



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 18

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

INTERROGAZIONI

227^a seduta (antimeridiana): giovedì 30 aprile 2015

Presidenza della presidente DE BIASI

I N D I C E**INTERROGAZIONI**

| | |
|---|------------------------------|
| PRESIDENTE | Pag. 3, 5, 8 e <i>passim</i> |
| DE FILIPPO, <i>sottosegretario di Stato per la salute</i> | 3, 5, 8 |
| FRAVEZZI (<i>Aut (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE</i>) | 9 |
| GRANAIOLO (<i>PD</i>) | 7 |
| * SCILIPOTI ISGRÒ (<i>FI-PdL XVII</i>) | 4 |
| ALLEGATO (<i>contiene i testi di seduta</i>) | 10 |

N.B. L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori.

N.B. Sigle dei Gruppi parlamentari: Area Popolare (NCD-UDC): AP (NCD-UDC); Forza Italia-Il Popolo della Libertà XVII Legislatura: FI-PdL XVII; Grandi Autonomie e Libertà (Grande Sud, Libertà e Autonomia-noi SUD, Movimento per le Autonomie, Nuovo PSI, Popolari per l'Italia, Italia dei Valori, Vittime della Giustizia e del Fisco): GAL (GS, LA-nS, MpA, NPSI, PpI, IdV, VGF); Lega Nord e Autonomie: LN-Aut; Movimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico: PD; Per le Autonomie (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE: Aut (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE; Misto: Misto; Misto-Federalismo Autonomie e Libertà: Misto-FAL; Misto-Italia Lavori in Corso: Misto-ILC; Misto-Liguria Civica: Misto-LC; Misto-Movimento X: Misto-MovX; Misto-Sinistra al lavoro: Misto-SaL; Misto-Sinistra Ecologia e Libertà: Misto-SEL; Misto-Verdi: Misto-Verdi.

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute De Filippo.

I lavori hanno inizio alle ore 8,50.

PROCEDURE INFORMATIVE

Interrogazioni

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca lo svolgimento di interrogazioni.

Sarà svolta per prima l'interrogazione 3-01812, presentata dal senatore Scilipoti Isgrò.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. L'acufene è un problema otologico assai frequente. Studi condotti negli ultimi due lustri in Paesi europei, quali la Germania e il Regno Unito, hanno dimostrato come, mediamente, circa il 10-20 per cento della popolazione del nostro continente abbia sofferto di acufene almeno una volta nella vita.

Per quanto riguarda l'Italia, a seguito di una serie di studi risulterebbe che nel nostro Paese vi sia una prevalenza di tale problema otologico pari a circa il 15 per cento.

L'acufene consiste in sensazioni acustiche endogene, sotto forma di fischi, ronzii, fruscii o altro, percepiti in una o in entrambe le orecchie o nella testa. Tale disturbo può incidere sulla qualità della vita di chi ne soffre soprattutto a livello psicologico, arrivando, nei casi più gravi, a compromettere seriamente il benessere del paziente. La ricerca clinica ha chiaramente dimostrato come, in una alta percentuale dei casi, questo disturbo debba essere affrontato mediante una strategia terapeutica di cui la psicoterapia sia parte integrante. Purtroppo, la causa dell'acufene non è chiara nella maggioranza dei casi.

Tuttavia, nuove tecniche e metodi di ricerca, come le tecniche di *neuroimaging*, che permettono di osservare l'attivazione delle aree del cervello deputate all'elaborazione dei segnali acustici, sembrano promettere importanti passi avanti per la comprensione dell'eziologia della patologia in questione.

I centri di ricerca che studiano le basi biologiche dell'acufene in Italia sono distribuiti sull'intero territorio nazionale e hanno prodotto negli ultimi anni risultati rilevanti per la comprensione e la potenziale cura di questa patologia. Ad esempio è stato dimostrato come alterazioni della connessione tra diverse aree del sistema nervoso centrale, quali la corteccia e il talamo, possano essere alla base dell'acufene in pazienti normoacustici. Altri studi hanno identificato potenziali fattori di rischio per l'in-

sorgenza di questa patologia, quali l'ipertensione, l'indice di massa corporea, il fumo e l'ipercolesterolemia.

Al fine di valutare quali iniziative adottare per gestire i problemi sanitari legati all'acufene e considerata la necessità di sviluppare ulteriormente la ricerca mirata alla comprensione delle basi fisiopatologiche del disturbo occorre effettuare un attento studio dello stato dell'arte delle conoscenze di base e cliniche, ottenute tramite la revisione sistematica della letteratura disponibile e l'esame delle scoperte scientifiche più recenti. Potranno anche essere messe a disposizione della comunità scientifica le competenze esistenti presso l'Istituto superiore di sanità, per promuovere la ricerca e la conoscenza delle problematiche relative all'acufene presso istituzioni, centri di ricerca e opinione pubblica.

Tali iniziative sono necessarie ai fini della valutazione dell'eventuale inserimento dell'acufene nei livelli essenziali di assistenza, ai sensi del decreto ministeriale n. 329 del 1999 e successive modifiche, come malattia cronica invalidante. Occorre infatti sviluppare una serie di approfondimenti legati, ad esempio, all'accertamento del quadro nosologico non unicamente basato sull'autovalutazione da parte del paziente stesso.

Attualmente purtroppo non è possibile prevedere l'inserimento dell'acufene tra le malattie croniche ed invalidanti di cui al decreto ministeriale n. 329 del 1999, poiché esso non costituisce una vera e propria malattia, ma è un sintomo con diversi livelli di gravità, determinato da patologie vascolari (fistole del collo, tumori carotidei, aneurismi intracranici o meningei, patologie dei grossi vasi del collo) o, più frequentemente, associato a patologie audiologiche, vestibolari, neurologiche, autoimmuni, cerebrovascolari, dismetaboliche ed ematologiche.

Inoltre, la condizione in questione non sembra ancora rispondere ai criteri di inclusione previsti dal decreto legislativo n. 124 del 1998 (gravità, invalidità ed onerosità del relativo trattamento) e sarebbe difficoltosa l'individuazione delle prestazioni erogabili in esenzione (appropriate per il monitoraggio della patologia e la prevenzione di aggravamenti e complicanze).

Peraltro, si ricorda che i pazienti affetti da acufene sono tutelati dal Servizio sanitario nazionale attraverso i livelli essenziali di assistenza e che gran parte delle condizioni che determinano questa malattia sono già comprese tra le malattie previste dal decreto ministeriale n. 329 del 1999, per le quali sussiste l'esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni specialistiche.

SCILIPOTI ISGRÒ (*FI-PdL XVII*). Signor Presidente, ringrazio il Sottosegretario per la risposta ma ringrazio anche il Presidente della Commissione, la Commissione e gli uffici che hanno predisposto, con molta sensibilità, questa interrogazione parlamentare cui il Sottosegretario ha oggi risposto.

Mi permetto di aggiungere qualche piccola riflessione. Tutto quello che lei ci ha riferito corrisponde alla realtà. Secondo me, è importante sottolineare che nel 30, 40 per cento dei casi l'eziologia di questa patologia,

l'acufene, non si conosce. Pensiamo che le cause possano essere l'ipertensione, l'obesità e quant'altro legato alle patologie degenerative ma nel 30-40 per cento dei casi, ripeto, non sappiamo quali siano, effettivamente, i fattori scatenanti di questo disturbo.

Con questa interrogazione noi del Gruppo di Forza Italia chiedevamo di fare uno sforzo finanziario, anche in termini di avviare gli studi e la ricerca scientifica, relativamente a questa che anche da lei, signor Sottosegretario, è stata definita patologia fastidiosa, per capire come poterne uscire. Complessivamente, infatti, circa il 10, 11 per cento della popolazione italiana è affetta da questo disturbo che, in una percentuale dell'1-2 per cento crea anche problemi e traumi sotto il profilo psicologico con depressione psico-fisica che potrebbe portare fino al suicidio.

Mi ritengo comunque soddisfatto della sua risposta perché la sua analisi e, complessivamente, anche le risposte date sono state precise. Mi auguro che le sue parole, anche se non dipende esclusivamente da lei, possano essere tenute nella giusta considerazione da parte del Ministero per investire un po' di più nella ricerca scientifica della patologia.

PRESIDENTE. Segue l'interrogazione 3-01672, presentata dalla senatrice Dirindin da altri senatori.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. Le linee-guida sull'assunzione di zucchero dell'Organizzazione mondiale della sanità affrontano, com'è noto, in particolare il problema dell'insorgenza di obesità e di carie negli adulti e nei bambini.

Viene raccomandata una riduzione dell'assunzione di zucchero durante tutto il corso della vita e si suggerisce che tale assunzione non sia superiore al 10 per cento del totale introito calorico; si suggerisce, altresì, e questo è il punto dell'interrogazione, una ulteriore riduzione sotto il 5 per cento, al fine di ridurre il rischio di carie dentale.

A parere del Ministero della salute, le raccomandazioni incluse nelle linee-guida appaiono eccessivamente restrittive, quando propongono una riduzione del consumo di zuccheri semplici al di sotto del 5 per cento.

In proposito, si deve tener conto che lo zucchero costituisce un nutriente essenziale e che, come tutti gli altri, va assunto in quantità adeguate, anche se non eccessive; la riduzione dal 10 al 5 per cento della quota di calorie da zuccheri semplici rappresenta secondo il Ministero un obiettivo ambizioso del cui beneficio non vi sono evidenze scientifiche, oltre ad interferire molto sulla tradizione alimentare del nostro Paese.

Peraltro, la riduzione al 5 per cento degli zuccheri semplici senza una concomitante contrazione dell'apporto energetico totale e, soprattutto, della quota di carboidrati totali (pasta, pane), non apporta alcun beneficio relativamente al rischio di malattie croniche non trasmissibili.

Accanto agli aspetti negativi, documentati nella letteratura scientifica, è comunque opportuno considerare anche le funzioni che gli zuccheri svolgono nell'organismo, rappresentando la più comune fonte di energia

degli organismi viventi: dal loro utilizzo l'organismo ricava la maggior parte dell'energia necessaria per le sue funzioni.

Si fa presente che disposizioni comunitarie in vigore relative alla fornitura di informazioni sugli alimenti ai consumatori (mi riferisco al Regolamento UE n. 1169 del 2011) indicano un consumo di riferimento di carboidrati pari a 260 grammi di cui zuccheri 90 grammi (circa il 19 per cento dell'apporto energetico totale), su una dieta di 2.000 kcal al giorno.

L'EFSA ha emanato una *Opinion* (2011) in cui stabilisce la necessità di circa 130 grammi di carboidrati al giorno, inseriti in una dieta bilanciata, per coprire il fabbisogno energetico del cervello.

L'approccio di effettuare un'analisi della letteratura scientifica orientato a citazioni bibliografiche volte ad identificare responsabilità a carico di un unico nutriente rende, secondo noi, molto debole la validità del documento dell'OMS.

La probabilità dell'insorgenza delle patologie croniche dipende infatti, dal punto di vista nutrizionale da un ampio insieme di macronutrienti, che include non solo gli zuccheri, ma anche i grassi saturi, i grassi «trans» e l'eccessiva assunzione di sale, nonché da una molteplicità di fattori, che possono esser contrastati con adeguati stili di vita.

Le citate linee-guida OMS fanno riferimento agli zuccheri aggiunti, ai quali sono attribuite dirette responsabilità per l'insorgenza delle carie dentali. In proposito, le «Linee-guida per una sana e corretta alimentazione» (INRAN 2003), suggeriscono che a determinare quest'ultima situazione sarebbero non solo le quantità, ma anche le modalità di consumo degli zuccheri. È vero che la fermentazione degli zuccheri nel cavo orale determina l'inizio della lesione cariosa, ma è altrettanto vero che per il verificarsi di quest'ultimo evento è necessaria una permanenza del cibo nel cavo orale abbastanza lunga, tale da determinare l'attacco al dente.

È molto improbabile che l'assunzione di zuccheri causi carie allorché i denti vengano correttamente e regolarmente spazzolati; quindi, ove si attui un'adeguata igiene orale, il suggerimento di assumere livelli particolarmente bassi di zucchero appare per noi eccessivo.

Anche l'insorgenza di obesità è legata ad una serie di comportamenti e stili di vita errati, che sfociano in un bilancio sfavorevole del rapporto introito/consumo calorico, ed autorevoli studi pubblicati su prestigiose riviste scientifiche dimostrano che gli zuccheri liberi non aumentano il rischio di obesità se vanno a sostituire, in maniera isocalorica, altri nutrienti. Anche in questo caso l'obesità va ascritta ad una serie di fattori che incidono sul bilancio calorico e non solo all'assunzione di zuccheri semplici.

D'altronde, per la raccomandazione di una riduzione sotto il livello del 5 per cento, suggerita per la prevenzione della carie, la stessa Organizzazione mondiale della sanità ricorda che si tratta di raccomandazione «condizionale», in quanto vi è grande incertezza scientifica e si reputa necessario un ulteriore dibattito, prima di adottare tale raccomandazione.

Resta ferma da parte del Ministero della salute, invece, la piena condivisione del messaggio laddove è teso a raccomandare una riduzione gra-

duale, complessiva ed equilibrata dell'assunzione calorica e dei diversi componenti della dieta, in linea con la tradizione mediterranea, che il Ministero della salute intende sostenere anche durante l'ormai imminente normale apertura di Expo 2015.

In proposito, si ricorda che – per il raggiungimento dell'obiettivo di una riduzione dello zucchero, occorre valutare e monitorare i consumi, agire attraverso l'informazione e, soprattutto, la sensibilizzazione a partire dalle famiglie sulla necessità di limitare il consumo di alimenti e bevande ricche di zuccheri semplici.

Da anni, com'è noto, il Ministero della salute ha avviato un processo finalizzato al miglioramento della qualità nutrizionale degli alimenti, in collaborazione con le associazioni che rappresentano i vari settori produttivi, avendo come *target* i nutrienti più critici, tra i quali gli zuccheri.

Questo Ministero ritiene che la riduzione degli zuccheri debba essere ottenuta principalmente con attività di educazione alimentare, estesa alle varie fasce d'età della popolazione, che permetta di comprendere l'importanza di una alimentazione moderata e variata, associata a una costante attività fisica.

È fondamentale il concetto di «multifattorialità», evitando di demonizzare un singolo nutriente che, se inserito senza abusi in un regime nutrizionale sano, può essere assunto senza causare danni: infatti, ad oggi non esistono cibi buoni o cattivi ma solo diete buone o cattive.

Il Ministro della salute ha comunicato quindi al direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità, dottoressa Chan, nel corso di un incontro a margine della seconda conferenza internazionale sulla nutrizione di Roma (novembre 2014), la contrarietà all'inclusione, in questa revisione delle Linee-guida, della raccomandazione di ridurre il consumo di zuccheri al 5 per cento, o meno, dell'introito calorico totale.

Da ultimo – e questo è il secondo quesito dell'interrogazione – comunico da notizia giunta dal Ministero degli affari esteri che nella delegazione italiana accreditata all'OMS come in molte altre delegazioni partecipanti, erano presenti due esperti in negoziati internazionali, e non in materia di salute, data la natura diversificata e tecnica delle materie trattate, uno dei due era il dottor Luca del Balzo, ambasciatore a riposo, al pari dell'altro esperto, anche esso ambasciatore a riposo.

GRANAIOLA (PD). Signor Presidente, in qualità di seconda firmataria dell'interrogazione, ringrazio il Sottosegretario per l'impegno messo nella risposta. Mi dichiaro parzialmente soddisfatta in quanto la risposta al quesito principale contenuto nell'interrogazione non mi è chiara: sulla base di quali evidenze scientifiche il nostro Governo ha espresso la sua contrarietà alle raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità, su quali evidenze scientifiche si può dire che lo zucchero non sia dannoso e che si tratta soltanto di mantenere una corretta igiene orale? Tale risposta mi sembra davvero preoccupante visto che in questa stessa Commissione abbiamo portato avanti grandi battaglie per le percentuali degli zuccheri nei succhi di frutta e sappiamo anche quanto nell'alimenta-

zione dei nostri bambini prevalgano alimenti ricchi in modo eccessivo di zuccheri come fruttosio e glucosio che creano danni incommensurabili sull'equilibrio metabolico. Mi piacerebbe quindi capire su quali evidenze scientifiche era basata questa contrarietà.

Inoltre, relativamente alla delegazione, avevamo chiesto se uno degli esperti del Ministero degli affari esteri fosse in realtà un *advisor* della Ferrero, il che sinceramente ci lascerebbe interdetti.

PRESIDENTE. Segue l'interrogazione 3-01172, presentata dal senatore Fravezzi e da altri senatori.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signor Presidente, con riferimento alla questione sollevata dai senatori interroganti, si osserva che l'obbligo di certificazione per stabilire l'idoneità fisica per la pratica dell'attività sportiva agonistica e non agonistica in Italia è disciplinato rispettivamente dal decreto ministeriale 18 febbraio 1982 e dal decreto ministeriale 24 aprile 2013.

A tal proposito si evidenzia, per i profili di competenza del Ministero della salute, che tali decreti sono stati emanati proprio per garantire una maggior tutela della salute per coloro che praticano tali attività sportive; è il caso di ricordare che l'Italia è tra i primi Stati europei ad aver disciplinato la materia in esame.

In particolare, per quanto riguarda le disposizioni che regolano l'idoneità alla pratica sportiva agonistica, a cui fa riferimento l'interrogazione in oggetto, queste sono state approvate dalle Federazioni sportive nazionali che sono anche parte attiva nell'individuazione della qualificazione agonistica insieme agli enti sportivi riconosciuti.

Va anche detto che tali disposizioni, riferite alla idoneità agonistica cui fa riferimento l'interrogazione parlamentare, sono valide sul territorio nazionale, e si applicano ai sensi del decreto ministeriale 18 febbraio 1982 agli atleti tesserati alle Federazioni sportive nazionali e alle discipline associate agli Enti di promozione sportiva riconosciuti dal CONI; in estrema sintesi, le disposizioni non sono rivolte agli atleti stranieri, anche quando partecipano a competizioni internazionali che si svolgono in Italia.

Ne consegue, pertanto, che per gli atleti tesserati in altri Paesi valgono le norme che regolano l'idoneità nel paese di provenienza.

In particolare, per l'evento sportivo a cui fa riferimento l'interrogazione, essendo considerata una gara agonistica, è prevista la partecipazione soltanto per i tesserati FIDAL, o Enti di promozione sportiva, o Enti internazionali affiliati alla Federazione internazionale di atletica leggera, nonché per i tesserati *Run Card* che, comunque, sono tenuti al rispetto dei regolamenti sportivi della FIDAL.

Da ultimo, colgo l'occasione per ricordare che presso il Ministero della salute è stato istituito il Gruppo di lavoro in medicina dello *sport*, con il compito di approfondire, al fine di fornire chiarimenti, tutta la tematica collegata alla disciplina dello *sport*.

FRAVEZZI (*Aut (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE*). Signor Presidente, mi dichiaro soddisfatto della risposta. L'interrogazione, infatti, nasceva per risolvere il problema del cosiddetto turismo sportivo e dei grandi eventi come le maratone che avvengono in molte città di grandi e medie dimensioni. In tali casi si creava un dubbio sull'applicazione delle norme, in particolar modo il decreto ministeriale del 2013, che ha creato alcune difficoltà. La risposta che ho ottenuto dal Sottosegretario, però, chiarisce che si deve fare riferimento alle norme vigenti nei Paesi di provenienza degli atleti. Pertanto la ringrazio della risposta che ci permetterà di fare chiarezza con gli organizzatori degli eventi.

PRESIDENTE. Lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno è così esaurito.

I lavori terminano alle ore 9,20.

ALLEGATO

INTERROGAZIONI

SCILIPOTI ISGRÒ. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che:

l'acufene è una malattia che consiste nella persistente sensazione uditiva di un suono costante e continuo percepito in uno o in entrambe le orecchie o nella testa, il che fa sì che chi ne è colpito subisca gravi conseguenze dal punto di vista dell'assetto psicologico ed emozionale, uno sconvolgimento del ritmo sonno-veglia ed una riduzione considerevole dei livelli di attenzione e concentrazione;

come affermato da AIT *onlus* (Associazione Italiana Tinnitus-Acufene), si tratta di una vera e propria malattia invalidante. Tuttavia, sebbene questa interessi, in modo più o meno grave, circa il 10 per cento della popolazione italiana priva di difetti uditivi, in Italia viene ampiamente sottovalutata e considerata al massimo come un fastidioso disturbo. Nei casi più gravi questa malattia porta ad uno stato di forte depressione psico-fisica che può determinare, talvolta, anche risvolti drammatici, quali il suicidio,

si chiede di sapere se il Ministro in indirizzo non ritenga opportuno adottare iniziative per sostenere studi e ricerche utili a produrre idonee terapie capaci di alleviare lo stato di sofferenza di milioni di persone nel nostro Paese ed inserire questa patologia nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.

(3-01812)

DIRINDIN, GRANAIOLA, PADUA, ORRÙ, MATTESINI. – *Ai Ministri della salute e degli affari esteri e della cooperazione internazionale.* – Premesso che:

esistono chiare evidenze scientifiche, di livello internazionale, che documentano gli effetti del fruttosio, componente insieme al glucosio dello zucchero da tavola, sull'equilibrio metabolico, in particolare sui livelli di insulina e le reazioni a cascata da essa indotte a livello biomolecolare e la loro correlazione con l'insorgenza della sindrome metabolica, sovrappeso e obesità;

evidenze scientifiche internazionali mostrano inoltre una chiara correlazione tra livelli di zuccheri assunti nella dieta e insorgenza di patologie dentali (*in primis* la carie), patologie che registrano la più alta prevalenza tra le malattie non trasmissibili e sono responsabili del 5-10 per cento della spesa per interventi sanitari nei Paesi più sviluppati;

sono note le azioni di *lobby* portate avanti dall'industria dello zucchero e dei prodotti correlati al fine di modulare le indicazioni relative agli effetti dannosi di tale sostanza sulla salute umana;

secondo il recente rapporto dell'osservatorio del dipartimento di Sociologia e ricerca sociale dell'università Milano Bicocca, un bambino su 4 in Italia è sovrappeso, e uno su 10 obeso. La prevalenza di sovrappeso in età pediatrica in Italia supera la media europea, con un tasso di crescita annua dello 0,5-1 per cento, pari a quella degli Stati Uniti;

i dati precedenti sono confermati dall'ultima rilevazione del sistema di sorveglianza «Okkio alla salute» del Ministero della salute, coordinato dall'Istituto superiore della sanità: i bambini italiani in sovrappeso sono il 20,9 per cento (IC95 per cento 20,4-21,4) e i bambini obesi sono il 9,8 per cento (IC95 per cento 9,5-10,2), compresi i bambini severamente obesi che da soli sono il 2,2 per cento (IC95 per cento 2,1-2,4). Si registrano prevalenze più alte nelle regioni del sud e del centro;

l'Organizzazione mondiale della sanità ha recentemente predisposto, anche se non ancora pubblicato, le nuove raccomandazioni sull'assunzione di zucchero per adulti e bambini («Guideline: Sugars intake for Adults and Children») le quali prevedono la limitazione dell'assunzione di zuccheri semplici (quali quelli tipici delle merendine e delle bevande gassate) al 10 per cento del fabbisogno calorico giornaliero, con l'esortazione a ridurre ulteriormente questa soglia a meno del 5 per cento,

si chiede di sapere:

se ai Ministri in indirizzo risultino le motivazioni per le quali, durante il periodo di presidenza italiana dell'Unione europea, il nostro Paese abbia opposto resistenza al tema delle «*healthy diet*», le diete salutari, nel corso del negoziato intergovernativo per la seconda conferenza internazionale sulla nutrizione;

quali siano le motivazioni per le quali la delegazione italiana, in coincidenza con la chiusura del documento OMS relativo alle raccomandazioni relative all'assunzione dello zucchero, appellandosi alla regola sui procedimenti d'urgenza, abbia fatto richiesta di inserire un nuovo punto all'ordine del giorno per rivedere le modalità con cui l'OMS redige le linee guida volte ad orientare le politiche sanitarie dei Governi su specifici temi;

se risulti la composizione della delegazione rappresentante il nostro Paese presso il tavolo OMS per la definizione di tali raccomandazioni e se corrisponda al vero che tra gli «esperti della salute del Ministero Affari Esteri» fosse presente un «esperto» già *senior advisor* di una grande industria dolciaria italiana;

se, a fronte di quanto esplicitato dal Ministro della salute in occasione della seconda conferenza internazionale sulla nutrizione, tenutasi a Roma il 19 novembre 2014, in margine alle nuove raccomandazioni della OMS sullo zucchero («No a diktat senza base scientifica. È un'aggressione alle nostre tradizioni dolciarie (...). Dobbiamo fare esattamente l'opposto, cioè proporre il modello della dieta mediterranea, educare famiglie e bambini in età scolare a mangiare bene e anche a fare una giusta attività fisica. Ma non è facendo questo tipo di divieti che noi costruiamo la cultura dell'alimentazione»), il Ministero disponga di evidenze scientifiche

sullo zucchero diverse da quelle note nella letteratura scientifica internazionale e alla base delle linee guida dell'OMS;

come si intendano tradurre le indicazioni dell'OMS in azioni concrete volte a prevenire gli effetti nocivi per la salute di bambini e adulti legati ad un'eccessiva assunzione di zuccheri.

(3-01672)

FRAVEZZI, BERGER, LANIECE, PANIZZA, LAI. – *Al Presidente del Consiglio dei ministri e al Ministro della salute.* – Premesso che:

«negli ultimi anni la dimensione economica dello sport e del suo indotto ha raggiunto livelli tali da posizionarlo tra i principali settori per l'impatto generato sul PIL mondiale»: lo ha dichiarato l'assessore per lo sport della Regione Liguria Matteo Rossi nell'ambito del *festival dello sport 2014*;

Federico Capraro, presidente degli albergatori Unascom, afferma che il turismo d'affari è in calo e il futuro è nei grandi eventi e nelle grandi rassegne sportive;

per il presidente della Camera di commercio di Venezia Giuseppe Fedalto, «la Venicemarathon è il più importante evento per il nostro territorio in termini di indotto economico, visibilità e promozione del territorio»;

si legge in un articolo di «Nannimagazine» del 2 febbraio 2010: «Turismo sportivo: una miniera per l'economia italiana, ma ancora poco esplorata. A parte alcune regioni particolarmente virtuose, l'Italia non gli ha ancora tributato l'importanza che invece, come dimostrano le cifre intorno a cui ruota il suo business, meriterebbe. Il turismo sportivo rappresenta un terreno ancora poco esplorato eppure molto fertile, almeno a giudicare dai risultati più che positivi raccolti da quelle regioni che vi investono risorse economiche, ma soprattutto organizzative», articolo in cui viene intervistato Nicola Tomesani, direttore dell'Unità sport e turismo di Econstat, società di ricerca e consulenza specializzata nel settore turistico;

«La maratona rappresenta per Firenze una grande vetrina internazionale grazie ai tanti stranieri, oltre 2800, ai moltissimi italiani provenienti da altre regioni (...). Presenze che rappresentano un dato importante anche per l'indotto economico cittadino, da una prima stima possiamo parlare di più di 23 mila pernottamenti nelle strutture ricettive fiorentine per atleti, amici e familiari al seguito, con una permanenza nella media per persona che si avvicina ai tre giorni. Un evento che non è solo sportivo, ma che rappresenta anche un importante momento di incentivazione del turismo in un periodo tradizionalmente meno appetibile, con una ricaduta importante su strutture ricettive, ristoranti, locali e negozi della città, da non trascurare in un periodo di difficoltà economica come quello che stiamo vivendo», queste la parole di Giancarlo Romiti, presidente del comitato organizzatore della «Firenze Marathon», in un comunicato stampa del 3 dicembre 2009;

considerato che:

il decreto ministeriale 18 febbraio 1982, recante «Norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica», e il decreto ministeriale 24 aprile 2013, recante «Disciplina della certificazione dell'attività sportiva non agonistica e amatoriale e linee guida sulla dotazione e l'utilizzo di defibrillatori semiautomatici e di eventuali altri dispositivi salvavita», prevedono una serie disposizioni volte ad accertare l'idoneità fisica per coloro che praticano attività sportiva agonistica e non agonistica;

le disposizioni si applicano anche agli stranieri che arrivano in Italia solo in occasione di eventi sportivi (*running*, ciclismo, sci di fondo, eccetera) a cui vogliono partecipare attivamente;

tale applicazione costringe gli organizzatori ad effettuare i controlli sulla certificazione medica e i partecipanti stranieri a presentare certificazione medica non richiesta nel Paese d'origine;

tale incombenza rappresenta per gli stranieri motivo per disertare gli eventi sportivi organizzati nel nostro Paese e andare a disputare gare e competizioni in altre nazioni ove non vigono analoghe disposizioni relative alla certificazione medica;

considerato altresì che per una nazione come l'Italia è di tutta necessità assumere tra i propri obiettivi di politica economica il mantenimento di una forte posizione di *leadership* nel turismo sportivo e che risulta quindi necessario incrementare la presenza turistica proveniente dall'estero,

si chiede di sapere se non sia il caso di prevedere specifiche disposizioni normative volte ad esentare gli stranieri che intendano partecipare ad eventi sportivi dalla normativa attualmente vigente in Italia sull'accertamento obbligatorio dell'idoneità all'attività sportiva agonistica e a permettere, così come avviene in tutti gli altri Paesi della UE (ad eccezione della Francia), che la partecipazione avvenga solo ed esclusivamente dietro presentazione di un'autocertificazione, oppure in base alle norme vigenti nel Paese di provenienza.

(3-01172)

