



DISEGNO DI LEGGE

d’iniziativa dei senatori ZULLO, BERRINO, MANCINI, RUSSO, GELMETTI, MATERA, IANNONE, CALANDRINI, PELLEGRINO, ROSA, SILVESTRONI, RAPANI, FAROLFI, FALLUCCHI, DE PRIAMO e LIRIS

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 20 MARZO 2024

Disposizioni per il riconoscimento dell’obesità come malattia cronica e strategie di prevenzione, contrasto e presa in carico del paziente

ONOREVOLI SENATORI. – L'obesità rappresenta una delle principali sfide del nostro tempo che tocca aspetti non solo di salute pubblica ma anche di sostenibilità sociale ed economica, fondamentale per la tenuta del Paese e del Servizio sanitario nazionale.

Senza l'adozione di politiche di programmazione per il contrasto dell'obesità adulta e pediatrica con una visione proiettata nel lungo termine che incida sulla prevenzione, la diagnosi e la cura in un approccio integrato, il costo sociale, umano, sanitario ed economico rischia di diventare insostenibile.

Per scongiurare ciò, il presente disegno di legge ha l'intento di dettare i principi fondamentali in materia di prevenzione e di contrasto dell'obesità adulta e pediatrica e definire i principali strumenti di *governance* territoriale per garantire l'assistenza equa e prossima ai cittadini, in linea con l'articolo 32 della Carta costituzionale e i principi della missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza.

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, l'obesità rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica nel mondo, che ha assunto ormai i contorni di una vera e propria epidemia globale, rischiando di raggiungere il 70 per cento della popolazione mondiale entro il 2030.

In Italia, il quadro epidemiologico e le prospettive risultano altrettanto allarmanti. Secondo l'*Italian barometer obesity report* 2022, quasi 6 milioni di cittadini italiani (il 12 per cento della popolazione) versano in condizione di obesità e obesità grave, mentre oltre 23 milioni di cittadini (il 46 per cento della popolazione adulta) sono in eccesso di peso. In Italia pesano inoltre significative incidenze territoriali: nella popola-

zione adulta (maggiori di diciotto anni) esiste una prevalenza pari al 10,5 per cento nell'area del Nord-Ovest, al 12,2 per cento nell'area Nord-Est, al 10,5 per cento nel Centro, al 14 per cento nel Sud e al 13,6 per cento nelle Isole.

L'Italia svetta tristemente nelle classifiche europee per prevalenza della patologia nelle fasce più giovani, tra i 3 e i 17 anni, con 2,2 milioni di pazienti e una marcata concentrazione nelle regioni del Sud e nelle Isole. Le fasce di popolazione più svantaggiate sono quelle con redditi minori e un livello di istruzione più basso, in genere con maggiori difficoltà nell'accesso alle cure; quindi più impattate dalle conseguenze della patologia stessa.

L'obesità è una patologia cronica complessa che consiste in un eccessivo accumulo di grasso corporeo in relazione alla massa magra, in termini sia di quantità assoluta, sia di distribuzione in punti precisi del corpo. La classificazione della popolazione in base al peso viene fatta utilizzando l'indice di massa corporea ($bmi = body\ mass\ index$, secondo la definizione americana), considerato il più rappresentativo della presenza di grasso corporeo in eccesso. L'eccessivo accumulo di grasso corporeo ha effetti negativi sulla salute, la qualità di vita, il benessere psico-fisico e l'aspettativa di vita dei pazienti.

La sua insorgenza dipende da una pluralità di fattori: lo *stress* cronico, gli stili di vita sempre più stressanti, l'alimentazione malsana e la sedentarietà sono i più noti. Tuttavia ad incidere profondamente sono anche i fattori genetici ed endocrino-metabolici, che portano le persone ad avere strutturalmente una tendenza ad un indice di

massa corporea elevato che mina la loro capacità di perdere peso.

Nonostante il consenso della comunità scientifica, ancora oggi continua a prevalere l'interpretazione che l'obesità sia la conseguenza di una scelta volontaria della persona, in qualche misura colpevole, lasciando spazio a fenomeni di stigma e discriminazione sociale e minando il riconoscimento di uno stato patologico della salute che merita di essere diagnosticato e trattato tempestivamente al pari di altre patologie croniche.

L'essere esposti ad esperienze di stigmatizzazione e discriminazione legate al peso è per i pazienti un fattore di rischio per disturbi mentali, sintomi depressivi, alti livelli di ansia, bassa autostima, *stress* ed abuso di sostanze.

Lo stigma è anche associato ad un maggior rischio di alterazioni del comportamento alimentare, come il disturbo da alimentazione incontrollata e la tendenza a sovralimentarsi in risposta alle emozioni. Studi sperimentali hanno dimostrato che l'esposizione allo stigma legato al peso può portare ad un aumento dell'introito di cibo, a una riduzione dei livelli di attività fisica e un'ulteriore tendenza ad aumentare di peso, passando dal sovrappeso all'obesità conclamata.

L'obesità è inoltre un importante fattore di rischio delle patologie croniche più diffuse e pericolose, prima fra tutte il diabete mellito di tipo 2, ma anche l'ipertensione arteriosa, la cardiopatia ischemica, ed è la principale causa di insorgenza di tumori all'intestino, al rene, all'esofago, al pancreas e al seno.

Tale effetto « moltiplicatore » genera un impatto economico che raggiunge i 13,34 miliardi di euro, di cui 7,89 sono associati alla cura di patologie di cui è principale rischio, assorbendo il 9 per cento della spesa sanitaria e causando una riduzione del PIL pari al 2,8 per cento, secondo i dati dell'*Italian barometer obesity report 2022*.

Dati che sottolineano l'urgenza di adottare iniziative volte al riconoscimento tempestivo della patologia e all'elaborazione di una visione strategica a lungo termine per il contrasto di una delle principali sfide e patologie croniche del Paese.

L'attenzione delle istituzioni nazionali si è concentrata fino ad oggi sulla prevenzione, sulla promozione di stili di vita sani che, seppur condizione necessaria per mitigare la diffusione nel futuro non è anche sufficiente per contrastare la patologia nella sua complessità e rispondere ai bisogni di cura, servizi sul territorio di milioni di pazienti.

L'obesità in Italia non è riconosciuta a livello istituzionale come patologia cronica complessa e polifunzionale prioritaria nel Piano nazionale della cronicità e la sua gestione nel Sistema sanitario nazionale offre minori tutele di diagnosi, cura e prestazioni rispetto ad altre patologie croniche dal più basso impatto sanitario, sociale ed economico.

I livelli essenziali di assistenza (LEA) non includono oggi l'obesità nell'elenco di cui all'allegato 8 al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, con la conseguente preclusione ai pazienti all'accesso gratuito di prestazioni sanitarie fondamentali per la diagnosi, il trattamento e l'accesso alle cure. Non esistono percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) uniformemente applicati su tutto il territorio nazionale come anche una *governance* territoriale. Non sono state promosse sul territorio nazionale campagne di *screening* per agevolare la tempestiva diagnosi, invece fondamentale per mitigare i rischi, le complicanze e le comorbidità associate alla patologia che gravano sul Sistema sanitario nazionale.

Il presente disegno di legge si prefigge di delineare pertanto una visione strategica e un approccio nazionale di medio e lungo termine per garantire equità di accesso alle cure e tutela della salute a milioni di pazienti e scongiurare gli effetti catastrofici

che potrebbero derivare dell'assenza di un'azione integrata di contrasto.

Intende pertanto riconoscere finalmente l'obesità come patologia cronica e invalidante e la inserisce nel Piano nazionale della cronicità, di cui all'accordo tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016. Per garantire l'equità e l'accesso alle cure, l'assistenza ai pazienti viene fatta rientrare nei livelli essenziali di assistenza, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, che danno diritto all'esenzione della partecipazione alla spesa. Allo stesso tempo, si prevede la definizione, da parte del Ministero della salute, di linee guida nazionale dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali e favorire omogeneità e accesso alle cure omogeneo sul territorio, uno specifico Piano nazionale di contrasto all'obesità, che delinei un'azione integrata identificando le azioni di prevenzione e cura dell'obesità e definisca i modelli organizza-

tivi di assistenza territoriale da adottare su tutto il territorio nazionale. È altresì istituito presso il Ministero della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, l'Osservatorio per lo studio dell'obesità con il compito di contribuire alla stesura del Piano nazionale triennale, di verificarne l'attuazione e di svolgere attività di monitoraggio, studio e diffusione degli stili di vita. È prevista quindi una relazione annuale al Parlamento sui dati epidemiologici e diagnostico-terapeutici acquisiti dall'Osservatorio.

Al fine di potenziare la prossimità delle cure ai cittadini sul territorio e migliorare la capacità di diagnosi e cura tempestiva per i cittadini, si estende la sperimentazione della farmacia dei servizi anche alle campagne di *screening* per l'obesità, al fine di individuare i soggetti che ne soffrono, attraverso la misurazione dell'indice di massa corporea nelle farmacie.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Principi e finalità)

1. La presente legge detta i principi fondamentali in materia di prevenzione e di cura dell'obesità, al fine di garantire la tutela della salute e il miglioramento delle condizioni di vita dei pazienti affetti da obesità.

2. L'obesità è riconosciuta come patologia cronica sociale e invalidante, secondo quanto stabilito dalla legge.

Art. 2.

(Inserimento dell'assistenza ai soggetti affetti da obesità nei livelli essenziali di assistenza)

1. Al fine di garantire e assicurare l'equità e l'accesso alle cure, l'assistenza ai soggetti affetti da obesità rientra nei livelli essenziali di assistenza (LEA), che danno diritto all'esenzione della partecipazione alla spesa, ai sensi dell'allegato 8 annesso al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017.

2. Agli oneri derivanti dall'attuazione del comma 1 si provvede mediante destinazione delle risorse stanziare per l'aggiornamento dei LEA di cui all'articolo 1, comma 235, della legge 30 dicembre 2023, n. 213.

Art. 3.

(Inserimento dell'obesità nel Piano nazionale della cronicità)

1. Ai fini della prevenzione e della cura della patologia, lo Stato inserisce l'obesità

nel Piano nazionale della cronicità, di cui all'accordo tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016.

2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano predispongono, nell'ambito dei rispettivi piani sanitari, nel rispetto del Piano nazionale della cronicità, ogni idonea iniziativa diretta a fronteggiare l'obesità.

Art. 4.

(Piano nazionale di contrasto all'obesità)

1. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge il Ministero della salute provvede alla pubblicazione del « Piano nazionale di contrasto all'obesità », coerentemente con le Linee di indirizzo per la prevenzione e il contrasto del sovrappeso e dell'obesità e i principi della missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza.

2. Nella definizione del Piano, il Ministero della salute identifica le azioni specifiche da intraprendere in materia di prevenzione, diagnosi e trattamento dell'obesità adulta e pediatrica, tra cui la definizione delle Linee di indirizzo nazionali sui percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali sull'obesità per l'adulto e a livello pediatrico, e delinea la rete territoriale dei centri per i modelli organizzativi di assistenza per la cura dell'obesità.

3. Il Piano, di durata triennale, determina le politiche nazionali in tema di prevenzione, diagnosi e cura dell'obesità e in particolare definisce:

a) la prevenzione e la diagnosi dell'obesità adulta e infantile, anche attraverso campagne di *screening* basate sulla stratificazione del rischio;

b) la garanzia del pieno accesso alle cure e ai servizi psicologici e chirurgici e ai trattamenti nutrizionali e farmaceutici;

c) l'istituzione di reti regionali per l'assistenza alla persona con obesità e la loro inte-

grazione con i centri preposti alla chirurgia bariatrica, le farmacie sul territorio, le case e gli ospedali di comunità, secondo un modello *Hub and Spoke*, anche in coordinamento con l'assistenza domiciliare attraverso i servizi di sanità digitale;

d) la formazione e aggiornamento degli studenti universitari, dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e del personale del Servizio sanitario nazionale che intervengono nei processi di prevenzione, diagnosi e cura dell'obesità, nonché dei farmacisti;

e) la promozione di campagne informative e di sensibilizzazione volte al riconoscimento della patologia, degli stili di vita sani e al contrasto dello stigma e della discriminazione sociale.

Art. 5.

(Istituzione dell'Osservatorio per lo studio dell'obesità)

1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con proprio decreto, il Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, istituisce, presso il Ministero medesimo, l'Osservatorio per lo studio dell'obesità, di seguito denominato « Osservatorio ». Con il medesimo decreto è definita la composizione dell'Osservatorio, assicurando la partecipazione di rappresentanti del Ministero dell'istruzione e del merito nonché delle società scientifiche maggiormente rappresentative in materia di nutrizione e di alimentazione.

2. L'Osservatorio contribuisce alla stesura del Piano di cui all'articolo 4, verifica l'attuazione degli obiettivi e delle azioni previsti nel Piano stesso da parte delle regioni e delle province autonome e svolge compiti di monitoraggio, studio e diffusione di stili di vita corretti. L'Osservatorio opera con strutture, mezzi e personale in dotazione al Ministero della salute,

senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Art. 6.

*(Screening della popolazione
nelle farmacie)*

1. Ai sensi dell'articolo 1, comma 403, della legge 27 dicembre 2017, n. 205, i servizi per la diagnosi e gli *screening* della popolazione per l'obesità sono inseriti tra i servizi erogati dalle farmacie, in via sperimentale, al fine di individuare i soggetti patologici attraverso la misurazione dell'indice di massa corporea e di prevenire l'insorgenza della patologia.

2. Ai sensi dell'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, l'identificazione e il trattamento dei soggetti obesi sono inseriti tra gli obiettivi definiti dall'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Art. 7.

(Copertura finanziaria)

1. Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge, ad eccezione dell'articolo 2, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.

Art. 8.

(Entrata in vigore)

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.