



Disposizioni per la prevenzione e la cura dell'obesità A.C. 741, A.C. 1509

Dossier n° 118 - Elementi per la valutazione degli aspetti di legittimità costituzionale
10 giugno 2024

Informazioni sugli atti di riferimento

A.C.	741	1509
Titolo:	Disposizioni per la prevenzione e la cura dell'obesità	Disposizioni per la prevenzione e la cura dell'obesità e dello stato di sovrappeso
Iniziativa:	Parlamentare	Parlamentare
Numero di articoli:	11	15
Commissioni competenti:	XII Affari sociali	XII Affari sociali
Sede:	referente	referente
Stato dell'iter:	In corso di esame in Commissione	In corso di esame in Commissione

Contenuto

La proposta di legge in esame (A.C. 741) si pone l'obiettivo di adottare una **politica di prevenzione e di contrasto dell'obesità, per rispondere alle esigenze dei cittadini che soffrono di questa patologia o che sono a rischio di contrarla**: ad essa, adottata come testo base nella seduta del 19 dicembre 2023, è stata abbinata la pdl A.C. 1509.

Nel corso dell'esame in sede referente sono state approvate alcune modifiche al contenuto originario del provvedimento: qui di seguito si darà conto del contenuto del testo come risultante dalle modifiche approvate.

In Italia, in base ai dati ISTAT indicati dal Ministero della salute relativamente all'anno 2021, si è registrata nella popolazione adulta una quota di soggetti in sovrappeso pari al 36,1% (maschi 43,9%, femmine 28,8%) e di obesità dell'11,5% (maschi 12,3%, femmine 10,8%), con una tendenziale crescita dei dati ed una stima complessiva per tale anno di una popolazione di circa 4 milioni di persone adulte obese. La stima cresce se si considerano le problematiche legate all'obesità, considerato che in base ai dati del [4° Italian Barometer Obesity Report \(qui il link\)](#), presentato il 29 novembre 2022, in Italia sono 6 milioni le persone con problemi di sovrappeso ed obesità, vale a dire circa il 12 per cento della popolazione adulta.

Il quadro epidemiologico sull'**obesità infantile** delineato in base ai dati della ricerca coordinata per l'Italia dall'Istituto superiore di Sanità ISS- Epicentro, l'[Health Behaviour in School-aged Children](#) - Comportamenti collegati alla salute dei ragazzi di età scolare (HBSC) per il 2022, evidenzia che il 18,2% dei ragazzi di 11-17 anni è in sovrappeso, mentre il 4,4% risulta obeso, con dati crescenti rispetto alle precedenti rilevazioni. L'eccesso ponderale diminuisce lievemente con l'età, e risulta maggiore nei maschi e nelle regioni del Mezzogiorno.

Tra i comportamenti alimentari scorretti, permane l'abitudine di non consumare la colazione nei giorni di scuola, con percentuali maggiori nelle ragazze in tutte le fasce d'età. Inoltre, solo un terzo dei ragazzi consuma frutta o verdura almeno una volta al giorno, con valori migliori tra le ragazze e nelle fasce d'età più basse.

Le bibite zuccherate/gassate sono consumate più dai maschi in tutte le fasce d'età considerate, e almeno una volta al giorno per circa il 14% del campione, in media.

In particolare, l'eccesso ponderale nei 17enni è pari al 19,3% del campione (15,9% sovrappeso e 3,9% obesità, di cui maschi sovrappeso e obesi, rispettivamente, 19,8% e 3,9% e femmine, rispettivamente, 11,7% e 2,8%). L'attività fisica quotidiana è nettamente maggiore tra i maschi (7,1%, rispetto alle femmine 3%). Si rilevano anche quote del campione che dichiarano di passare molto tempo davanti agli schermi.

A livello mondiale, secondo le stime attuali - dato del 2020 - riferite ai 161 paesi presenti in "[The Economic Impact of Overweight & Obesity in 2020 and 2060](#)" (World Obesity Federation & RTI International, 2022) **quasi 1 miliardo di persone vive con l'obesità** (cioè una persona su sette), con una stima che prevede il numero di 1,9 miliardi di individui obesi entro il 2035 (quasi uno su quattro), di cui 1,5 miliardi adulti e quasi 400 milioni bambini (cioè 1 bambino su 5).

Il provvedimento, considerate le modifiche approvate in sede referente, si compone di **6 articoli**.

L'articolo 1 enuncia i **principi e le finalità** del progetto di legge, statuendo che esso detta i principi fondamentali in materia di **prevenzione e di cura dell'obesità**, al fine di garantire la tutela della salute **mediante la tempestiva presa in carico da parte di équipe multidisciplinari** (inciso aggiunto in sede referente) e il miglioramento delle condizioni di vita dei pazienti affetti da questa patologia (comma 1).

Viene poi stabilito (comma 2) che l'obesità, correlata ad altre patologie di interesse sociale, è una **malattia cronica, progressiva e recidivante** (tali ultime due qualificazioni sono state aggiunte in sede referente).

L'articolo 2 prevede che, al fine di garantire equità ed accesso alle cure, i soggetti affetti da obesità usufruiscono delle prestazioni contenute nei **livelli essenziali di assistenza** erogati dal Servizio sanitario nazionale.

In proposito si segnala che la legge di Bilancio 2022 (art. 1, comma 288, L. n. 234/2021) ha fissato uno stanziamento annuale pari a **200 milioni di euro** per l'**aggiornamento dei LEA** (livelli essenziali di assistenza di cui al [D.P.C.M 12 gennaio 2017, c.d. nuovi LEA](#)) a valere sulla quota indistinta del fabbisogno sanitario *standard* nazionale. Le malattie croniche, definite dall'OMS come patologie da cui derivano "problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni", causano condizioni al paziente che danno **diritto all'esenzione**, come individuate in base ai criteri dettati dal [Decreto legislativo 124/98](#) (gravità clinica, grado di invalidità e onerosità della quota di partecipazione derivante dal costo del relativo trattamento). Il nuovo elenco delle malattie o condizioni esenti e delle relative prestazioni alle quali si ha diritto si trova nell'[allegato 8](#) al DPCM (qui la [banca dati](#) per la ricerca).

Si ricorda che il **procedimento per l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza** è fissato dalla legge di stabilità 2016 (art. 1, commi 554 e 559, della [legge 208/2015](#)) con **procedure diverse a seconda delle ipotesi di aggiornamento**. Più precisamente: a) **aggiornamento dei LEA (inserimento nei LEA di nuovi servizi, attività e prestazioni) con incremento di oneri per la finanza pubblica** ai sensi del comma 554 della legge di stabilità 2016. Tale procedura, seguita per l'emanazione prevede: schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri; pre-concertazione tecnica con Ministero dell'Economia e delle Finanze; intesa con la Conferenza Stato-Regioni sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri; parere delle Commissioni parlamentari Camera e Senato; b) **aggiornamento dei LEA a parità di risorse per modifiche degli elenchi prestazionali ovvero per l'individuazione di misure intese ad incrementare l'appropriatezza dell'erogazione delle medesime prestazioni** ai sensi del **comma 559** della legge di stabilità 2016. Tale procedura prevede: schema di decreto del Ministro della salute; pre-concertazione tecnica con Ministero dell'Economia e delle Finanze; parere della Conferenza Stato-regioni sullo schema di decreto; parere delle Commissioni parlamentari competenti. L'organismo competente per l'aggiornamento dei LEA è la [Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale](#) istituita dal comma 556 della stabilità 2016. La Commissione è nominata e presieduta dal Ministro della salute, con la partecipazione delle Regioni, dell'Istituto superiore di sanità - ISS, dell'Agenzia italiana del farmaco - AIFA, del Ministero dell'economia e finanza e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali - Agenas.

L'articolo 3 prevede l'inserimento della patologia dell'obesità nel [Piano nazionale della cronicità](#) - PNC ai fini della sua prevenzione e cura (comma 1).

Tale Piano, contenuto nell'Accordo tra Stato-regioni del 15 settembre 2016, intende armonizzare a livello nazionale le attività e gli interventi, **a risorse disponibili e invariate** degli enti territoriali, inerenti l'**assistenza alla cronicità delle malattie riconosciute come croniche**, per garantirne durata e integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali, promuovendone l'unitarietà di approccio, orientato ai criteri di più efficiente organizzazione e universalità di tale assistenza centrata sulla persona. Le finalità sono il miglioramento della qualità della vita dei soggetti affetti, anche per alleggerire il carico familiare, intervenendo anche dal profilo della prevenzione ed assicurando **maggiore uniformità ed equità di accesso** dei destinatari. Inoltre, il PNC riconosce nelle sue premesse gli accordi collettivi riguardanti la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e i medici pediatri di libera scelta che prevedono specifici obiettivi di prevenzione e tutela dei soggetti con patologie croniche e della loro presa in carico globale, secondo protocolli e percorsi assistenziali definiti per MMG e PLS. In tale Piano si considera l'**obesità un fattore di rischio intermedio** per le altre principali patologie croniche, quali malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, oltre che malattie respiratorie croniche. Peraltro, il Piano riporta una stima dell'obesità/sovrappeso per oltre il 10% e fino al 20-30% della popolazione pediatrica.

A livello europeo, si segnala l'["Action Plan for prevention and control of non-communicable diseases 2012-2016"](#) dell'Organizzazione mondiale della sanità e il successivo ["Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020"](#) che riconoscono la primaria responsabilità degli Stati nell'affrontare le malattie croniche e l'importanza del ruolo della cooperazione per supportare gli sforzi dei singoli Stati al contrasto di tali malattie, con lo specifico **obiettivo di arrestare gradualmente il tasso di crescita dell'obesità**.

L'obiettivo parte dalla rilevazione dei dati per specifici indicatori, tra i quali: a) prevalenza di sovrappeso ed obesità negli adolescenti (definita secondo i riferimenti di crescita dell'OMS per bambini e adolescenti in età scolare) con il calcolo del sovrappeso come deviazione standard dell'indice di massa corporea per età e sesso; b) prevalenza standardizzata per età di sovrappeso e obesità in persone di età superiore ai 18 anni mediante misurazione della massa corporea; oltre ad indicatori aggiuntivi quali c) proporzione media, standardizzata per età, dell'apporto energetico totale da acidi grassi saturi nelle persone di età superiore ai 18 anni e d) prevalenza standardizzata di persone con più di 18 anni che consumano frutta e verdura per almeno 400gr al giorno; oltre a e) prevalenza, standardizzata per età, di colesterolo totale elevato tra le persone di età superiore ai 18 anni.

Si segnala peraltro che a febbraio 2023 è partita l'azione europea triennale "Joint Action for the implementation of best practices and research results on Healthy Lifestyle for the health promotion and prevention of non-communicable diseases and risk factors" (JA-Health4EUkids), dedicata all'attuazione delle buone pratiche e dei risultati della ricerca sugli stili di vita sani. Questa Joint Action (JA) ha come finalità generale la promozione della salute delle bambine e

dei bambini e la prevenzione delle malattie non trasmissibili e dei fattori di rischio, e fa parte delle undici previste dal [Programma europeo EU4Health](#) per il periodo 2021-2027 (qui l'[approfondimento dell'Istituto superiore di sanità](#)).

In particolare, Regioni e Province autonome sono tenute a predisporre, nell'ambito dei rispettivi **piani sanitari territoriali**, nel rispetto del Piano nazionale della cronicità, ogni idonea iniziativa diretta a fronteggiare la malattia cronica di interesse sociale dell'obesità (comma 2).

Più in dettaglio, ai sensi del comma 3, gli **interventi** devono essere così indirizzati:

- alla **prevenzione del sovrappeso e dell'obesità, in particolare infantile** (specificazione aggiunta in sede referente) e delle relative complicanze, nonché al miglioramento della cura delle persone con obesità (lettera a);
- al **sostegno e alla promozione dell'allattamento al seno quale nutrimento necessario a prevenire l'obesità infantile, sostenendone la continuità fino almeno ai sei mesi di età, come indicato dall'Organizzazione mondiale della sanità, anche nei luoghi di lavoro e negli asili nido, e favorendo la formazione dei professionisti sanitari nell'ambito degli indirizzi definiti dalla Commissione nazionale per la formazione continua di cui all'articolo 16-ter, comma 2, del [D.lgs n. 502/1992](#)** (lettera b), inserita in sede referente);
- alla **responsabilizzazione dei genitori nella scelta di un'alimentazione equilibrata per i propri figli e sull'importanza di limitare il consumo giornaliero di alimenti e di bevande con un elevato apporto energetico e con scarse qualità nutrizionali (lettera c) inserita in sede referente)**;
- ad **agevolare l'inserimento delle persone con obesità** nelle attività scolastiche, lavorative e sportivo-ricreative (lettera d);
- alla promozione delle attività sportive e della **conoscenza delle principali regole alimentari** nelle scuole primaria e secondaria di primo e di secondo grado finalizzate a migliorare lo stile di vita degli studenti (lettera e);
- a promuovere, nel rispetto dell'autonomia delle predette istituzioni scolastiche, **iniziative didattiche extracurricolari** per lo svolgimento di attività sportive, **ed iniziative volte a rendere consapevoli le studentesse e gli studenti sull'importanza** di un corretto stile di vita (lettera f), così modificata in sede referente);

Sulla questione dell'obesità infantile si segnala il quadro elaborato dall'Istituto superiore di sanità già nel 2014, relativamente al tema "[Terapie educative dell'obesità e del sovrappeso in età evolutiva](#)" con lo scopo di fornire gli elementi di base di epidemiologia e strategie terapeutiche, descrivendo le principali determinanti di salute e le strategie di prevenzione. Più in generale, il Ministero della salute opera a livello centrale non solo **azioni di monitoraggio sull'obesità della popolazione**, ma anche interventi relativi all'educazione e alle corrette informazioni su stili di vita attivi, in quanto tale patologia è considerata come concausa di malattie croniche quali il diabete mellito di tipo 2, l'ipertensione arteriosa, la cardiopatia ischemica e altre condizioni aggravanti la salute destinate a peggiorare la qualità e la durata di vita, oltre ad essere un riconosciuto fattore di rischio per lo sviluppo di tumori. L'obesità infantile, in particolare, comporta rischi di diabete di tipo 2, asma, problemi muscolo-scheletrici, potenziali problemi cardiovascolari, nonché di carattere psicologico e sociale, come evidenziato anche nel **Piano Nazionale della Prevenzione [PNP 2020-2025](#)**.

Con riferimento ai sistemi di sorveglianza e monitoraggio, si segnala l'attivazione dal 2007 del sistema [OKkio alla Salute](#) volto a **monitorare l'evoluzione dell'obesità infantile** e a valutare gli interventi di promozione della salute a livello regionale e locale. Con il [DPCM 12 maggio 2017](#) relativo ai sistemi di sorveglianza nazionali ([All. A](#)), OKkio alla Salute è stato elencato tra quelli di rilevanza nazionale con centri di riferimento regionali, istituiti presso L'ISS – l'Istituto Superiore di Sanità, con la promozione del Ministero della Salute ed il coordinamento del Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della Salute, CNAPPS. Tale sistema di sorveglianza permette di **monitorare lo stato ponderale dei bambini in ciascuna regione italiana**, analizzando stili di vita e contesti familiari e scolastici di riferimento (circa 50.000 bambini ad ogni raccolta). La raccolta dati del 2019 evidenzia che tra i bambini della III classe della scuola primaria (8-9 anni), misurati con strumenti standardizzati da personale addestrato, era in sovrappeso il 20,4% e obesi il 9,4% (utilizzando i [valori soglia dell'International Obesity Task Force, IOTF, qui la tabella](#)). Il sistema consente in tal modo di partecipare all'iniziativa della Regione europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) [Childhood Obesity Surveillance Initiative – COSI](#). Dalle ultime rilevazioni, l'Italia risulta tra le nazioni con i valori più elevati di eccesso ponderale nei bambini rispetto ai valori soglia, insieme ad altri Paesi dell'area mediterranea.

Un ulteriore **sistema di controllo** si basa sui dati della [sorveglianza PASSI](#), coordinata dall'ISS, sulla popolazione adulta tra 18 e 69 anni, aggiornati al 2020-2021: in proposito, oltre 4 adulti su 10 sono in eccesso ponderale e oltre 1 adulto su 10 è obeso. L'essere in eccesso ponderale è una caratteristica più frequente al crescere dell'età fra gli uomini rispetto alle donne, e fra le persone con difficoltà economiche e le persone con un basso livello di istruzione. Inoltre, i dati del sistema di sorveglianza PASSI d'Argento, orientato alla popolazione con più di 65 anni, relativamente al quadriennio 2017-2020 e in base a peso e altezza, portano a stimare che la maggior parte degli ultra 65enni (58,1%) sia in eccesso ponderale (43,9% in sovrappeso e 14,2% obeso).

- alla diffusione, mediante **campagne di informazione permanenti**, tramite i *mass media* e reti di prossimità, in collaborazione con gli enti locali, le farmacie, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, di determinate regole ("semplici ed efficaci") per un corretto stile di vita (lettera g);
- all'educazione sulla **corretta profilassi dell'obesità e del sovrappeso** (lettera h);

In proposito si segnala che è stata istituita la Giornata Mondiale dell'Obesità (World Obesity Day), a partire dal 2015, ad opera della [World Obesity Federation](#), il 4 marzo di ogni anno, in tutto il mondo, con lo scopo di sensibilizzare cittadini e istituzioni alla prevenzione dell'obesità, senza discriminazioni, pregiudizi ovvero l'uso di un linguaggio stereotipato e stigmatizzante sulle persone che vivono con questa patologia.

A febbraio 2023 è inoltre partita l'azione europea triennale "Joint Action for the implementation of best practices and research results on Healthy Lifestyle for the health promotion and prevention of non-communicable diseases and risk factors" (JA-Health4EUkids), dedicata all'attuazione delle buone pratiche e dei risultati della ricerca sugli stili di vita sani. Questa Joint Action (JA) ha come finalità generale la promozione della salute delle bambine e dei bambini e la prevenzione delle malattie non trasmissibili e dei fattori di rischio, e fa parte delle undici previste dal [Programma europeo EU4Health](#) per il periodo 2021-2027. Obiettivi specifici di "Health4EUkids" sono: 1) rilevare i requisiti e i prerequisiti per l'attuazione delle buone pratiche proposte; 2) rafforzare un approccio cooperativo nell'affrontare il problema dell'obesità infantile, facilitando lo scambio di conoscenze e la capacità di apprendimento tra gli Stati partecipanti; 3) selezionare e implementare azioni secondo le buone pratiche *Grunau moves* e *Smart family* per promuovere la salute e contrastare l'obesità infantile e in età scolare; 4) migliorare la pianificazione e lo sviluppo delle politiche per affrontare l'obesità infantile negli Stati membri a livello europeo, nazionale, regionale e locale; 5) facilitare la trasferibilità e la sostenibilità delle buone pratiche negli Stati membri.

- alla **formazione e aggiornamento in materia di obesità e 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 (lettera i);
- 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 (lettera l);
- alla garanzia del pieno accesso alle cure e ai trattamenti nutrizionali, farmaceutici e chirurgici (lettera m);

Sulla formazione ed assistenza sanitaria per la prevenzione ed il contrasto del sovrappeso e dell'obesità si vedano in particolare le [linee guida del Ministero della salute](#) elaborate nel 2017 in cui si affronta anche il tema dei **parametri per stabilire quando è opportuno intervenire con la chirurgia bariatrica**, vale a dire specifiche operazioni chirurgiche volte specificamente alla riduzione del peso e ai controlli successivi relativi ai rischi di un successivo nuovo aumento ponderale.

Ai sensi dell'**articolo 4**, poi, è prevista l'istituzione dell'**Osservatorio per lo studio dell'obesità** (acronimo: OSO), presso il Ministero della salute (**comma 1**). Si prevede che l'OSO sia composto da tre funzionari nominati con decreto del Ministro della salute, con compiti di monitoraggio, studio e diffusione degli stili di vita della popolazione italiana, operando con strutture, mezzi e personale in dotazione al Ministero della salute, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica (**comma 2**).

Il Ministro della salute, con proprio decreto, è chiamato a **definire annualmente gli obiettivi dell'OSO**, stabilendo la presentazione annuale alle Camere, da parte dello stesso, di una **relazione aggiornata sui dati epidemiologici e diagnostico-terapeutici** acquisiti dall'Osservatorio e sulle nuove conoscenze scientifiche in tema di obesità (**commi 3 e 4**).

Nel corso dell'esame referente sono stati soppressi gli **articoli 5 (Tessera per l'assistenza), 6 (Detrazioni delle spese per attività sportive), 7 (Deducibilità dei costi per l'istituzione di impianti sportivi aziendali), 8 (Modifica dell'aliquota dell'imposta sul valore aggiunto applicabile all'iscrizione alle attività sportive), 9 (Modifica dell'aliquota dell'imposta sul valore aggiunto applicabile ad alimenti e bevande contenenti sostanze dannose) e 10 (Divieto di somministrazione mediante distributori automatici di alimenti e bevande contenenti sostanze dannose)**.

L'**articolo 5** attribuisce al **Ministero della salute il compito di individuare, promuovere e coordinare azioni di informazione, sensibilizzazione e di educazione** rivolte alla popolazione e finalizzate a sviluppare la conoscenza di un corretto stile di alimentazione e di nutrizione, oltre 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.

L'**articolo 6** (inserito in sede referente) prevede la **clausola di invarianza finanziaria**, disponendo che le amministrazioni interessate provvedono all'attuazione della presente legge con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Relazioni allegata o richieste

Si tratta di una proposta di legge di iniziativa parlamentare corredata della relazione illustrativa.

Rispetto delle competenze legislative costituzionalmente definite

La proposta di legge in esame detta i principi fondamentali in materia di **prevenzione e di cura dell'obesità** e dei **disturbi dell'alimentazione**, al fine di garantire la tutela della salute ed il miglioramento delle condizioni di vita dei pazienti affetti da questa patologia; essa inoltre prevede che l'assistenza ai soggetti affetti da obesità rientri nei **livelli essenziali di assistenza** per garantire equità ed accesso alle cure .

La materia trattata pertanto attiene sia all'ambito della **determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali**, oggetto di potestà legislativa **esclusiva** dello Stato (articolo 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione) che alla **tutela della salute**, oggetto di potestà legislativa **concorrente** (articolo 117, terzo comma, della Costituzione).

Con riferimento alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni, la Corte costituzionale ha sottolineato che la competenza statale concerne la fissazione del livello strutturale e qualitativo delle prestazioni medesime e solo in circostanze eccezionali può spingersi alla diretta erogazione di provvidenze o gestione di sovvenzioni (sentenza n. 192/2017). La determinazione degli standard, in particolare, deve essere garantita, con carattere di generalità, "per assicurare a tutti, sull'intero territorio nazionale, il godimento di determinate prestazioni, senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle" (sentenza n. 231/2017). La Corte ha affrontato anche il tema della partecipazione delle regioni alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (in ambito sanitario LEA), affermando, con la sentenza n. 88 del 2003, la necessaria partecipazione degli enti territoriali all'individuazione di tali livelli. Successivamente, la sentenza n. 134 del 2006 ha ribadito che lo Stato non può disciplinare i livelli essenziali in violazione del principio di leale collaborazione, sostituendo all'intesa un mero parere della Conferenza Stato-regioni. Per quanto riguarda i LEA aggiuntivi rispetto a quelli fissati a livello nazionale, la giurisprudenza costituzionale ne ha ammesso l'implementazione da parte regionale, purché essi non siano in contrasto con il principio di contenimento della spesa pubblica sanitaria quale principio di coordinamento della finanza pubblica.

In materia di tutela della salute la Corte Costituzionale si è adoperata per distinguere le norme espressione di principi fondamentali dalle norme di dettaglio, attribuendo le prime alla competenza statale e le seconde alla competenza regionale. In tal senso, la sentenza n. 181 del 2006 sottolinea come alla norma statale spetti di prescrivere criteri ed obiettivi, mentre a quella regionale di individuare gli strumenti concreti per raggiungere quegli stessi obiettivi.

Ciò premesso, si valuti l'opportunità di prevedere che l'inserimento dell'obesità nel piano nazionale delle cronicità avvenga con una procedura che consenta il coinvolgimento delle regioni e delle province autonome (attraverso l'intesa o, come avvenuto per l'adozione del medesimo piano, l'accordo).

Cost118	Servizio Studi Dipartimento Istituzioni	st_istituzioni@camera.it - 066760-3855	✕ CD_istituzioni
	Servizio Studi Dipartimento Affari Sociali	st_affarisociali@camera.it - 066760-3266	✕ CD_sociale