

SENATO DELLA REPUBBLICA

——— XVII LEGISLATURA ———

Martedì 11 ottobre 2016

alle ore 11

696^a Seduta Pubblica

ORDINE DEL GIORNO

I. Discussione di mozioni sulle campagne pubbliche in materia sanitaria
(testi allegati)

II. Discussione di mozioni sul contrasto all'obesità *(testi allegati)*

alle ore 16,30

**Commemorazione solenne, con la presenza del Presidente della Repubblica,
del Senatore a vita, Presidente emerito della Repubblica Carlo Azeglio
Ciampi**

alle ore 17

697^a Seduta Pubblica

ORDINE DEL GIORNO

Comunicazioni del Presidente sul calendario dei lavori

MOZIONI SULLE CAMPAGNE PUBBLICHE IN MATERIA SANITARIA

(1-00626) (22 settembre 2016)

DE PETRIS, PETRAGLIA, BAROZZINO, CERVELLINI, DE CRISTOFARO, BOCCHINO, CAMPANELLA, MINEO - Il Senato,

premesso che:

il 28 luglio 2016, il Consiglio dei ministri ha approvato la proposta della ministra della salute Beatrice Lorenzin, di istituire per il 22 settembre di ogni anno una giornata nazionale dedicata all'informazione e formazione sulla fertilità umana. Come riporta il comunicato stampa del medesimo Consiglio dei ministri «l'iniziativa colloca il tema al centro delle politiche sanitarie ed educative del Paese, con la consapevolezza che la salute riproduttiva è alla base del benessere psico-fisico, oltre che relazionale, di tutti i cittadini, anche tenuto conto che il problema della denatalità influenza direttamente molti settori, in campo economico, sociale, sanitario e previdenziale»;

a seguito della decisione assunta dal Consiglio dei ministri, è stata avviata dal Ministero della salute una campagna di comunicazione sul «fertility day», fatta di *slogan* e cartoline come «Sbrigati, non aspettare la cicogna», che chiedono alle donne di fare più figli e farli presto. Una campagna che ha giustamente provocato forti critiche e proteste, alle quali la Ministra ha risposto con un laconico: la campagna sul "fertility day" «non è piaciuta? Ne facciamo una nuova»;

il 1o settembre 2016, lo stesso presidente del Consiglio dei ministri Renzi, prendeva le distanze dalla campagna di comunicazione sul «fertility day» affermando: «Non sapevo niente di questa campagna (...). Non conosco nessuno dei miei amici che fa un figlio perché vede un cartellone pubblicitario»;

la campagna di comunicazione ministeriale sulla fertilità ha mostrato chiaramente a giudizio dei proponenti non tanto l'intento di informare, ma piuttosto quello di promuovere un'ideologia;

l'immagine minacciosa della donna con la clessidra ha richiamato l'antica idea della donna ridotta corpo e natura «obbligata a fare figli», attraverso messaggi regressivi: se non fai presto, non avrai figli, al massimo, ma non è sicuro, solo uno. Se non fai figli, non contribuisci al bene comune e tu giovane, infertile sei come una buccia di banana avvizzita;

una campagna di comunicazione, a giudizio dei firmatari del presente atto di indirizzo, aggressiva, ricattatoria, minacciosa, che ha prodotto un rigetto sociale amplissimo in primo luogo di tante donne e una forte critica di esperti di comunicazione, di scienze mediche e psicosociali, che ha generato ansia per «l'orologio biologico che corre»;

già nel lontano marzo 2014, pensando alla predisposizione del piano nazionale per la fertilità (elaborato nel maggio 2015) la ministra Lorenzin, in una intervista al quotidiano "Avvenire", affermava che «i bambini devono tornare a nascere e serve educare alla maternità», dato che «il crollo demografico è un crollo non solo economico, ma anche sociale». «La decadenza» va «frenata con politiche di comunicazione, di educazione e di scelte sanitarie» e «bisogna dire con chiarezza che avere un figlio a trentacinque anni può essere un problema»;

sarebbe chiara ad avviso dei firmatari del presente atto di indirizzo, la linea ideologica di parte che muove la ministra, impropriamente, nelle scelte di governo, volte a svuotare la sentenza della Corte costituzionale, che ha superato il divieto di fecondazione eterologa; ignorare cinicamente le difficoltà che molte donne incontrano nel ricorrere alla legge sull'interruzione volontaria di gravidanza, spingere verso una condanna mondiale della *surrogacy* intesa addirittura come crimine contro l'umanità;

scelte del Governo improntate da una doppiezza politica da censure: da una parte di propugna uno Stato interventista-paternalista sui comportamenti procreativi delle persone, dall'altra si attacca l'universalismo delle politiche del diritto alla salute, con scelte che impoveriscono il sistema sanitario pubblico e lo indirizzano al mercato e alla logica del profitto;

il tema della denatalità, privato di quella che appare ai firmatari del presente atto di indirizzo, la falsa coscienza della Ministra, è un problema serio. I dati dell'Istat evidenziano come i nuovi nati siano in costante diminuzione. Nel 2015, le nascite sono state 488.000 (con un calo di 15.000), nuovo minimo storico dall'Unità d'Italia. Il 2015 è il quinto anno consecutivo di riduzione della fecondità, giunta a 1,35 figli per donna. La decisione di mettere al mondo dei figli viene sempre più posticipata, come documenta l'aumento dell'età media delle madri al parto;

affrontare il problema della denatalità da parte del Governo a colpi di pedagogia autoritaria è fuorviante e inefficace;

rinunciare o rimandare la scelta di fare un figlio sta dentro un complesso mosaico di ragioni, che riguardano, in primo luogo, la soggettività in cui si intrecciano sessualità, amore, futuro, identità sessuali, libertà, relazioni tra i

sessi, desiderio, fiducia, che non possono essere, né semplificate con richiami volontaristici, né tantomeno ricondotti solo a parametri sociali ed economicistici;

la bassa crescita o la decrescita demografica è, in primo luogo, un problema che deve essere affrontato in una dimensione globale e non solo nazionale o patriottica, bensì nelle sue strette connessioni con le politiche dell'immigrazione;

un piano nazionale della fertilità per sostenere le nascite nel nostro Paese deve muovere dall'affermazione della libertà di scelta di maternità e del diritto alla salute riproduttiva e dal promuovere robuste politiche attive e strutturali per garantire l'autonomia delle persone e il rispetto delle loro scelte di vita che creino le condizioni di sostegno alla scelta di fare figli: un nuovo sistema del *welfare* e in esso più servizi socio-educativi, riconoscimento sociale della cura, sostegno al reddito, congedi parentali incentivanti per gli uomini, più lavoro femminile organizzato per poter accudire le relazioni umane;

molte realtà europee dimostrano che c'è un rapporto diretto tra accesso femminile al lavoro, natalità e benessere generale, ma l'Italia si conferma uno dei Paesi europei a più bassa occupazione femminile, e questo condiziona fortemente la stessa possibilità di determinare il proprio progetto di vita;

i dati del «Rapporto Italia 2015» dell'Eurispes hanno evidenziato l'incidenza della precarietà e dell'incertezza per il futuro nella crescita del numero di chi non si sente in grado di dare garanzie alla propria famiglia con il proprio lavoro;

in aggiunta a quanto emerso alla fine del mese di agosto, il 21 settembre è circolata una nuova *brochure* del Ministero della salute ascrivibile alla campagna "Fertility Day", in cui vengono ritratte le buone abitudini da seguire e i cattivi compagni di abbandonare: i primi vengono associati ad un gruppo di ragazzi bianchi, sorridenti e ben pettinati. Nella seconda immagine, relativa ai cattivi compagni, un gruppo di ragazzi fumano, di cui due, in primo piano, sono neri;

l'immagine ha dato l'avvio ad una nuova ondata di critiche per il suo contenuto razzista, volto a dividere il mondo giovanile in 2 immagini anacronistiche, ridicole e decisamente offensive. Immagini risultate già utilizzate: la prima per una pubblicità di impianti dentali; la seconda, in alcune campagne (di cui una, negli Stati Uniti, aveva già suscitato polemiche) tra le quali, secondo fonti della stampa nazionale ("Il Corriere

della sera", del 22 settembre 2016, «Messaggi razzisti. Ritirato l'opuscolo sul Fertility Day») anche dall'associazione religiosa "Scientology",

impegna il Governo:

- 1) a prendere nettamente le distanze dalle scelte e dalle decisioni assunte dalla ministra Lorenzin con atti concreti e immediati, riconsiderando, nel merito e nel metodo, le proposte, le decisioni e le iniziative prese sul «fertility day» di cui in premessa;
- 2) a cancellare definitivamente la campagna pubblicitaria, che ha procurato un rigetto sociale, porgendo le scuse alle italiane, verificando altresì puntualmente le risorse utilizzate per la stessa;
- 3) ad assumere iniziative per prevedere che il 22 settembre diventi giornata di formazione e informazione sul diritto alla salute riproduttiva per la prevenzione e cura della sterilità riguardo a giovani uomini e donne;
- 4) ad affermare il principio della libertà nelle scelte procreative, innanzitutto delle donne nel regolare la loro fecondità, considerando la libertà di non fare figli, come libertà di grado non inferiore a quella di farli;
- 5) a prevedere studi specifici di genere, anche riguardo agli effetti sulla fertilità di donne e uomini e sulle malattie neo-natali, conseguenti all'inquinamento e alla contaminazione delle matrici ambientali;
- 6) a investire risorse finalizzate ad un piano di prevenzione della sterilità, attraverso l'informazione e la promozione di stili di vita, che riducano o eliminino tra i giovani i fattori di rischio della sterilità medesima;
- 7) ad assumere iniziative per creare e sostenere una rete qualificata tra centri di cura di giovani malati/e (a partire dalle patologie oncologiche) e centri di crioconservazione dei gameti maschili e femminili, per poter postdatare la scelta di maternità per ragioni di malattia e non solo;
- 8) a garantire l'accesso alle tecniche di fecondazione assistita in tutto il territorio nazionale, promuovendo la conoscenza e la pratica della donazione dei gameti nel rispetto di rigorosi *standard* di sicurezza e di anonimato delle donatrici e dei donatori;
- 9) a garantire a tutti e tutte l'accesso ai farmaci innovativi, con particolare riferimento a quelli per l'epatite C, per prevenire patologie nelle gravidanze anche a tutela di chi viene al mondo;
- 10) a includere l'endometriosi tra gli obiettivi prioritari della ricerca sanitaria, in modo particolare per quanto riguarda la genesi della malattia, la terapia specifica, il trattamento delle recidive, la prevenzione

dell'infertilità, anche al fine di porre la donna al centro di un percorso il più veloce possibile per la diagnosi e la successiva cura, prevedendo altresì l'istituzione del registro nazionale dell'endometriosi e opportuni registri regionali;

11) ad assumere iniziative per avviare efficaci campagne di formazione e informazione per i medici ginecologi, i medici e gli operatori dei presidi consultoriali, e per i medici di medicina generale;

12) ad assumere iniziative per attivare opportune reti di eccellenza pubbliche impegnate nella formazione degli operatori sanitari e nella massima trasmissione del *know how* clinico-diagnostico e terapeutico;

13) ad avviare un capillare programma di promozione dei metodi contraccettivi, di conoscenza riguardo al libero accesso alla contraccezione d'emergenza, e di informazione per la prevenzione e la lotta contro l'HIV/AIDS e altre infezioni sessualmente trasmissibili, assegnando a tal fine la dovuta centralità ai consultori, quale servizio per la rete di sostegno e alla preservazione della fertilità e alla sessualità libera, nel rispetto pieno e senza impostazioni giudicanti della libertà di scelta;

14) ad assicurare una qualificata attività di informazione, formazione ed educazione sentimentale nelle scuole, per poter affermare la maternità come scelta e realizzare una vita affettiva e sessuale libera dagli stereotipi e i pregiudizi;

15) ad assumere iniziative per prevedere un indispensabile incremento delle risorse finanziarie a favore della rete dei consultori, anche al fine di poterne implementare gli organici e le sedi;

16) a mettere in campo chiare scelte di politica economica e sociale strutturali, a partire dalla manovra finanziaria, volte a sostenere realmente l'autonomia delle persone, rimuovendo gli ostacoli sociali, che possono condizionare la realizzazione del desiderio e della volontà di maternità attraverso:

a) un piano straordinario di promozione e sostegno al lavoro femminile, con incentivi a modalità organizzative basate su nuovi rapporti tra produzione e riproduzione;

b) il riconoscimento sociale e la valorizzazione del lavoro di cura, anche con lo sviluppo di infrastrutture sociali di stampo europeo riguardo a sicurezza, qualità, diffusione equa in tutto il territorio nazionale, a partire da quelle dedicate all'infanzia rifinanziando, tra l'altro, il piano straordinario di intervento per lo sviluppo del sistema territoriale dei servizi

socio-educativi, al quale concorrono gli asili nido, i servizi integrativi e i servizi innovativi nei luoghi di lavoro, presso le famiglie e presso i caseggiati, di cui all'articolo 1, comma 1259, della legge n.296 del 2006;

17) ad assumere efficaci iniziative, anche nell'ambito dell'Unione europea, volte a prevedere l'esclusione dal rispetto del patto di stabilità per le spese relative a servizi sociali e al *welfare* al fine di: *a)* incrementare le risorse attualmente assegnate al fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza e al fondo per le politiche sociali; *b)* attuare efficaci politiche abitative con la priorità dello sviluppo dell'edilizia residenziale pubblica e del sostegno alla locazione per i giovani che desiderino convivere, sposarsi, fare figli;

18) ad assumere iniziative per riconoscere il tempo dedicato alle attività di cura ai fini pensionistici con il riconoscimento di contributi figurativi legati al numero dei figli o ad eventuali altri impegni di cura, nonché con il riconoscimento di integrazioni contributive per i periodi di lavoro *part time* per ragioni di cura e possibilità di anticipo della pensione per necessità di accudimento di persone non autosufficienti, nel quadro di una revisione del sistema pensionistico che contempra flessibilità e libertà di scelta;

19) ad assumere iniziative per aumentare gli sgravi fiscali a favore della maternità per le donne lavoratrici, con particolare riguardo alle piccole e micro imprese, sulle quali i costi incidono in misura proporzionalmente maggiore.

(1-00639) (11 ottobre 2016)

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

premessi che:

il 22 settembre 2016 si è celebrato il primo "Fertility day", giornata nazionale dedicata all'informazione e formazione sulla fertilità umana, istituita con direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri del 28 luglio 2016. In tale giornata, si legge nella direttiva, "le amministrazioni pubbliche, anche in coordinamento con tutti gli enti e gli organismi

interessati, promuovono l'attenzione e l'informazione sul tema della fertilità umana nell'ambito delle rispettive competenze e attraverso idonee iniziative di comunicazione e sensibilizzazione";

la prima campagna per il Fertility day è stata molto criticata, perché accusata di fare eccessiva pressione sulle donne. Uno dei manifesti pubblicitari dell'iniziativa mostrava, per esempio, una ragazza che tiene in mano una clessidra, con la scritta "La bellezza non ha età. La fertilità sì", un altro diceva "Datti una mossa, non aspettare la cicogna", un altro ancora "non mandare gli spermatozoi in fumo" e poi " Genitori Giovani. Il modo migliore di essere creativi";

le polemiche si sono accentuate con l'ultima campagna pubblicitaria che è apparsa, ad avviso dei presentatori, discriminatoria e razzista. L'immagine dell'ultimo opuscolo diffuso dal Ministero della salute mette a confronto due coppie di giovani ragazzi al mare (a rappresentare le buone abitudini da promuovere) e un gruppo di ragazzi di colore che fumano e assumono droghe (i "cattivi" compagni da abbandonare). A quest'ultima campagna promozionale, che ha suscitato aspre polemiche nel dibattito pubblico, il ministro Lorenzin ha risposto con le seguenti affermazioni: "Il razzismo è negli occhi di chi guarda, noi pensiamo alla prevenzione";

il 21 settembre 2016 il Ministro della salute, tramite la sua pagina del *social network* "Facebook", ha fatto sapere che: «In relazione alle polemiche relative alle accuse di razzismo rivolte al Ministero della salute per un'immagine contenuta in uno degli opuscoli divulgativi sulla prevenzione della infertilità predisposti per il Fertility day, il Ministro della salute Beatrice Lorenzin, dichiara di aver già attivato il procedimento disciplinare e quello per la revoca dell'incarico dirigenziale nei confronti del responsabile della direzione generale della comunicazione istituzionale del suo Dicastero che ha curato la redazione e la diffusione del materiale informativo. Il Ministro comunica altresì di aver dato mandato ai propri Uffici di accertare perché l'immagine visionata e vidimata dal Gabinetto non corrisponda esattamente a quella apparsa sul sito. Il Ministro ha dato disposizioni affinché l'immagine venga sostituita e ritirato l'opuscolo informativo»;

dopo le polemiche suscitate dalla campagna del Fertility day, il Ministro si è difesa affermando «La campagna non è piaciuta? Ne facciamo una nuova#fertility day è più di due cartoline». In effetti, dovrebbe essere qualcosa di più di slogan e manifesti. Nel piano nazionale della fertilità si legge che: «è bene per tutti che nascano bambini, che la società si riproduca, continui a vivere e non si spenga. In questo senso il sostegno

economico alla natalità non deve essere visto come una sorta di "compensazione" per il disagio di essere madri, ma come un atto di giustizia sociale, perché si riconosce il valore sociale dell'essere madri (e padri)». Un valore che non si concretizza di fatto nelle politiche dell'attuale Governo e sul quale pesano le responsabilità. Il documento infatti è connotato da buoni propositi: «È necessario, allora, recuperare il valore sociale della maternità, sia come esperienza formativa individuale sia come bene di tutti. La società deve comprendere che è un bene che nascano bambini, è un bene che il Paese possa riprodursi e sostituirsi, senza declinare irrimediabilmente. In questo senso impegnarsi per un welfare e anche per progetti di sostegno economico alla natalità (vedi bonus bebè, detrazioni fiscali, forme di lavoro flessibile, maggiore uso del congedo parentale per gli uomini, presenza capillare di nidi aziendali, eccetera) non deve essere visto come una sorta di "compensazione" per il "disagio", ma come un atto di responsabilità e giustizia sociale»;

considerato che:

le parole "giustizia sociale" usate nel piano nazionale non sono percepite dalle persone che vivono ogni giorno con fatica il rapporto tra vita lavorativa e l'essere genitore. Nel nostro Paese il valore sociale della maternità è legato principalmente a un sistema di *welfare* che non è concentrato sulla conciliazione tra vita lavorativa e genitorialità. Secondo i dati Istat, nel 2015, il tasso di occupazione femminile è cresciuto (47,2 per cento), ma non si riduce il *gap* con quello maschile (65,5 per cento). Il precariato femminile è più alto rispetto a quello maschile e il lavoro *post* maternità diventa difficile. Prevale un sentimento di rinuncia al lavoro, dato dal mercato del lavoro che chiede spesso una flessibilità della lavoratrice a spostamenti sul territorio nazionale e a questo si aggiunge la carenza di strutture pubbliche di accoglienza della prima infanzia che ospitano i figli rispetto a strutture private. Lavorare, dunque, può diventare un costo personale e non una fonte di guadagno economico;

gli *slogan* della campagna ministeriale si concentrano sul rapporto donna-madre e quasi niente sul rapporto uomo-padre. Nella "cartolina" intitolata "Genitori giovani. Il modo migliore per essere creativi" vengono raffigurati i piedi del futuro papà che spuntano dalle lenzuola con una pallina gialla sorridente. In Italia, il congedo di paternità obbligatorio è semplicemente simbolico. L'articolo 4, comma 24, lettera *a*), della legge 28 giugno 2012, n. 92, istituisce un congedo obbligatorio di un giorno e un congedo facoltativo, alternativo al congedo di maternità della madre, di 2 giorni, godibili dal padre, lavoratore dipendente, anche adottivo e affidatario, entro

e non oltre il quinto mese di vita del figlio. L'art. 1, comma 205, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità per il 2016), dispone la proroga di tali congedi anche per l'anno 2016, aumentando il congedo obbligatorio del padre da uno a due giorni;

considerato che il confronto tra l'Italia e gli altri Paesi europei è veramente impietoso. In Svezia, le mamme hanno 480 giorni pagati di congedo parentale, che possono essere distribuiti nei primi 8 anni di vita del bambino; tutte le famiglie che hanno la residenza hanno un sussidio di 120 euro al mese a bambino fino a 18 anni. Per quanto riguarda la conciliazione vita-lavoro, i giorni di permesso per restare a casa con i figli malati sono pagati e illimitati. In Francia dal quarto mese di gravidanza sono previsti 185 euro al mese, oltre a un premio di circa 900 euro alla nascita. È prevista "l'allocazione familiare", che viene data a tutti indipendentemente dal reddito, a partire dal secondo figlio: 130 euro al mese fino al compimento del diciottesimo anno di età. La conciliazione vita-lavoro è facilitata dalle "assistenti materne" che tengono 3 o 4 bambini per volta in un appartamento a norma. In Finlandia, lo Stato regala il "pacco maternità" con gli oggetti più importanti per i primi mesi di vita del bambino. È previsto un assegno statale per tutti i bambini fino al primo anno di vita. In Austria, alla nascita del figlio, le madri ricevono un sussidio di 1.000 euro al mese per 12 mesi. In Norvegia, lo Stato versa 200 euro al mese su un conto corrente aperto dai genitori fino ai 18 anni di vita del bambino. Inoltre, oltre ad avere congedi parentali di 12 mesi retribuiti sia per la madre che per il padre, ogni neomamma che non lavora riceve 6.000 euro per i bisogni dei primi mesi;

tenuto conto che:

secondo i dati Istat al 1° gennaio 2016, la popolazione in Italia è di 60.656.000 residenti (con un calo di 139.000 unità rispetto all'anno precedente). Gli stranieri sono 5.054.000 e rappresentano l'8,3 per cento della popolazione totale (con un aumento di 39.000 unità). Nel 2015 le nascite sono state 488.000 (con un calo di 15.000), nuovo minimo storico dall'Unità d'Italia. Il 2015 è il quinto anno consecutivo di riduzione della fecondità, giunta a 1,35 figli per donna;

nel 2014 sono stati iscritti in anagrafe per nascita 502.596 bambini, quasi 12.000 in meno rispetto al 2013, 74.000 in meno sul 2008. La diminuzione delle nascite è dovuta soprattutto alle coppie di genitori entrambi italiani: 398.540, quasi 82.000 in meno negli ultimi 6 anni. Questo perché le donne italiane in età riproduttiva sono sempre meno e hanno una propensione ad avere figli sempre più bassa;

il numero medio di figli per donna è pari a 1,39, come nel 2013. L'età media al parto sale a 31,5 anni. Calano le nascite da madri sia italiane sia straniere, con le prime che nel 2014 procreano 1,31 figli contro 1,97 delle seconde;

considerato che:

bisognerebbe rimuovere gli ostacoli alla maternità e tutelare la salute come "fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività" (articolo 32 della Costituzione) e garantire che "Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali" (articolo 3 della Costituzione);

a giudizio dei proponenti, la campagna pubblicitaria del ministro Lorenzin lede i diritti costituzionalmente garantiti; è, infatti, inammissibile che un Ministro della Repubblica promuova campagne pubblicitarie che possano infondere nell'opinione pubblica, seppur indirettamente e involontariamente, sentimenti di ripugnanza e ostilità verso gli stranieri o comunque verso persone aventi diverso colore di pelle;

considerato inoltre che:

il settore sanitario è pesantemente penalizzato dai provvedimenti attuati dal Governo con i continui tagli al Fondo sanitario nazionale che hanno gravato pesantemente sugli assistiti in termini sia di spesa che di accesso ai servizi; a causa delle lunghe liste di attesa nella sanità pubblica e dei costi troppo elevati della sanità privata, 11 milioni di persone hanno rinunciato a curarsi;

la maternità oggi è oggetto di una profonda riflessione. Il modello della donna anni '50, dedita solo alla famiglia, è superato e ha dato spazio alla realizzazione professionale che, di fatto, posticipa la maternità, che diventa un obiettivo secondario, che inizia quando finisce il ciclo studio-precarità lavorativa. Ci sono poche nascite, perché la società non risponde e non garantisce le esigenze reali: gli asili sono pochi e costosi e hanno spesso orari incompatibili con il lavoro e con i turni;

la campagna ministeriale sul Fertility day descrive la maternità come un dovere e non come una scelta consapevole. Gli *slogan* che invitano alla riproduzione il prima possibile suscitano reazioni diverse sia per chi vuole avere figli sia per chi non ne vuole. La più importante politica a favore della natalità dovrebbe essere volta a rimuovere gli ostacoli, sociali ed economici, che impediscono a chi vuole dei figli di averne, come ad

esempio aumentare il numero degli asili nido pubblici e favorire l'occupazione femminile;

il piano nazionale della fertilità per sostenere le nascite nel nostro Paese deve basarsi *in primis* sull'affermazione della libertà di scelta di maternità e poi sulla promozione di politiche che garantiscano le condizioni di sostegno alla maternità stessa;

bisogna offrire le giuste informazioni, al fine di orientare il cittadino-paziente verso le strutture e gli specialisti. L'informazione nell'era digitale viaggia spesso in modo confuso e non corretto. Il Ministro della salute avrebbe dovuto garantire una corretta divulgazione dei contenuti e non fare opuscoli pubblicitari;

l'incompetenza del ministro Lorenzin è emersa in altre questioni rilevanti in ambito sanitario-farmaceutico. Il 18 giugno 2014 è stata presentata dal Gruppo parlamentare Movimento 5 stelle del Senato una mozione di sfiducia nei confronti del ministro Lorenzin in quanto, a giudizio dei proponenti, non ha svolto con la dovuta attenzione i propri compiti istituzionali, cioè controllare e vigilare sulla questione dei farmaci Avastin-Lucentis (1-00278); inoltre la vicenda del metodo Stamina ha evidenziato l'incompetenza del Ministro di gestire i fatti, e dunque non è stata garante della salute di tanti malati,

impegna il Governo:

- 1) ad assumere iniziative volte ad incentivare la cultura della prevenzione, attraverso messaggi di comunicazione adeguati, al fine di affermare la maternità e la paternità come scelte libere e consapevoli;
- 2) ad assumere iniziative volte alla conciliazione dei tempi tra lavoro e famiglia, così come avviene in tutti gli altri Paesi europei;
- 3) ad attuare politiche volte alla prevenzione della sterilità, attraverso l'informazione sugli stili di vita corretti;
- 4) a reperire le risorse finanziarie necessarie ad aumentare la durata del congedo di paternità obbligatorio;
- 5) ad assumere iniziative di carattere normativo volte ad attuare una riduzione dell'aliquota IVA sui prodotti di prima necessità per l'infanzia.

(1-00641) (11 ottobre 2016)

SIMEONI, VACCIANO, MUSSINI, BENCINI, ROMANI Maurizio, BIGNAMI, MASTRANGELI, MOLINARI - Il Senato,

premessi che:

la campagna di sensibilizzazione portata avanti dal Ministero della salute, in occasione dell'evento denominato "Fertility day", ha ingenerato un'ondata di malcontento in una cospicua parte della popolazione;

in particolare, la promozione della giornata a favore della fertilità è stata condotta mediante l'adozione di volantini ed opuscoli, contenenti immagini e *slogan* duramente condannati non solo da molte donne, che li avrebbero considerate inaccettabili, nonché offensivi, quanto, anche a seguito del clamore mediatico suscitato dai *social network*, da parte dei principali organi di informazione, al punto da rendere opportuno l'intervento chiarificatore di esponenti del Governo;

in proposito, il Presidente del Consiglio dei ministri Renzi avrebbe apertamente manifestato una netta presa di distanze da quanto attuato dal Ministero della salute e indotto la stessa titolare del Dicastero a dissociarsi, a sua volta, attraverso un duro comunicato apparso sul sito istituzionale, nel quale si legge: "In relazione alle polemiche apparse sui media relative alle accuse di razzismo rivolte al Ministero della salute per una immagine contenuta in uno degli opuscoli divulgativi sulla prevenzione dell'infertilità predisposti per il Fertility Day, il Ministro della salute Beatrice Lorenzin dichiara di aver già attivato il procedimento disciplinare e quello per la revoca dell'incarico dirigenziale nei confronti del responsabile della direzione generale della comunicazione istituzionale del suo Dicastero che ha curato la redazione e la diffusione del materiale informativo. Il Ministro comunica altresì di avere dato mandato ai propri Uffici di accertare perché l'immagine visionata e vidimata dal Gabinetto non corrisponda esattamente a quella apparsa sul sito. Il Ministro ha dato disposizioni affinché l'immagine venga sostituita e ritirato l'opuscolo informativo";

orbene, le accanite rimostranze, che si sono verificate per ben 2 volte, entrambe in occasione della pubblicazione delle nuove immagini finalizzate alla tutela della fertilità e prevenzione dei rischi, hanno reso necessaria, secondo i presentatori, l'individuazione di un capro espiatorio sul quale far ricadere le responsabilità di una campagna di informazione mal congegnata e ancor peggio promossa;

la rimozione dall'incarico e il connesso procedimento disciplinare a carico della responsabile del settore comunicazione, addossando a lei la piena responsabilità, contribuisce a delineare un'immagine, ad avviso dei

presentatori, sempre più squalificata del ministro Lorenzin, la quale, trinceratasi dietro un'operazione comunicativa svoltasi "a sua insaputa", nonché adottando una campagna pubblicitaria che, nei fatti, differiva sensibilmente da quanto precedentemente approvato, dimostra, ancora una volta, l'inadeguatezza del Ministro a capo di un Ministero cruciale, delicato e problematico, quale è quello della salute;

appare, pertanto, inaccettabile a giudizio dei proponenti l'infimo livello di conoscenza e consapevolezza, ben bilanciato da un elevato grado di approssimazione, di cui il Ministro ha dato ennesima dimostrazione, ignorando, sostanzialmente, quanto avviene all'interno del proprio Ministero. Considerazione, quest'ultima, avvalorata dal potere discrezionale esercitato dalla responsabile della comunicazione, la quale avrebbe, secondo quanto affermato dal Ministro, disatteso la linea di indirizzo precedentemente concordata. L'infedeltà manifesta della dirigente dovrebbe altresì indurre a riflettere inerentemente alla capacità di scelta del personale, di cui l'onorevole Lorenzin si circonda, nonostante i lautissimi compensi, circa 230.000 euro lordi all'anno, a carico dei contribuenti italiani,

impegna il Governo:

- 1) ad intraprendere tutte le opportune misure volte a verificare, in maniera puntuale e nei tempi più circoscritti possibile, l'effettivo livello di autonomia di cui godono i dirigenti presso il Ministero della salute;
- 2) ad appurare l'esistenza e la documentazione delle autorizzazioni di cui si sarebbe avvalsa la dirigente citata nella promozione e pubblicazione della campagna informativa a favore dell'evento "Fertility day";
- 3) a verificare quali siano stati i costi sostenuti dal Ministero della salute per il materiale informativo prodotto, e successivamente ritirato, in occasione del "Fertility day" e ad intraprendere le competenti azioni di rivalsa nei confronti dei responsabili di tale spreco di pubblico denaro.

(1-00644) (11 ottobre 2016)

DE BIASI, BIANCONI, LANIECE, ROMANI Maurizio, DIRINDIN, FEDELI, LANZILLOTTA, FINOCCHIARO, MATURANI, BIANCO, GRANAIOLA, PADUA, MATTESINI, SILVESTRO - Il Senato,

premesso che,

salute riproduttiva, fertilità e natalità sono considerati diversi aspetti dello stesso tema. Mentre la salute riproduttiva e la fertilità sono temi strettamente collegati tra loro, la natalità, pur essendo una loro ovvia conseguenza, non è solo una questione sanitaria, avendo precise e indubbe implicazioni di carattere sociale;

il piano nazionale della fertilità, elaborato dal Ministero della salute, è finalizzato a favorire la natalità mediante "indispensabili politiche sanitarie ed educative per la tutela della fertilità che siano in grado di migliorare le conoscenze dei cittadini al fine di promuoverne la consapevolezza e favorire il cambiamento";

nel piano, la fertilità è considerata, se non l'unico, sicuramente il più importante presupposto per favorire la natalità, mentre è di tutta evidenza, come si evince dalle più importanti indagini e ricerche condotte negli ultimi anni, che per favorire la natalità sono necessarie sia politiche sanitarie ed educative sia politiche sociali;

questa visione parziale dell'argomento ha dato luogo ad una campagna informativa incentrata su messaggi, ad avviso dei presentatori, inappropriati e di scarsa qualità comunicativa, la cui inevitabile risonanza mediatica ha posto in secondo piano gli obiettivi di formazione, di informazione e di assistenza sanitaria qualificata;

per cercare di fare chiarezza sull'argomento è importante incentrare il discorso sulla salute riproduttiva delle donne e degli uomini, tema più ampio e più appropriato rispetto a quello della "fertilità" propriamente intesa;

in uno studio dell'Istituto superiore di sanità, la salute riproduttiva è definita "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale in ogni modo collegato all'apparato riproduttivo, ai suoi processi e alle sue funzioni", che implica il fatto che le persone abbiano una vita sessuale soddisfacente e sicura, che abbiano la possibilità di procreare e la libertà di decidere se e quando farlo;

i fattori necessari per garantire a ogni persona la salute riproduttiva sono noti da tempo, ma ciò non li ha resi facilmente accessibili, poiché si tratta innanzitutto di educare i giovani alla consapevolezza della propria sessualità e di prevedere servizi di informazione e di comunicazione sulla prevenzione e sul trattamento appropriato della sterilità, sulla contraccezione, sulle malattie sessualmente trasmissibili, sul valore della maternità e della paternità, sulle cure prenatali, sul parto sicuro, sulle cure postnatali, sui servizi sanitari cui hanno diritto le madri e i neonati;

questi devono essere, e sono, gli obiettivi del piano nazionale per la fertilità, obiettivi formativi e informativi e sanitario-assistenziali. Affinché non restino solo parole vuote, occorre dare loro un contenuto appropriato, partendo dall'educazione alla sessualità dei giovani e degli studenti, valorizzando a tal fine anche l'importante ruolo svolto dai medici di medicina generale;

considerato che:

i dati sulla natalità nel nostro Paese sono chiari: secondo una recente indagine del Censis, i bambini nati in Italia nel 2015 sono solo 485.780, il numero più basso mai registrato nel nostro Paese. Con un tasso di natalità pari a 8,0 per 1.000 abitanti nell'ultimo anno (era 8,3 per 1.000 abitanti nel 2014) l'Italia si posiziona all'ultimo posto nella graduatoria dei Paesi europei;

riguardo il numero di figli, si è passati da 1,46 figli per donna nel 2010 a 1,35 nel 2015 e non ci sono più quelle differenze, in termini numerici, tra il Nord e il Sud del Paese, presenti per molti decenni a causa del persistente divario economico e sociale che caratterizza le diverse regioni italiane (1,28 figli nel Centro-Nord, 1,27 nel Sud e nelle isole);

secondo un'indagine dell'Istat del 27 novembre 2015, la fase di forte riduzione della natalità in atto da alcuni anni (con un calo di 74.000 nati rispetto al 2008) è dovuta soprattutto alle coppie di genitori entrambi italiani, poiché le donne italiane in età riproduttiva sono sempre di meno e hanno una propensione ad avere figli sempre più bassa;

secondo la Società italiana di ginecologia e ostetricia (SIGO) le donne italiane diventano madri più tardi che in passato: oggi si partorisce per la prima volta in media a 31,4 anni, l'età più avanzata nel confronto con tutti gli altri Paesi europei. Allo stesso tempo, sono aumentate le malattie sessualmente trasmissibili (MST) che, oltre a procurare immediati e generali problemi di salute, possono poi causare danni all'apparato riproduttivo;

in un'indagine dell'Istat del 2014, "Avere figli in Italia negli anni 2000", si afferma che, rispetto al 2002, le madri ultra quarantenni sono raddoppiate (dal 3,1 per cento al 6,2 per cento) così come è aumentato il numero di donne che hanno più di 40 anni al momento della nascita del loro primo figlio (dal 1,5 per cento al 4 per cento);

i motivi di questa riduzione della natalità risiedono, secondo l'indagine del Censis, nella crisi economica che ha reso più difficile la scelta di diventare genitori e nella carenza di efficaci politiche familiari (il 61 per cento degli

italiani pensa che, se migliorassero gli interventi pubblici in grado di aiutare i genitori non solo dal punto di vista economico, ma anche organizzativo, le coppie sarebbero più propense ad avere figli);

inoltre, il 60 per cento degli italiani si ritiene poco o per nulla informato sul tema dell'infertilità;

premessi inoltre che in questi anni il ruolo dei consultori è stato penalizzato e ridimensionato: la mancanza di finanziamenti e di obiettivi condivisi, la sostanziale disomogeneità dei modelli operativi nelle varie regioni, la carenza di figure professionali formate in modo opportuno e la scarsità cronica di risorse adeguate al loro funzionamento hanno impoverito questo servizio fondamentale e reso carenti in molti casi le funzioni originarie dei consultori, servizi territoriali per la salute delle donne, per la maternità e la paternità consapevoli, per la contraccezione;

considerato inoltre che sono all'esame della 12^a Commissione permanente (Igiene e sanità) del Senato i disegni di legge in materia di procreazione medicalmente assistita, per riformare la legge n. 40 del 2004 ottemperando innanzitutto alle sentenze della Corte costituzionale,

impegna il Governo:

- 1) ad adottare le iniziative necessarie, affinché il 22 settembre, dichiarata "Giornata nazionale di informazione e formazione sulla fertilità", sia rinominata "Giornata di formazione e di informazione sulla salute riproduttiva";
- 2) a garantire nelle scuole di ogni ordine e grado un'adeguata educazione alla consapevolezza della sessualità, alla contraccezione, alla prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili, alla salute riproduttiva e al valore della maternità e della paternità;
- 3) a rafforzare il ruolo dei consultori sul territorio nazionale, in collaborazione con le Regioni, valorizzandone le funzioni e promuovendone un'equa diffusione sul territorio nazionale, nella consapevolezza che gli stessi rappresentano uno strumento essenziale per le politiche di educazione alla salute riproduttiva e di promozione della genitorialità consapevole;
- 4) a promuovere un piano pluriennale sulla salute riproduttiva delle donne lungo tutto l'arco della vita;
- 5) a monitorare con maggiore efficacia la piena applicazione della legge n. 194 del 1978 recante norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza;

- 6) a favorire e finanziare lo sviluppo della ricerca nel campo della salute riproduttiva;
- 7) a rivedere le decisioni in materia di rimborsabilità della pillola contraccettiva, per favorire la contraccezione sicura e preventiva;
- 8) a promuovere con maggiore intensità la cultura del dono, attraverso campagne mirate e diffuse per la donazione dei gameti, al fine di consentire realmente e in sicurezza la procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo;
- 9) a definire e finanziare un piano interministeriale per ridurre e rimuovere gli ostacoli sociali alla scelta della genitorialità.

(1-00645) (11 ottobre 2016)

BONFRISCO, AUGELLO, BRUNI, COMPAGNA, DI MAGGIO, LIUZZI, PERRONE, TARQUINIO, ZIZZA - Il Senato,

premessi che:

il piano nazionale per la fertilità, pubblicato dal Ministero della salute in data 27 maggio 2015, colloca la fertilità al centro delle politiche sanitarie ed educative del Paese;

in tale piano vengono individuate le azioni a tutela della fertilità, fra cui la promozione dell'informazione in merito ai fattori di rischio che compromettono la fertilità e la sensibilizzazione delle donne sui tempi della loro possibilità di diventare madri, e a tal fine viene prevista la celebrazione di una giornata nazionale di informazione e formazione;

il 28 luglio 2016, con una direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri, è stato istituito il "Fertility day" che si è celebrato il 22 settembre;

nel comunicato stampa del Consiglio dei ministri, l'iniziativa veniva collocata "al centro delle politiche sanitarie ed educative del Paese, con la consapevolezza che la salute riproduttiva è alla base del benessere psico-fisico, oltre che relazionale, di tutti i cittadini, anche tenuto conto che il problema della denatalità influenza direttamente molti settori, in campo economico, sociale, sanitario e previdenziale";

premessi, inoltre, che:

a seguito della decisione assunta dal Consiglio dei ministri, è stata avviata dal Ministero della salute una campagna di comunicazione sul "Fertility

day", fatta di *slogan* e cartoline i cui contenuti hanno provocato forti critiche, proteste e l'indignazione da parte di milioni di cittadini italiani che hanno assistito tra l'altro all'utilizzo secondo i presentatori maldestro del denaro pubblico;

dopo il primo tentativo fallito, il Ministro della salute ha permesso il 21 settembre che circolasse una nuova *brochure* del Ministero ascrivibile alla campagna "Fertility day", in cui venivano ritratte le buone e le cattive abitudini da seguire per procreare: le prime venivano associate alle immagini di un gruppo di ragazzi sorridenti e ben pettinati. Nella seconda immagine, relativa alle cattive abitudini, venivano ritratti un gruppo di ragazzi di colore che facevano uso di alcool e sostanze stupefacenti;

l'opinione pubblica ha immediatamente criticato e considerato razzista la nuova campagna, che è stata nuovamente ritirata dal *web* scatenando anche non pochi imbarazzi da parte della compagine governativa;

le polemiche e la vibrata protesta dei cittadini per il messaggio fortemente razzista che la seconda campagna diffondeva sono state affrontate dal ministro Lorenzin, sollevando dall'incarico e licenziando il responsabile della comunicazione del suo dicastero;

gli importi stanziati per la campagna risultano essere 113.000 euro e l'agenzia pubblicitaria che ha curato la campagna è stata scelta tramite bando pubblico che veniva indetto il 18 dicembre 2015 e che si è chiuso in soli 10 giorni, in pieno periodo natalizio;

premessi, infine che:

le giustificazioni del ministro Lorenzin sull'accaduto sono state diverse e contraddittorie sia sui contenuti delle campagne, sia sul contributo economico che il Ministero ha dato per la realizzazione della campagna stessa;

molti esponenti della maggioranza e lo stesso Presidente del Consiglio dei ministri hanno preso le distanze dalla campagna;

le polemiche suscitate hanno distolto l'attenzione dal vero problema che il Governo e il Ministero della salute avrebbero dovuto affrontare: la denatalità nel nostro Paese;

considerato che:

infatti, i bassi livelli di fecondità sono una caratteristica del nostro Paese da più di 30 anni e sono il risultato di complessi processi sociali, tra cui ha sicuramente avuto un posto importante anche il diverso ruolo acquisito dalle donne all'interno della società. In questo quadro, la crisi economica ha

determinato un arresto della ripresa della fecondità che si era registrata durante lo scorso decennio;

secondo i dati Istat, nel 2015, sono nati 488.000 neonati in Italia, all'inizio del secolo scorso erano oltre un milione;

rispetto al 2008, cioè dall'inizio della crisi, la natalità è diminuita del 15 per cento (circa 88.000 neonati in meno all'anno). L'indice di fertilità (numero di figli per donna) è passato dal 2,37 degli anni 60 a 1,37 di oggi. È aumentata l'età media delle partorienti (fra 31 e 32,2). La maggior parte delle donne ha il primo figlio fra i 30 e i 39 anni. Un altro fenomeno che si è osservato è il raddoppio del tasso delle gravidanze multiple (il 3,8 per cento dei nuovi nati totali), favorito dall'età più avanzata delle partorienti;

con 485.780 bambini nati nel 2015 (il 3,3 per cento in meno rispetto al 2014), il nostro Paese ha raggiunto un minimo storico con il tasso di natalità più basso d'Europa;

a non procreare sono in egual modo tutte le famiglie italiane, suddivise per regione: la riduzione delle nascite si registra in maniera uniforme lungo tutta la penisola, ma le regioni con natalità più bassa sono la Liguria e la Sardegna;

le priorità di *policy* del Governo sembrano considerare con troppa indulgenza e leggerezza le trasformazioni del mercato del lavoro e demografiche, cadendo nell'errore di prospettare soluzioni rivolte al passato, invece che al futuro;

facendo anche un confronto con le politiche adottate da altri Paesi europei è facile capire che l'intervento pubblico in Italia a favore delle famiglie e della genitorialità nel corso degli ultimi 10 anni non ha avuto gli effetti sperati;

in Francia, ad esempio, il Governo fornisce prestazioni generali di mantenimento (assegno familiare, assegno forfettario, supplemento familiare, assegno di sostegno familiare), ma anche di accoglienza legate alla prima infanzia e diverse altre prestazioni ad assegnazione speciale (assegno per l'educazione del figlio disabile oltre ai fondi per ottenere un aiuto per *baby sitter* e custodia del bimbo). In Germania, dal 2015 vengono erogati sussidi per ogni figlio a carico, indipendentemente dal reddito della famiglia ed in funzione del numero dei figli fino al compimento del 18° anno di età;

la bassa natalità italiana, però, è in parte anche imputabile alla disinformazione dei cittadini sui rischi dell'infertilità: il 60 per cento degli

italiani si giudica poco o per nulla informato sul tema e cita lo *stress* come principale causa di infertilità. Il 44 per cento, invece, è convinto che, prima di sospettare problemi di fertilità, debbano trascorrere più di 2 anni dai primi tentativi di concepimento. Un arco di tempo effettivamente molto ampio, che però giustifica perché il ricorso alla procreazione medicalmente assistita (Pma) sia in Italia molto lungo: mediamente dai primi tentativi di concepimento al primo contatto con il medico passano 2 anni e 2 mesi (contro un anno e 8 mesi nel 2008);

i risultati di una politica sociale e familiare, a giudizio dei firmatari del presente atto di indirizzo, dipendono sicuramente da almeno 3 elementi: il primo, scontato, la congruità delle risorse, poi la solidità intesa come continuità dell'impostazione di *policy* generale e infine gli interventi più sostanziali o interventi-perno che si basino su valutazioni di lungo respiro, non ideologiche e che ottengano soprattutto i risultati nel momento in cui si sedimentano;

appare evidente dunque che gli interventi devono tradursi nella definizione delle condizioni del contesto: facilità di accesso alla prestazione sociale e alla cura, efficacia dell'intervento, livello e qualità dell'offerta e in particolare dei servizi, ma anche definizione delle attese aspettative e dei doveri e diritti dei genitori,

impegna il Governo:

- 1) a prendere le distanze dalle campagne pubblicitarie sul "Fertility day", che hanno suscitato numerose polemiche tra l'opinione pubblica e dalle azioni che il Ministro della salute ha posto in essere per la promozione delle campagne stesse;
- 2) a chiarire le responsabilità del Ministro e del Ministero sulla decisione di utilizzare dei fondi pubblici per la promozione di campagne di informazione poi ritirate;
- 3) ad assumere iniziative al fine di promuovere la giornata nazionale dedicata al tema della fertilità, senza l'utilizzo dei messaggi ad avviso dei presentatori ideologici e razzisti già utilizzati;
- 4) ad assumere iniziative legislative al fine di attuare politiche specifiche che promuovano il ruolo delle donne e degli uomini in quanto famiglia;
- 5) ad assumere iniziative urgenti per affrontare, in una dimensione complessiva e organica, il problema della povertà che sta colpendo sempre più cittadini e famiglie italiane;

6) ad assumere ogni iniziativa per restituire fiducia e dignità ai cittadini, per quanto concerne il mondo del lavoro e la conciliazione della cura della famiglia;

7) a promuovere iniziative finalizzate a mettere in campo tutte le risorse disponibili, al fine di rafforzare gli interventi sulla piena e corretta applicazione della legge nella parte relativa alla tutela della maternità, non solo nella realtà lavorativa;

8) a farsi promotore presso le competenti istituzioni dell'Unione europea di politiche dirette al contrasto del fenomeno della denatalità.

MOZIONI SUL CONTRASTO ALL'OBESITÀ

(1-00515) (3 febbraio 2016)

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

premessi 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;

sovrappeso 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 energetico 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, confluito 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 caffeina. 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 veto 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 ridurre 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, MATURANI, 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;

sovrappeso 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'osteoartrite;

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, GIROTTI, LEZZI, LUCIDI, MANGILI, MARTELLI, MARTON, MONTEVECCHI, MORONESE, MORRA, NUGNES, PAGLINI, PETROCELLI, PUGLIA, SANTANGELO, SCIBONA, SERRA - Il Senato,

premessi 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.

(1-00642) (11 ottobre 2016)

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

premessi 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 attesti 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:

sovrappeso 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,

premessi 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;

premessi, 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;

sovrappeso 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 disglycemia (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 disglucemia (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 sistemica, 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.