

CAMERA DEI DEPUTATI

N. 741

PROPOSTA DI LEGGE

d’iniziativa del deputato PELLA

Disposizioni per la prevenzione e la cura dell’obesità

Presentata il 28 dicembre 2022

ONOREVOLI COLLEGHI! – L’obesità rappresenta oggi un problema relevantissimo di salute pubblica e di spesa per i servizi sanitari nazionali, spesa che diverrà insostenibile se non saranno adottate politiche di prevenzione adeguate, nonché programmi di gestione della malattia in grado di affrontare il peso delle comorbidità, intendendosi per tali la sovrapposizione e l’influenza reciproca di più patologie in uno stesso soggetto. Nel caso dell’obesità, la comorbidità più frequente è rappresentata dal diabete mellito di tipo 2, che trova nell’obesità uno dei principali fattori eziologici, unitamente ad altre importanti comorbidità quali l’ipertensione, la dislipidemia, le malattie cardio e cerebrovascolari, i tumori, le disabilità, le malattie neurodegenerative, le malattie respiratorie e le malattie articolari.

L’obesità è una malattia caratterizzata da un aumento del peso. Il peso di un individuo, in base al grado, lo classifica come in sovrappeso, obeso o francamente

obeso (indice di massa corporea – BMI maggiore di 30); l’obesità si manifesta a causa di uno squilibrio tra l’introito calorico (assunzione di cibo) e la spesa energetica (metabolismo basale, attività fisica e termogenesi), con conseguente accumulo dell’eccesso di calorie in forma di trigliceridi nel tessuto adiposo. L’eccessivo accumulo di grasso corporeo, quando anomalo ed eccessivo, può avere effetti negativi sulla salute, con la conseguente riduzione dell’aspettativa di vita; in particolare, il sovrappeso e l’obesità sono tra i maggiori fattori di rischio per la salute; essi sono causa di disabilità fisica e di ridotta capacità lavorativa, e predispongono all’insorgenza di numerose altre patologie croniche, le più importanti delle quali sono le malattie cardiovascolari e metaboliche e il cancro. Tale condizione patologica, purtroppo, è in costante incremento e ha raggiunto un carattere epidemico in numerosi Paesi; oltre alle innegabili cause organiche (ipotiroidismo, ereditarietà e altro), l’obesità ha origine

principalmente in fattori alimentari (abitudini alimentari contraddistinte da un consumo di cibi altamente energetici) e comportamentali (sedentarietà). L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) aveva riconosciuto l'obesità come un'epidemia globale già nel 1997. Secondo uno studio della *NCD-Risk Factor Collaboration*, condotto da scienziati dell'*Imperial College London* e pubblicato dalla rivista medica *The Lancet* (che ha coinvolto l'OMS e più di 700 ricercatori in tutto il mondo), dal 1975 al 2014, la prevalenza di obesità si è triplicata negli uomini ed è più che raddoppiata nelle donne, secondo un *trend* di stima che, se rimanesse invariato, porterebbe, nel 2025, un abitante su cinque a essere obeso.

L'OMS stima che, al 2016, oltre 1,9 miliardi di adulti di età pari o superiore a diciotto anni erano in sovrappeso (il 39 per cento degli uomini e il 40 per cento delle donne), di cui oltre 650 milioni erano obesi. Nel complesso, circa il 13 per cento della popolazione adulta mondiale, pari all'11 per cento degli uomini e al 15 per cento delle donne, era obesa nel 2016.

Un tempo questo problema era ritenuto appartenente ai Paesi ad alto reddito, mentre oggi il sovrappeso e l'obesità sono in aumento anche nei Paesi a basso e medio reddito, in particolare negli ambienti urbani. In Africa, il numero di bambini in sovrappeso sotto i cinque anni è aumentato quasi del 24 per cento dal 2000. Quasi la metà dei bambini sotto i cinque anni che erano in sovrappeso o obesi nel 2019 viveva in Asia. Nel 2019, si stima che 38,2 milioni di bambini di età inferiore a cinque anni fossero in sovrappeso o obesi. La prevalenza di sovrappeso e obesità tra i bambini e gli adolescenti di età compresa tra cinque e diciannove anni è aumentata drammaticamente, dal 4 per cento nel 1975 a poco più del 18 per cento nel 2016. L'aumento si è verificato in modo simile sia tra i ragazzi che tra le ragazze: nel 2016 il 18 per cento delle ragazze e il 19 per cento dei ragazzi erano in sovrappeso. Mentre nel 1975 poco meno dell'1 per cento dei bambini e degli adolescenti di età compresa tra cinque e diciannove anni erano obesi, nel 2016 sono più di 124 milioni i bambini e gli adole-

scenti obesi (il 6 per cento delle ragazze e l'8 per cento dei ragazzi). Il sovrappeso e l'obesità determinano un numero maggiore di morti nel mondo rispetto al sottopeso. A livello globale ci sono più persone obese che sottopeso; tale fenomeno si registra in ogni regione, tranne in alcune aree dell'Africa *sub-sahariana* e dell'Asia.

In Italia, secondo l'*Italian barometer obesity report 2022* (documento pubblicato annualmente dalla *Italian barometer diabetes observatory foundation*, in collaborazione con l'Istituto nazionale di statistica, con la finalità di avviare un confronto clinico, epidemiologico, economico, politico e sanitario sulle problematiche connesse all'obesità), si evidenzia, in particolare, che:

oltre 23 milioni di persone sono in eccesso di peso, pari al 46 per cento della popolazione adulta (maggiori di diciotto anni), di cui oltre 17 milioni in sovrappeso (34,2 per cento) e quasi 6 milioni (12 per cento) in condizione di obesità e grave obesità. Tra i bambini e gli adolescenti (da tre a diciassette anni) ci sono circa 2,2 milioni in eccesso di peso, pari al 26,3 per cento della popolazione;

vi sono diseguaglianze territoriali nel gradiente Nord-Sud/Isole nella popolazione adulta (maggiori di diciotto anni) che indicano una prevalenza pari al 10,5 per cento del Nord-Ovest, al 12,2 per cento del Nord-Est, al 10,5 per cento del Centro, al 14 per cento del Sud e al 13,6 per cento delle Isole;

tra i bambini e gli adolescenti (da tre a diciassette anni) tale divario e le prevalenze tendono notevolmente ad aumentare fino al 18,9 per cento del Nord-Ovest, al 22,1 per cento del Nord-Est, al 22 per cento del Centro, al 31,9 per cento del Sud e al 26,1 per cento delle Isole, ponendo l'Italia tra le prime nazioni a livello europeo per prevalenza di obesità in questa fascia di età;

19,667 milioni di persone, pari al 33,7 per cento della popolazione di età maggiore a 3 anni, dichiarano di non praticare né sport né attività fisica nel tempo libero, con marcate differenze di genere: la sedentarietà riguarda il 36,9 per cento delle donne e il 30,3 per cento degli uomini;

il sovrappeso e l'obesità affliggono principalmente le categorie sociali svantaggiate, con minori reddito e livello di istruzione e maggiori difficoltà nell'accesso alle cure;

l'obesità riflette e si accompagna dunque alle disuguaglianze, innestandosi in un vero e proprio circolo vizioso che coinvolge gli individui che vivono in condizioni disagiate, i quali devono fare fronte a limitazioni strutturali, sociali, organizzative e finanziarie che rendono difficile compiere scelte adeguate per la propria alimentazione e l'attività fisica;

nel nostro Paese tra gli adulti con un titolo di studio medio-alto la percentuale degli obesi è pari circa al 5 per cento (per le persone laureate è pari al 4,6 per cento, per i diplomati è del 5,8 per cento), mentre tale percentuale triplica con riguardo alle persone che hanno conseguito la sola licenza elementare (15,8 per cento).

Inoltre, come rilevato dalla *World Obesity Federation*, lo stigma sull'obesità, ossia la disapprovazione sociale con riferimento ai comportamenti e agli atteggiamenti negativi verso le persone basati unicamente sul loro peso, è una delle cause che, attraverso stereotipi, linguaggi e immagini inadatte, finisce per ritrarre l'obesità in modo impreciso e negativo. Esistono dati a livello globale di discriminazione basata sul peso in molte fasi della vita lavorativa, come nell'orientamento professionale, nei colloqui e nelle procedure di selezione, nelle disparità salariali, negli avanzamenti di carriera, in azioni disciplinari più severe e in un più elevato numero di licenziamenti. Il bullismo sui giovani con obesità è altresì uno dei fattori presenti nell'ambiente scolastico.

Il raggiungimento degli obiettivi di salute pubblica, che necessitano di strategie in grado di facilitare l'attuazione di comportamenti salutari, in termini sia di alimentazione, sia di promozione dell'attività fisica, si può conseguire solo attraverso adeguate politiche di prevenzione non disgiunte da una programmazione appropriata di gestione della malattia, per evitare o contenere le comorbidità. Uno stile di vita sedentario, accompagnato da un'assunzione non appropriata di alimenti, come

spesso accade nella nostra società, può determinare l'insorgere di diversi stati patologici, compresa l'obesità. Al contrario un'alimentazione equilibrata, unitamente a un buon livello di attività fisica, a ogni età, contribuisce al benessere psicologico oltre che fisico.

In Italia i costi legati alla cura dell'obesità e delle patologie a essa correlate sono altissimi, con un *trend* in costante crescita che rischia di mettere a dura prova la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale. La prevenzione appare, al momento, la strategia più opportuna da adottare per ridurre l'insorgenza di nuovi casi di obesità e delle patologie ad essa correlate. Occorrerebbe, quindi, promuovere adeguate campagne di sensibilizzazione rivolte sia agli operatori sanitari, e in particolare ai medici di medicina generale, sia ai cittadini, nelle diverse fasce di età, incentrate sulla divulgazione dei fattori di rischio legati all'obesità e sui comportamenti da adottare attraverso corretti stili di vita e percorsi di educazione alimentare, soprattutto nelle scuole di ogni ordine e grado. La partecipazione a giochi o ad altre attività fisiche o sportive contribuisce a prevenire l'insorgere di numerose patologie e, quindi, concorre al contrasto dell'obesità. L'adozione di politiche mirate allo sviluppo dell'attività fisica, infine, potrebbe riguardare anche i luoghi di lavoro che sono, oggi, diventati i luoghi in cui i lavoratori « sostano » per la maggior parte del tempo. L'esercizio fisico svolto dai lavoratori, dentro e fuori il luogo di lavoro, come hanno documentato molte ricerche, determina un aumento della produttività delle imprese e una diminuzione della spesa sanitaria. Sarebbe, pertanto, auspicabile promuovere una politica che consenta anche ai datori di lavoro di procedere all'ammodernamento degli ambiti lavorativi, in modo da poterli dotare, come nel caso degli asili nido aziendali, di opportuni spazi attrezzati per lo svolgimento di attività fisica secondo i criteri del *welfare* aziendale.

In Italia è attivo dal 2007 il sistema di sorveglianza nazionale « 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 le regioni e il Ministero dell'istruzione. Con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 3 marzo 2017, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 109 del 12 maggio 2017, « OKkio alla Salute » è stato inserito tra i sistemi di sorveglianza di rilevanza nazionale e regionale, istituiti presso l'ISS.

Tramite questo programma di sorveglianza l'Italia partecipa da sempre all'iniziativa della regione europea dell'OMS *Childhood Obesity Surveillance Initiative* – COSI, risultando, anche nell'ultima rilevazione, tra le nazioni con i valori più elevati di eccesso ponderale nei bambini insieme ad altri Paesi dell'area mediterranea.

Nella XVIII legislatura, la Camera dei deputati ha approvato all'unanimità, il 13 novembre 2019, la mozione 1/00082 concernente iniziative per la prevenzione e la cura dell'obesità che impegnava il Governo ad agire in maniera concreta sull'obesità, attraverso la prevenzione, l'informazione e l'accesso alle cure e ai trattamenti.

Il Ministero della salute ha pubblicato le « Linee di indirizzo per la prevenzione e il contrasto del sovrappeso e dell'obesità », elaborate dai componenti del Tavolo di lavoro per la prevenzione ed il contrasto del sovrappeso e dell'obesità del medesimo Ministero che sono state approvate dalla Conferenza permanente per i rapporti tra

lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano il 27 luglio 2022.

La proposta di legge in oggetto si pone, quindi, 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. In particolare, gli articoli da 1 a 3 delineano le strategie per la prevenzione dell'obesità, sia dal punto di vista sanitario che sociale, attraverso il piano nazionale che individua i diversi settori d'intervento quali, ad esempio, l'ampliamento dell'insegnamento dell'educazione fisica nelle scuole a partire dalle scuole dell'infanzia e primaria. Gli articoli 4 e 5 istituiscono l'Osservatorio per lo studio dell'obesità e la tessera per l'assistenza al cittadino obeso. Detti strumenti hanno la finalità di migliorare la vita delle persone affette da obesità. I successivi articoli da 6 a 9 diminuiscono l'imposizione fiscale a carico delle attività sportive e degli impianti sportivi, anche aziendali, e introducono maggiori oneri fiscali sugli alimenti e sulle bevande ricchi di sostanze dannose per la salute. L'articolo 10 disciplina la distribuzione automatica degli alimenti e delle bevande contenenti sostanze dannose alla salute, vietandone la vendita. Infine, l'articolo 11 dispone che il Ministro della salute promuova e coordini le azioni di informazione rivolte ai cittadini riguardo a un corretto stile di vita e di alimentazione, anche con la collaborazione delle strutture territoriali, delle amministrazioni comunali, della medicina territoriale di base e delle farmacie, quali presidi di prossimità.

PROPOSTA DI LEGGE

Art. 1.

(Principi e finalità)

1. La presente legge 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 e il miglioramento delle condizioni di vita dei pazienti affetti da obesità.

2. L'obesità, correlata ad altre patologie di interesse sociale, è una malattia cronica di interesse sociale.

Art. 2.

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

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.

Art. 3.

(Inserimento dell'obesità nel Piano nazionale della cronicità)

1. Ai fini della prevenzione e della cura, 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 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.

3. Gli interventi di cui ai commi 1 e 2 sono rivolti:

a) alla prevenzione dell'obesità e delle relative complicanze, nonché al migliora-

mento della cura delle persone con obesità;

b) ad agevolare l'inserimento delle persone con obesità nelle attività scolastiche, lavorative e sportivo-ricreative;

c) 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;

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

e) 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;

f) all'educazione sulla corretta profilassi dell'obesità;

g) alla formazione e aggiornamento sul tema 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;

h) 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;

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

Art. 4.

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

1. È istituito, presso il Ministero della salute, l'Osservatorio per lo studio dell'obesità (OSO).

2. L'OSO, composto da tre funzionari nominati con decreto del Ministro della salute, ha compiti di monitoraggio, studio e diffusione degli stili di vita della popolazione italiana e 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, con proprio decreto, definisce annualmente gli obiettivi dell'OSO.

4. Il Ministro della salute presenta annualmente alle Camere una relazione aggiornata sui dati epidemiologici e diagnostico-terapeutici acquisiti dall'OSO e sulle nuove conoscenze scientifiche in tema di obesità.

Art. 5.

(Tessera per l'assistenza)

1. Ogni cittadino affetto da obesità è munito di una tessera personale che, sulla base di una certificazione del medico curante, attesta l'esistenza della malattia.

2. I cittadini muniti della tessera di cui al comma 1 hanno diritto, dietro presentazione della relativa prescrizione medica, alla fornitura gratuita dei presidi diagnostici e terapeutici correlati all'obesità e alle relative complicanze accertate.

3. 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. 6.

(Detrazioni delle spese per attività sportive)

1. All'articolo 15, comma 1, lettera *i-quinquies*), del testo unico delle imposte sui redditi, di cui al decreto del Presi-

dente 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. 7.

(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. 8.

(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. 9.

(Modifica dell'aliquota dell'imposta sul valore aggiunto applicabile ad alimenti e bevande contenenti sostanze dannose)

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 in un elenco predisposto dal Ministero della salute ».

Art. 10.

(Divieto di somministrazione mediante distributori automatici di alimenti e bevande contenenti sostanze dannose)

1. È vietata la somministrazione, effettuata mediante distributori automatici collocati in luoghi pubblici, 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, individuate ai sensi del comma 2.

2. Il Ministero della salute predispone, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, un elenco delle sostanze considerate dannose di cui al comma 1 e ne stabilisce le quantità massime consentite negli alimenti e nelle bevande.

Art. 11.

(Informazione)

1. Il Ministero della salute individua, promuove e coordina azioni di informa-

zione 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.

PAGINA BIANCA



19PDL0018030