, che facilitino comportamenti salutari, sia in termini di alimentazione, sia di promozione dell'attività fisica;

tutto questo può essere realizzato soltanto se si ha chiara la consapevolezza che l'obesità non è un problema o una responsabilità del singolo individuo, ma un problema sociale e che le scelte salutari possono essere orientate attraverso appropriate politiche economiche, agricole, urbanistiche e dei trasporti;

occorre adottare politiche di prevenzione adeguate, non disgiunte da una programmazione appropriata di gestione della malattia, per evitare o contenere le comorbidità quali diabete, ipertensione, dislipidemia, malattie cardiovascolari e cerebrovascolari, tumori e disabilità;

nel nostro Paese dovrebbe essere posta in essere una seria politica di prevenzione e di lotta all'obesità e al diabete;

rilevato che:

dopo oltre 10 anni, in Italia è disponibile dalla fine del 2015 (in soluzione iniettabile in penne preriempite pronte all'uso) una nuova opportunità farmacologica, che è stato dimostrato avere effetto non solo sul diabete di tipo 2, ma anche efficace nel trattamento del sovrappeso e dell'obesità, a base di Liraglutide, approvata dalla Food and drug administration (FDA) americana e dalla European medicine agency (Ema), dispensabile e rimborsabile dal Servizio sanitario nazionale, attualmente per il diabete di tipo 2, su prescrizione medica ad opera di alcuni specialisti (endocrinologi, cardiologi, internisti e specialisti in Scienza dell'alimentazione);

in Europa, Liraglutide 3mg è indicato in associazione a dieta ipocalorica e aumento dell'attività fisica, anche per la gestione del peso in pazienti adulti con un indice di massa corporea superiore o uguale a 30 chilogrammi al metro quadrato (obesi), o superiore o uguale a 27 chili per metro quadrato e inferiore a 30 chilogrammi per metro quadrato (sovrappeso), in presenza di almeno un'altra comorbidità legata al peso quali disglicemia (prediabete o diabete tipo 2), ipertensione, dislipidemia o apnea notturna;

detto farmaco, la cui terapia per un mese, a dosaggio pieno, costa 360 euro, non è ancora rimborsabile dal Servizio sanitario nazionale per l'obesità, mentre lo è con piano terapeutico per i soggetti con diabete di tipo 2, nel rispetto dei dati di letteratura e della disponibilità o meno di alternative terapeutiche;

rilevato, infine, che:

il manifesto "La salute nelle città: bene comune", presentato a Roma a luglio 2016 e predisposto da un gruppo di esperti dell'HealthCity think

tank, si propone di indicare i fattori che determinano il benessere dei cittadini in ambito urbano;

il manifesto evidenzia la sedentarietà tra i fattori sociali che maggiormente incidono nell'ambito delle malattie per diabete e obesità;

esso si propone l'obiettivo di creare un movimento di collaborazione internazionale, che proponga rimedi e *best practice* per affrontare le problematiche connesse all'aumento dell'obesità e del diabete nel mondo;

al programma del manifesto non ha ancora aderito alcuna città italiana;

l'Oms, dal 1948, invita i Governi ad adoperarsi responsabilmente, attraverso programmi di educazione alla salute, per promuovere uno stile di vita sano e per garantire ai cittadini un alto livello di benessere;

la stessa Oms, coniando il termine "healthy city", per descrivere una città conscia dell'importanza della salute come bene collettivo, evidenzia la necessità di mettere in atto politiche sociali, culturali ed economiche chiare per tutelare e migliorare la salute pubblica medesima,

impegna il Governo:

1) ad attuare gli interventi previsti a livello nazionale e regionale dai principali programmi di promozione della salute e di prevenzione dell'obesità, del diabete e delle complicanze correlate (Piano nazionale e regionali di prevenzione, Guadagnare salute, Piano sanitario nazionale sulla malattia diabetica, Piano nazionale della cronicità);

2) a implementare i sistemi di sorveglianza sulla prevalenza di fattori di rischio nella popolazione generale previsti a livello nazionale, al fine di seguire i fenomeni nel tempo, raffrontare le diverse realtà (a livello locale, regionale, nazionale e internazionale) e valutare l'efficacia degli interventi;

3) a istituire un gruppo di lavoro composto da esperti del mondo scientifico e sanitario, con la finalità di individuare adeguate misure di prevenzione e di lotta all'obesità e al diabete, in modo da migliorare il livello di salute pubblica e incidere positivamente sulla spesa sanitaria;

4) a porre in essere ogni iniziativa atta a inserire il citato farmaco a base di liraglutide tra quelli rimborsabili dal Servizio sanitario nazionale, estendendo la rimborsabilità anche ai soggetti obesi o in sovrappeso, in presenza di almeno un'altra comorbidità legata al peso, quali disglicemia (prediabete o diabete tipo 2), ipertensione, dislipidemia o apnea notturna;

5) ad adoperarsi, in linea con l'invito dell'Oms, attraverso un'adeguata programmazione (incluse campagne informative nelle scuole di ogni ordine

e grado) a promuovere uno stile di vita sano, in grado di incidere realmente sulla salute dei cittadini fin dalla giovane età;

6) a promuovere una campagna di informazione riguardante i contenuti del citato manifesto, al fine di facilitare il coinvolgimento internazionale delle istituzioni locali nella individuazione di *best practice* utili alla prevenzione del diabete e dell'obesità;

7) a incrementare il numero dei programmi volti ad identificare i soggetti in condizioni di rischio o con condizione clinica patologica in atto, da indirizzare verso un'adeguata presa in carico sistematica, in grado di potenziare le risorse personali (*empowerment* individuale) per l'adozione consapevole degli stili di vita corretti, o, quando necessario, verso idonei programmi di comunità (esempio gruppi di cammino, offerta proattiva di attività motorie) o percorsi terapeutico-assistenziali multidisciplinari.