

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1509

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

QUARTINI, AMATO, CARAMIELLO, CHERCHI, PAVANELLI, MARIANNA RICCIARDI

Disposizioni per la prevenzione e la cura dell'obesità e dello stato di sovrappeso

Presentata il 23 ottobre 2023

ONOREVOLI COLLEGHI! – L'obesità rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica a livello mondiale ed è in costante aumento, non solo nei Paesi occidentali ma anche in quelli a basso-medio reddito.

L'obesità è stata infatti definita dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) come uno dei principali fattori di rischio di gravi malattie croniche, insieme al consumo di tabacco, al consumo di alcol, alla sedentarietà, al consumo aggiunto di sale, allo scarso controllo di diabete e all'ipertensione.

L'indice di massa corporea è l'indicatore più utilizzato per definire le condizioni di sovrappeso e obesità. Le definizioni dell'OMS stabiliscono che vi sia:

sovrappeso, se l'indice di massa corporea è compreso tra 25 e 29,99 kg/m²;

obesità, se l'indice di massa corporea è uguale o superiore a 30 kg/m².

Nel mondo si stimano oltre due miliardi di persone in sovrappeso, delle quali ottocento milioni affette da obesità, che potrebbero diventare un miliardo entro il 2030 e, secondo le ultime stime, nel 2035 saranno quasi due miliardi, ovvero quasi una su quattro.

Secondo le stime del 2020 riferite ai 161 Paesi presenti nello studio «*The Economic Impact of Overweight & Obesity in 2020 and 2060*» condotto dalla World Obesity Federation & RTI International nel 2022, quasi un miliardo di persone vive con l'obesità (cioè una persona su sette), e le persone obese saranno 1,9 miliardi nel 2035 (quasi una su quattro), di cui un miliardo e mezzo di adulti e quasi quattrocento milioni di

bambini (cioè un bambino su cinque). Sempre nel 2035 le persone con sovrappeso o obesità in tutto il mondo saranno quattro miliardi, l'obesità infantile aumenterà di oltre il 100 per cento, mentre fra gli adulti ci sarà un aumento di oltre il 60 per cento, con una prevalenza che dal 2020 al 2035 passerà dal 14 al 23 per cento (+73 per cento) per gli uomini e dal 18 al 27 per cento (+50 per cento) per le donne. L'impatto economico dell'obesità e del sovrappeso è stato stimato al 2,4 per cento del prodotto interno lordo (PIL) nel 2020 e salirà al 2,9 per cento del PIL nel 2035, per un valore di 4,32 trilioni di dollari.

In Italia, secondo i dati del 4° *Italian Barometer Obesity Report*, presentato il 29 novembre 2022, sono sei milioni le persone con obesità, pari circa al 12 per cento della popolazione adulta. Le persone in eccesso di peso sono più di venticinque milioni, ossia più del 46 per cento degli adulti (oltre ventitré milioni di persone), e il 26,3 per cento tra bambini e adolescenti dai 3 ai 17 anni (due milioni e duecentomila persone).

A livello territoriale emergono significative differenze relativamente ai bambini e agli adolescenti in eccesso di peso, con punte del 31,9 per cento al Sud e del 26,1 per cento nelle Isole.

In Italia, l'Istituto nazionale di statistica, relativamente all'anno 2021, rileva che nella popolazione adulta la quota di sovrappeso è pari al 36,1 per cento (maschi 43,9 per cento e femmine 28,8 per cento), mentre gli obesi sono l'11,5 per cento (maschi 12,3 per cento e femmine 10,8 per cento), evidenziando un *trend* in costante crescita. Complessivamente, quindi, in Italia si possono stimare circa quattro milioni di persone adulte obese.

I numeri ci dicono che nel nostro Paese l'obesità è una sfida ancora irrisolta di salute pubblica che troppo spesso viene sottovalutata e ignorata; l'11,1 per cento degli adulti con obesità e il 54,6 per cento degli adulti in sovrappeso ritiene di essere normo-peso e il 40,3 per cento di genitori di bambini in sovrappeso o obesi ritiene i propri figli sotto normo-peso.

La Giornata mondiale dell'obesità (*World Obesity Day*), istituita nel 2015 dalla World

Obesity Federation, ricorre il 4 marzo in tutto il mondo con l'obiettivo ambizioso di intervenire sull'emergenza sanitaria dell'obesità. La giornata ha lo scopo di sensibilizzare cittadini e istituzioni e di promuovere la prevenzione.

L'obesità rappresenta dunque una vera e propria emergenza sanitaria. Qualcosa è stato fatto in questi ultimi anni, soprattutto in termini di conoscenza e informazione, tuttavia se le stime di crescita sono quelle anzidette, significa che non è stato fatto abbastanza o che, comunque, occorre intervenire in maniera più radicale.

L'obesità incide profondamente sullo stato di salute poiché si accompagna a importanti malattie quali il diabete mellito di tipo 2, l'ipertensione arteriosa, la cardiopatia ischemica e le altre condizioni morbose. L'obesità e il sovrappeso sono, inoltre, tra i principali fattori di rischio oncologico. I tipi di cancro resi più probabili da fattori quali l'obesità e il sovrappeso sono quelli dell'intestino (colon e retto), del rene, dell'esofago, del pancreas e della cistifellea, e per le donne si aggiungono il cancro del seno (nelle donne in postmenopausa), dell'endometrio e dell'ovaio.

Si stima che l'obesità e il sovrappeso siano responsabili dal 9 al 12 per cento della mortalità nei « vecchi » Stati membri dell'Unione europea (UE) e dal 16 al 20 per cento della stessa nei dodici Stati membri che hanno aderito all'UE nel 2004 e nel 2007, rappresentando circa il 10 per cento del carico totale di malattia espresso in DALYs (anni di vita persi aggiustati per disabilità). La prevalenza dell'obesità continua ad aumentare, in modo più rapido nei gruppi di popolazione a basso livello socioeconomico e soprattutto nei bambini. L'obesità e il sovrappeso nell'infanzia condizionano in modo significativo la qualità della vita e le persone con tali condizioni sono a rischio maggiore di episodi di bullismo e di isolamento sociale.

L'obesità è certamente una delle più gravi sfide per la salute pubblica.

Tuttavia, l'obesità non rappresenta solo un fattore di rischio bensì una malattia cronica progressiva e recidivante ed è dunque necessario prevenirla e insorgenza e

sviluppare strategie per prevenire le comorbidità associate e gli esiti legati a tali comorbidità.

L'obesità è una malattia che insorge spesso fin dall'infanzia e comporta rilevanti problemi come il diabete di tipo 2, l'asma, l'insufficienza respiratoria, i problemi muscolo-scheletrici, nonché i futuri problemi cardiovascolari, la calcolosi della colecisti, i problemi psicologici e sociali. In tale ottica occorre intervenire già nel periodo pre-concezionale e in gravidanza per contrastare il sovrappeso e l'obesità nell'infanzia e nell'adolescenza e ridurre la prevalenza in età adulta.

Il Piano nazionale della prevenzione 2020-2025, adottato il 6 agosto 2020 in sede di intesa tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sottolinea che l'obesità incide profondamente sullo stato di salute e al fine di prevenire e contrastare l'obesità e il sovrappeso, in particolare nell'infanzia, prevede di intervenire attraverso un approccio intersettoriale, agendo a partire dai primi mille giorni (nonché in fase pre-concezionale) e lungo tutto il corso della vita per ridurre i fattori di rischio individuali e rimuovere le cause che impediscono ai cittadini scelte di vita salutari. Tali obiettivi saranno perseguiti nei piani regionali attraverso programmi predefiniti (PP), che tutte le regioni devono attuare secondo un modello comune, come ad esempio il PP comunità attive, il PP scuole e il PP luoghi di lavoro che promuovono salute, nonché i programmi liberi che ogni regione definisce per perseguire obiettivi non previsti dai PP.

I dati italiani relativi all'anno 2022 dell'*Health Behaviour in School-aged Children* – Comportamenti collegati alla salute dei ragazzi di età scolare (HBSC), condotto su un campione di studenti di undici, tredici e quindici anni, sulla base di quanto auto-dichiarato evidenziano che il 18,2 per cento dei ragazzi da undici a diciassette anni è in sovrappeso e il 4,4 per cento degli stessi è obeso. L'eccesso ponderale diminuisce lievemente con l'età, è maggiore nei maschi e nelle regioni del Sud. Rispetto alla precedente rilevazione, effettuata nel periodo dal 2017 al 2018, tali valori risultano in au-

mento per entrambi i generi (17 per cento per il sovrappeso e 3 per cento per l'obesità).

Tra i comportamenti alimentari scorretti dei più giovani permane l'abitudine di non consumare la colazione nei giorni di scuola, con prevalenze che vanno dal 21 per cento a undici anni, al 27,9 per cento a tredici anni e al 29,6 per cento a quindici anni; tale percentuale è maggiore nelle ragazze in tutte le fasce d'età considerate ed è sostanzialmente stabile rispetto al passato.

Solo un terzo dei ragazzi consuma frutta almeno una volta al giorno, quindi in misura notevolmente lontana dalle raccomandazioni, con valori migliori tra le ragazze e nella fascia d'età degli undicenni. Il consumo di verdura almeno una volta al giorno è raggiunto solo da un adolescente su quattro ed è maggiore nelle ragazze.

Le bibite zuccherate o gassate sono consumate più dai maschi in tutte e tre le fasce d'età considerate e sono consumate almeno una volta al giorno dal 14,4 per cento degli undicenni; dal 14,5 per cento dei tredicenni e dal 12,6 per cento dei quindicenni. Il *trend*, in discesa dal 2010 al 2018, subisce un arresto in quest'ultima rilevazione.

L'attività fisica quotidiana è nettamente maggiore tra i maschi (7,1 per cento) rispetto alle femmine (3 per cento); per contro le ragazze a queste età passano più tempo davanti agli schermi.

In Italia è attivo dal 2007 il sistema di sorveglianza «OKkio alla Salute», nato per monitorare l'evoluzione dell'obesità infantile e valutare gli interventi di promozione della salute avviati, con un dettaglio sia regionale che locale. Il sistema è promosso dal Ministero della salute e coordinato dal Centro nazionale per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute (CNAPPS) dell'Istituto superiore di sanità (ISS), in collaborazione con tutte le regioni e il Ministero dell'istruzione e del merito.

Data la patogenesi multifattoriale dell'obesità ne deriva che il suo trattamento prevede un approccio integrato fra varie modalità d'intervento. Come si rileva dal sito dell'ISS «solo interventi coordinati,

intersettoriali, a più livelli e con un'attenzione particolare alle diseguaglianze sociali e di salute, possono contrastare l'aumento dell'obesità. Le azioni per prevenire l'obesità devono essere intraprese in diversi contesti, incorporare vari approcci e coinvolgere un'ampia gamma di soggetti interessati. Per questo, sono necessari interventi duraturi nel tempo e a diversi livelli: a livello individuale e di comunità, per ottenere cambiamenti comportamentali, e a livello intersettoriale, come nell'ambito dell'agricoltura, della produzione alimentare, dell'istruzione, dei trasporti e della pianificazione urbana. Ogni intervento può avere effetti minimi se attuato da solo, ma può costituire una componente significativa in una strategia complessiva. Gli sforzi di prevenzione dell'obesità in età evolutiva devono iniziare precocemente, sin dalla gravidanza e dall'infanzia, ed essere strettamente integrati con altre misure volte a contrastare tutti i fattori di rischio modificabili delle malattie non trasmissibili (tra cui l'uso di tabacco, l'assunzione di alcol, una dieta non sana e una scarsa attività fisica). Gli interventi per la prevenzione dell'obesità devono rientrare nei piani e nei programmi esistenti che mirano a migliorare l'alimentazione e l'attività fisica e, in una visione più ampia, in tutti gli interventi riguardanti l'età evolutiva. Pertanto, le azioni realizzate in contesti specifici dovrebbero puntare all'integrazione: ad esempio, la scuola rappresenta un luogo ideale per programmare azioni a favore della salute e del benessere di tutta la comunità scolastica, secondo un approccio globale e di equità, in modo integrato ai percorsi educativi curricolari. La promozione della salute nel contesto scolastico dovrebbe prevedere lo sviluppo di conoscenze e competenze individuali e sociali e di politiche per una scuola sana; la tutela dell'ambiente fisico e sociale; i legami con la comunità; la sanità e la società civile».

Nel corso della precedente legislatura la Camera dei deputati ha approvato un'importante mozione sul tema dell'obesità (mozione n. 1/00082 del 13 novembre 2019), come atto condiviso tra tutte le forze

politiche che hanno convenuto sull'importanza di intervenire in maniera sensibilmente più radicale sull'emergenza sanitaria.

Con la citata mozione le forze politiche, in maniera unanime, hanno riconosciuto l'importanza di assicurare alla persona con obesità il pieno accesso agli *iter* diagnostici per le comorbidità, alle cure e ai trattamenti dietetico-alimentari e, nei casi più gravi, l'accesso a centri di secondo livello per valutare approcci psicologici, farmacologici e chirurgici.

Occorre altresì promuovere programmi per la prevenzione dell'obesità infantile e per la lotta alla sedentarietà attraverso iniziative coordinate di promozione della salute, intesa nella sua dimensione biopsicosociale, che promuovano a livello scolastico l'attività fisica e sportiva, la sana alimentazione e l'informazione sulla promozione dei corretti stili di vita, compresa la qualità relazionale.

Fondamentali sono poi le misure che disincentivano la produzione, la commercializzazione e la pubblicità dei prodotti alimentari e delle bevande per bambini che non siano salutari e con un alto contenuto di grassi saturi, acidi grassi, zuccheri e sali liberi.

La presente proposta di legge si compone di quindici articoli.

L'articolo 1 prevede le finalità della legge concernenti il potenziamento delle politiche nazionali di contrasto dell'obesità e del sovrappeso, per prevenirne l'insorgenza, assicurare la precoce presa in carico dei soggetti a rischio o ancora allo stadio iniziale, per rallentarne la progressione e per garantire la tutela della salute e il miglioramento delle condizioni di vita dei pazienti affetti da obesità.

L'articolo 2 riconosce l'obesità come malattia cronica e, al fine di garantire e assicurare l'equità e l'accesso alle cure, inserisce la patologia nei livelli essenziali di assistenza con diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa per le correlate prestazioni sanitarie e per la fornitura gratuita dei presidi diagnostici e terapeutici correlati all'obesità e alle relative complicanze accertate. Il medesimo articolo

prevede anche il riconoscimento, a seconda del grado di gravità e della concorrenza con altre malattie ed alterazioni funzionali, dell'invalidità civile e della disabilità.

L'articolo 3 prevede l'adozione del Piano nazionale triennale per la prevenzione dell'obesità, quale parte integrante e trasversale del Piano nazionale della cronicità nonché del Piano della prevenzione vigenti; individua quindi tutte le finalità del Piano medesimo, incentrato soprattutto sugli stili di vita e sull'attività sportiva.

L'articolo 4 istituisce il Fondo per il contrasto dell'obesità e per la promozione e la valorizzazione di stili di vita attivi, con una dotazione di 20 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2024, al fine di cofinanziare progetti per l'esercizio fisico, il corretto stile di vita e l'educazione alimentare e per contributi comunali alle famiglie in stato di disagio sociale o economico per l'iscrizione dei figli minori ad attività sportive.

L'articolo 5 istituisce l'Osservatorio per lo studio dell'obesità con il compito di contribuire alla stesura del Piano nazionale triennale di cui all'articolo 3, di verificarne l'attuazione e di svolgere attività di monitoraggio, studio e diffusione degli stili di vita. È prevista quindi una relazione annuale alle Camere sui dati epidemiologici e diagnostico-terapeutici acquisiti dall'Osservatorio.

L'articolo 6 dispone l'adozione di linee guida per disincentivare, nelle scuole di ogni ordine e grado, nelle università e nelle aziende pubbliche e private, la somministrazione di alimenti e di bevande contenenti alte percentuali di acidi grassi saturi, di acidi grassi trans, di zuccheri semplici aggiunti, di sodio, di nitriti e di nitrati, nonché con un elevato apporto energetico e con scarse qualità nutrizionali. Le medesime linee guida individuano in modo dettagliato la composizione degli alimenti e delle bevande sconsigliati e sono soggette ad aggiornamento annuale.

L'articolo 7 prevede l'adozione di un sistema di etichettatura che permetta di individuare in modo chiaro la salubrità di

un prodotto, attraverso una scala cromatica che indica il rapporto tra la qualità nutrizionale complessiva dell'alimento e il suo valore energetico, nonché la presenza all'interno del prodotto, in rapporto al rispettivo fabbisogno giornaliero, dei seguenti macronutrienti: proteine, carboidrati, zuccheri aggiunti, acidi grassi mono e polinsaturi e sali liberi.

L'articolo 8 dispone il divieto della somministrazione, effettuata mediante distributori automatici collocati in luoghi pubblici e nelle scuole pubbliche secondarie di primo e di secondo grado, di alimenti e bevande contenenti un elevato apporto totale di acidi grassi saturi, di acidi grassi trans, di zuccheri semplici aggiunti, di sodio, di nitriti, di nitrati e di altre sostanze in vario modo utilizzate, individuati ai sensi dell'articolo 6.

L'articolo 9 vieta la pubblicità sulle reti televisive pubbliche e private degli alimenti e delle bevande di cui all'articolo 6 nel corso di trasmissioni televisive rivolte ai minori e nelle fasce orarie destinate al consumo dei pasti.

L'articolo 10 incrementa le detrazioni delle spese per attività sportive da 210 euro a un importo non superiore a 800 euro, in favore di tutti e non solo dei ragazzi da quindici a diciotto anni.

L'articolo 11 prevede la deducibilità dei costi per l'istituzione di impianti sportivi aziendali con specifico riferimento alle spese relative all'acquisto, alla costruzione e all'arredo di impianti sportivi aziendali nonché alla manutenzione ordinaria e straordinaria degli impianti stessi e delle relative strutture, messi a disposizione anche a titolo gratuito dei dipendenti.

L'articolo 12 riduce l'aliquota dell'imposta sul valore aggiunto applicabile all'iscrizione alle attività sportive.

L'articolo 13 modifica l'aliquota dell'imposta sul valore aggiunto applicabile ad alimenti e bevande contenenti sostanze sconsigliate, incrementandola in relazione ad alimenti e bevande contenenti un elevato apporto totale di acidi grassi saturi, di acidi grassi trans, di zuccheri semplici aggiunti, di sodio, di nitriti, di nitrati e di altre sostanze in vario modo utilizzate,

individuati nelle linee guida predisposte dal Ministero della salute ai sensi dell'articolo 6.

L'articolo 14 prevede azioni di informazione e di educazione rivolte alla popolazione e finalizzate a sviluppare la conoscenza di un corretto stile di alimentazione e di nutrizione nonché a favorire la pratica dell'attività fisica e la lotta contro la sedentarietà, anche mediante le amministrazioni locali, gli istituti scola-

stici, le farmacie, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e le reti socio-sanitarie di prossimità.

L'articolo 15, infine, dispone la copertura finanziaria degli oneri derivanti dall'attuazione della legge, pari a 20 milioni di euro annui a decorrere dal 2024, a valere sulle risorse del Fondo sanitario nazionale che è incrementato in misura corrispondente.

PROPOSTA DI LEGGE

Art. 1.

(Finalità)

1. La presente legge detta disposizioni per potenziare le politiche nazionali di contrasto dell'obesità e del sovrappeso, in conformità con gli obiettivi dei piani d'azione promossi dall'Organizzazione mondiale della sanità e dall'Unione europea, perseguendo un approccio intersettoriale e multidisciplinare, con interventi coordinati dei differenti livelli istituzionali, per prevenirne l'insorgenza, assicurare la precoce presa in carico dei soggetti a rischio o ancora allo stadio iniziale, per rallentarne la progressione e per garantire la tutela della salute e il miglioramento delle condizioni di vita dei pazienti affetti da obesità.

Art. 2.

(Livelli essenziali di assistenza per i soggetti affetti da obesità)

1. L'obesità è riconosciuta come malattia cronica di interesse sociale e, al fine di garantire e assicurare l'equità e l'accesso alle cure, è inserita nei livelli essenziali di assistenza tra le patologie che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa per le correlate prestazioni sanitarie e per la fornitura gratuita dei presidi diagnostici e terapeutici ad essa correlati e alle relative complicanze accertate.

2. Per l'accertamento della patologia cronica è necessaria la certificazione medica anche ai fini del riconoscimento, a seconda del grado di gravità e della concorrenza con altre malattie ed alterazioni funzionali, dell'invalidità civile e della disabilità.

3. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con proprio decreto, il Ministro della salute individua i criteri oggettivi e omogenei per l'identificazione delle condizioni cliniche correlate alla obesità ai fini del suo inse-

rimento tra le malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa, individuate dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017, nonché ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile e della disabilità.

4. L'obesità priva di complicanze invalidanti non costituisce elemento ostativo all'idoneità fisica per l'iscrizione nelle scuole di ogni ordine e grado e per l'accesso alle attività lavorative e sportive.

Art. 3.

(Piano nazionale triennale per la prevenzione dell'obesità)

1. Il Ministro della salute, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali e con il Ministro dell'economia e delle finanze, predispone un Piano nazionale triennale per la prevenzione dell'obesità, con particolare attenzione all'obesità infantile, di seguito denominato « Piano ». Il Piano è parte integrante e trasversale del Piano nazionale della cronicità nonché del Piano della prevenzione vigenti ed è finalizzato:

a) a prevenire il sovrappeso e l'obesità e le relative complicanze, nonché a migliorare la cura e l'assistenza delle persone con obesità;

b) a responsabilizzare i genitori nella scelta di un'alimentazione equilibrata per i propri figli, nonché a informarli sull'importanza di limitare il consumo giornaliero di alimenti e di bevande con un elevato apporto energetico e con scarse qualità nutrizionali;

c) ad agevolare il reinserimento delle persone con obesità nelle attività scolastiche, lavorative e sportivo-ricreative;

d) a incentivare e agevolare l'accesso alle pratiche sportive e motorie per tutti i cittadini, secondo il principio dello sport di cittadinanza;

e) a incentivare e agevolare l'introduzione di programmi alimentari equilibrati nelle mense scolastiche e aziendali;

f) a incentivare e agevolare le attività sportive e a promuovere la conoscenza delle principali regole alimentari nella scuola primaria e secondaria di primo e di secondo grado, finalizzate a migliorare lo stile di vita sano e l'alimentazione salutare degli studenti;

g) a prevedere, nell'ambito della programmazione didattica delle istituzioni scolastiche di cui alla lettera f), l'introduzione di centoventi minuti settimanali facoltativi per lo svolgimento di attività sportive, anche nelle ore pomeridiane, e di programmi di insegnamento su un corretto stile di vita;

h) alla diffusione, mediante campagne di informazione permanenti, tramite i *mass media* e le reti di prossimità, in collaborazione con gli enti locali, le farmacie, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, di regole semplici ed efficaci per un corretto stile di vita;

i) all'educazione sulla corretta profilassi dell'obesità e del sovrappeso;

l) alla formazione e all'aggiornamento in materia di obesità e di sovrappeso 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;

m) alla realizzazione di reti regionali per l'assistenza alla persona con obesità, attraverso l'integrazione dei centri di riferimento regionali per la cura dell'obesità con la chirurgia bariatrica e la medicina territoriale;

n) alla garanzia del pieno accesso alle cure e ai trattamenti nutrizionali, farmaceutici e chirurgici.

2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nell'ambito dei rispettivi piani sanitari, predispongono, in conformità al Piano di cui al comma 1, ogni idonea iniziativa diretta a prevenire e a contrastare l'obesità, soprattutto infantile, e il sovrappeso.

Art. 4.

(Fondo per il contrasto dell'obesità e per la promozione e la valorizzazione di stili di vita attivi)

1. È istituito, nello stato di previsione del Ministero della salute, il Fondo per il contrasto dell'obesità e per la promozione e la valorizzazione di stili di vita attivi, di seguito denominato « Fondo », con una dotazione pari a 10 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2024. Il Fondo è destinato al cofinanziamento di:

a) progetti degli enti locali per promuovere e diffondere la pratica dell'esercizio fisico nonché le proposte di gioco e di movimento negli spazi verdi comunali;

b) programmi di formazione motoria e sportiva nella scuola primaria e secondaria di primo grado volti al miglioramento delle competenze motorie e degli stili di vita degli studenti;

c) progetti multidisciplinari di educazione alimentare e di promozione di stili di vita sani, promossi dalle aziende sanitarie locali con il coinvolgimento attivo degli insegnanti, degli studenti e dei genitori;

d) contributi dei comuni alle famiglie in stato di disagio sociale o economico per l'iscrizione dei figli minori ad attività sportive.

2. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro dell'istruzione e del merito, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono stabilite le modalità di presentazione delle domande e di concessione dei contributi di cui al comma 1 del presente articolo, di accertamento e di verifica della sussistenza dei requisiti prescritti per la loro concessione nonché di riparto dei medesimi contributi.

Art. 5.

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

1. Entro tre 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 3, 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.

3. Il Ministro della salute presenta alle Camere, entro il 31 dicembre di ciascun anno, una relazione aggiornata sui dati epidemiologici e diagnostico-terapeutici acquisiti dall'Osservatorio e sulle nuove conoscenze scientifiche in tema di obesità.

Art. 6.

(Linee guida per l'individuazione degli alimenti e delle bevande sconsigliati)

1. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con proprio decreto, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'istruzione e del merito, con il Ministro dell'università e della ricerca e con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, adotta specifiche linee guida per disincentivare nelle scuole di ogni ordine e grado, nelle università e nelle aziende pubbliche e private la somministrazione di alimenti e di bevande contenenti alte percentuali di acidi grassi saturi, di acidi grassi trans, di zuccheri semplici aggiunti, di sodio, di nitriti e di nitrati, nonché con un elevato apporto energetico e con scarse qualità nutrizionali.

2. Le linee guida di cui al comma 1 individuano in modo dettagliato la composizione degli alimenti e delle bevande sconsigliati ai sensi del medesimo comma 1 e sono soggette ad aggiornamento annuale.

Art. 7.

(Etichettatura)

1. Al fine di assicurare un elevato livello di tutela dei consumatori e di garantire la correttezza e l'immediatezza delle informazioni presenti nelle etichette dei prodotti, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro dell'agricoltura, della sovranità alimentare e delle foreste, di concerto con il Ministro della salute, stabilisce un sistema di etichettatura che permetta di individuare in modo chiaro la salubrità di un prodotto, attraverso una scala cromatica che indica il rapporto tra la qualità nutrizionale complessiva dell'alimento e il suo valore energetico, nonché la presenza all'interno del prodotto, in rapporto al rispettivo fabbisogno giornaliero, dei seguenti macronutrienti: proteine, carboidrati, zuccheri aggiunti, acidi grassi mono e polinsaturi e sali liberi.

Art. 8.

(Divieto di distribuzione automatica)

1. È vietata la somministrazione, effettuata mediante distributori automatici collocati in luoghi pubblici e nelle scuole pubbliche secondarie di primo e di secondo grado, di alimenti e bevande contenenti un elevato apporto totale di acidi grassi saturi, di acidi grassi trans, di zuccheri semplici aggiunti, di sodio, di nitriti, di nitrati e di altre sostanze in vario modo utilizzate, individuati ai sensi dell'articolo 6.

Art. 9.

(Divieto di pubblicità televisiva)

1. Nelle reti televisive pubbliche e private è vietata la pubblicità degli alimenti e

delle bevande sconsigliati, individuati ai sensi dell'articolo 6, nel corso di trasmissioni televisive rivolte ai minori e nelle fasce orarie destinate al consumo dei pasti.

Art. 10.

(Detraibilità delle spese per le attività sportive)

1. All'articolo 15, comma 1, lettera *i-quinquies*), del testo unico delle imposte sui redditi, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, le parole: « per un importo non superiore a 210 euro » sono sostituite dalle seguenti: « per un importo non superiore a 800 euro » e le parole: « , per i ragazzi di età compresa tra 5 e 18 anni, » sono soppresse.

Art. 11.

(Deducibilità dei costi per l'istituzione di impianti sportivi aziendali)

1. All'articolo 100 del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1, le parole: « volontariamente sostenute » sono soppresse;

b) dopo il comma 1 è inserito il seguente:

« *1-bis.* Le spese relative all'acquisto, alla costruzione e all'arredo di impianti sportivi aziendali nonché alla manutenzione ordinaria e straordinaria degli impianti stessi e delle relative strutture, messi a disposizione anche a titolo gratuito dei dipendenti, sono integralmente deducibili ».

2. All'articolo 5 del decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, dopo il comma 3 è inserito il seguente:

« *3-bis.* Le spese relative all'acquisto, alla costruzione e all'arredo di impianti sportivi aziendali nonché alla manutenzione ordinaria e straordinaria degli impianti stessi e delle relative strutture, messi

a disposizione anche a titolo gratuito dei dipendenti, sono integralmente deducibili ».

Art. 12.

(Modifica dell'aliquota dell'imposta sul valore aggiunto applicabile all'iscrizione alle attività sportive)

1. Alla tabella A, parte II-bis, allegata al decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633, è aggiunto, in fine, il seguente numero:

« 1-sexies) l'iscrizione annuale e l'abbonamento a palestre, associazioni sportive, piscine e altre strutture e impianti sportivi ».

Art. 13.

(Modifica dell'aliquota dell'imposta sul valore aggiunto applicabile agli alimenti e alle bevande sconsigliati)

1. Alla tabella B allegata al decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633, dopo la lettera c) è inserita la seguente:

« c-bis) alimenti e bevande contenenti un elevato apporto totale di acidi grassi saturi, di acidi grassi trans, di zuccheri semplici aggiunti, di sodio, di nitriti, di nitrati e di altre sostanze in vario modo utilizzate, individuati nelle linee guida predisposte dal Ministero della salute ».

Art. 14.

(Azioni di informazione)

1. Il Ministero della salute individua, promuove e coordina azioni di informazione e di educazione rivolte alla popolazione e finalizzate a sviluppare la conoscenza di un corretto stile di alimentazione e di nutrizione nonché a favorire la pratica dell'attività fisica e la lotta contro la sedentarietà, anche mediante le amministrazioni locali, gli istituti scolastici, le farmacie, i medici di medicina generale, i pediatri

di libera scelta e le reti socio-sanitarie di prossimità.

Art. 15.

(Copertura finanziaria)

1. Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge, pari a 20 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2024, comprensivi delle risorse del Fondo di cui all'articolo 4, si provvede a valere sulle risorse del Fondo sanitario nazionale che è incrementato in misura corrispondente.



19PDL0057810