
XIX LEGISLATURA

Doc. **XVII-bis**
n. 3

**DOCUMENTO APPROVATO
DALLA COMMISSIONE PARLAMENTARE
PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA**

nella seduta del 2 aprile 2025

A CONCLUSIONE DELL'INDAGINE CONOSCITIVA

deliberata nella seduta del 18 ottobre 2023

**SUI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE IN ETÀ INFANTILE E
ADOLESCENZIALE E SULLE STRATEGIE DI PREVENZIONE**

(Articolo 144, comma 3, del Regolamento della Camera dei deputati)

Trasmesso alle Presidenze il 3 aprile 2025

PAGINA BIANCA

Indagine conoscitiva sui disturbi dell'alimentazione in età infantile e adolescenziale e sulle strategie di prevenzione.

DOCUMENTO CONCLUSIVO APPROVATO DALLA COMMISSIONE

INDICE

<i>Obiettivo dell'indagine</i>	<i>Pag.</i>	5
1. I disturbi dell'alimentazione in età infantile e adolescenziale	»	6
2. I dati a disposizione della Commissione	»	11
3. L'importanza dell'educazione alimentare	»	13
4. Le risorse a disposizione	»	20
5. Le strategie di prevenzione	»	26
6. L'utilizzo dell'intelligenza artificiale nel contrasto dei disturbi alimentari	»	36
7. Conclusioni	»	40

PAGINA BIANCA

Obiettivo dell'indagine

La Commissione parlamentare per l'infanzia e l'adolescenza ha deliberato, nella seduta del 18 ottobre 2023, lo svolgimento di cinque indagini conoscitive, di cui una relativa ai disturbi dell'alimentazione in età infantile e adolescenziale e sulle strategie di prevenzione, con *focus* sull'obesità, il cui termine di conclusione, fissato inizialmente al 30 giugno 2024, è stato prorogato al 31 luglio 2025 per permettere alla Commissione di concludere il ciclo di audizioni previste. Si è scelto di concentrarsi sul tema dell'obesità, visto che la Commissione ha deliberato anche un'indagine sulla fragilità emotiva e psicologica dei più giovani con *focus* sul disordine alimentare, nella quale potranno essere approfonditi altri disturbi.

Obiettivo dell'indagine è stato l'approfondimento dell'impatto e delle conseguenze negative di una errata alimentazione sullo sviluppo psico-fisico dei minori al fine di prevenirne la diffusione, proponendo nel contempo idonei strumenti atti a diffondere, soprattutto nei contesti scolastici e sportivo-ricreativi, il concetto di sana ed equilibrata alimentazione.

Negli ultimi quattro decenni, infatti, il numero di bambini e adolescenti con obesità è aumentato a livello mondiale di oltre dieci volte. Negli ultimi 40 anni, il tasso di obesità infantile e adolescenziale è cresciuto da 5 a 50 milioni nel sesso femminile e da 6 a 74 milioni nel sesso maschile (*Nature Metabolism* 2020). In totale si contano circa 120 milioni di bambini e adolescenti obesi nel mondo, stando ai dati dell'Organizzazione mondiale della sanità.

L'Italia è purtroppo uno dei Paesi europei con il più alto tasso di prevalenza di obesità infantile, preceduta solo da Cipro, Spagna e Grecia. Inoltre, la pandemia da Covid non ha fatto che peggiorare la situazione, a causa della sospensione delle attività sportive e del maggior consumo di alimenti calorici. Secondo una *survey* ministeriale realizzata nel 2020, è emerso che ad aver « mangiato peggio », ossia di più e cibi meno sani, sono stati proprio i bambini e gli adolescenti di età compresa tra 12 e 18 anni.

I disturbi della nutrizione costituiscono un problema di sanità pubblica di primaria importanza, sia per la loro diffusione che per la precoce insorgenza in età evolutiva e per la complessa eziologia, se si considera che il 40 per cento dei bambini obesi diventeranno adolescenti obesi e che l'80 per cento degli adolescenti obesi saranno adulti obesi, con il rischio annesso di sviluppare patologie cardiovascolari, metaboliche, neurodegenerative ed oncologiche.

La Commissione ha inteso preliminarmente verificare le modalità di attuazione di una serie di politiche specifiche per ridurre i livelli di obesità e sovrappeso, sia a livello nazionale che europeo, suggerite dall'OMS nel Rapporto 2022, come: l'attuazione di interventi fiscali; restrizioni alla commercializzazione di alimenti malsani per i bambini; miglioramento dell'accesso ai servizi di gestione dell'obesità e del sovrappeso nell'assistenza sanitaria di base.

La Commissione si è anche posta l'obiettivo del contrasto all'aumento dell'obesità nei bambini e negli adolescenti attraverso innovative metodiche di diffusione di uno stile di vita corretto e di consapevolezza dell'importanza di una dieta equilibrata e sana, basata sui principi della dieta mediterranea. È stato inoltre evidenziato il legame tra dieta

corretta e sostenibilità ambientale, sottolineando l'importanza per la salute del pianeta di scelte alimentari responsabili.

In tale prospettiva, sono stati coinvolti tutti i soggetti che a vario titolo si occupano delle tematiche trattate, procedendo all'ascolto sia di soggetti istituzionali competenti in materia sia di pediatri, professori universitari in materie di gastroenterologia, endocrinologia, alimentazione e nutrizione e scienze dietetiche.

Complessivamente, sono state svolte, dall'8 novembre 2023 al 4 marzo 2025, 9 sedute, che hanno coinvolto 10 esperti della materia e 3 rappresentanti delle istituzioni.

Sulla base delle indicazioni raccolte, la Commissione, a conclusione dell'indagine, intende offrire con il presente documento un quadro delle evidenze emerse, fornendo nel contempo spunti di riflessione per l'individuazione di strategie di prevenzione dei disturbi dell'alimentazione in età infantile e adolescenziale, nonché per l'individuazione di possibili strumenti normativi, amministrativi e operativi – comprese campagne destinate agli adolescenti tramite i *social media* – per prevenirne l'insorgenza e le conseguenze nelle fasi successive della vita.

Data la sua natura, il documento in esame non può né intende fornire alcuna indicazione di tipo medico-sanitario. Le informazioni in esso contenute non possono comunque considerarsi esaustive rispetto all'ampia tematica trattata.

1. I disturbi dell'alimentazione in età infantile e adolescenziale.

Ai sensi dell'articolo 24 della Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, «Gli Stati parte riconoscono il diritto del minore di godere del miglior stato di salute possibile», dove il concetto di salute è inteso, così come declinato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), non soltanto come assenza di malattia, ma come benessere complessivo del bambino, da leggere in combinato disposto con l'articolo 27, ove è sancito il diritto di ogni fanciullo a godere di un livello di vita sufficiente per consentire il suo sviluppo fisico, mentale, spirituale, morale e sociale.

I disturbi del comportamento alimentare assumono particolare rilievo nell'ambito della salute pubblica. Secondo il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5)⁽¹⁾ i disturbi del comportamento alimentare rappresentano i cinque disturbi psichiatrici a maggior rischio di mortalità.

L'OMS ha modificato di recente la descrizione dei disturbi connessi all'alimentazione, raggruppando sotto il nome di malnutrizione sia i disturbi del comportamento alimentare – che sono a impronta psicologica o psichiatrica più frequenti nel genere femminile – sia i disturbi collegati a un eccesso di introito calorico, come il sovrappeso e l'obesità e i quadri di denutrizione⁽²⁾.

Fra i principali disturbi della condotta alimentare vi sono l'anoressia, che porta le ragazze, o comunque gli adolescenti, anche maschi, ad avere una dispercezione del proprio corpo, a rifiutare il cibo; la

(1) <https://www.rivistadipsichiatria.it/archivio/1461/articoli/16137>.

(2) Cfr. l'audizione di Giovanni Monteleone, professore ordinario di gastroenterologia, Dipartimento di Medicina dei sistemi dell'Università Tor Vergata di Roma e direttore dell'U.O.C. di gastroenterologia del Policlinico Tor Vergata – res. sten. dell'8.11.2023.

bulimia nervosa, che consiste nell'assimilare moltissimo cibo, salvo poi volersene liberare provocando il vomito; il *binge eating*, che consiste nel mangiare una quantità straordinaria di cibo nel più breve tempo possibile fino a perdere la cognizione del tempo e di che cosa si sta facendo.

Non tutte le persone affette da obesità hanno disturbi alimentari e non tutte le persone con disturbi alimentari si trovano in una condizione di obesità. Tuttavia, nei pazienti obesi è spesso riscontrata la presenza di uno o più di questi disturbi che, uniti ad altri fattori sociali e psicologici, che lo portano verso uno stato di profondo malessere fisico e psichico. Uno studio multinazionale dell'OMS ha riportato elevati tassi di obesità tra gli individui con bulimia nervosa o *binge eating*. È possibile sostenere che l'obesità e i disturbi alimentari abbiano una relazione bidirezionale. Il bambino obeso lancia un messaggio: «guardami, vedi quanto spazio occupo? Faccio in modo che tu mi veda perché, in realtà, ho un disagio di cui voglio renderti partecipe». Il bambino obeso o in sovrappeso può diventare vittima di bullismo, quindi a un disagio si aggiunge un altro disagio⁽³⁾.

L'anoressia è uno di quei disturbi della condotta alimentare che colpisce soprattutto le ragazze. In particolare, la popolazione femminile ne è colpita in un rapporto da 9 a 1, ancorché negli ultimi anni, soprattutto nel periodo pandemico, la componente maschile colpita da questo disturbo sia aumentata in maniera piuttosto rilevante. Di fatto, però, nelle ragazze nella fascia di età dai 12 ai 17 anni l'anoressia è la seconda causa di morte. Inoltre, nel 2022 si sono registrati 3.158 decessi in adolescenti per cause collegate a disturbi dell'alimentazione e della nutrizione⁽⁴⁾.

Se da una parte la presenza di disturbi mentali è stata considerata come fattore di rischio per lo sviluppo di obesità, dall'altra va considerato che la condizione di obesità può a sua volta interferire significativamente nello sviluppo ed implicare conseguenze negative sul piano psicologico e psico-sociale. Sul piano sociale, tale patologia alimenta disuguaglianze, poiché coloro che ne sono affetti possono incontrare difficoltà nell'accedere a risorse sociali e relazionali, spesso vittime di stigmatizzazione e pregiudizio. I bambini in sovrappeso o obesi, inoltre, hanno maggiore probabilità di diventare adulti obesi, traducendosi, tale circostanza, da un punto di vista economico, in costi sanitari elevati, in una maggiore incidenza di malattie croniche e in una ridotta produttività lavorativa.

Dai dati acquisiti dalla Commissione, in Italia circa il 40% dei bambini e ragazzi risulta in sovrappeso o obeso, un dato che evidenzia l'urgenza di azioni concrete per contrastare il fenomeno. Il Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020-2025 del Ministero della Salute, di cui all'Intesa Stato-regioni del 6 agosto 2020, sottolinea che l'obesità incide profondamente sullo stato di salute poiché si accompagna ad importanti malattie croniche e considera l'obesità infantile, in particolare, come una delle più importanti sfide per le conseguenze che comporta, quali il rischio di diabete di tipo 2, l'asma, i problemi muscolo-scheletrici, futuri problemi cardiovascolari, problemi psicolo-

(3) Cfr. l'audizione della dott.ssa Carla Garlatti, Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza del 5 novembre 2024.

(4) *Ibidem*.

gici e sociali. Sovrappeso e obesità sono tra i principali fattori di rischio oncologico e rappresentano uno dei principali problemi di sanità pubblica. L'impatto dell'obesità e delle sue conseguenze richiede quindi interventi urgenti ed incisivi per contrastarne la diffusione.

Oggi si avverte la necessità di modificare radicalmente la narrativa dell'obesità che, sino a poco tempo fa, non veniva considerata neanche uno stato patologico. Si riscontra una maggiore informazione sull'obesità in età adulta, ma è carente l'informazione relativa all'obesità pediatrica, perché è più difficile fare diagnosi in tal senso, in quanto, probabilmente, manca ancora la consapevolezza che un bambino in sovrappeso o obeso si trova in una condizione di enorme rischio per la salute, per il fatto stesso che, se l'obesità si instaura in un'età precoce, compresa tra i 3 e i 5 anni, il rischio sarà maggiore⁽⁵⁾.

L'obesità è in sostanza un accumulo di tessuto adiposo, che è un organo straordinario che permette l'adattamento a diversi stati energetici e metabolici, alla presenza o meno di nutrienti. L'organo adiposo è un organo particolare, composto da depositi discontinui tra di loro, depositi sottocutanei, depositi viscerali — quindi depositi lontani tra di loro, ma comunicanti — ed è un organo estremamente eterogeneo, non formato solo da adipociti, ma da una grande varietà cellulare che ne fa un organo estremamente complesso. Quando il tessuto adiposo non è più in grado di svolgere il proprio ruolo, che è quello di conservare in modo sicuro le riserve energetiche, inizia un fenomeno, relativamente semplice da capire, uno *spillover* di acidi grassi liberi verso il fegato — danneggiandolo in prima istanza — e il pancreas, ed è la causa del diabete mellito di tipo 2.

Il diabete mellito di tipo 2 è una patologia che sta incidendo profondamente sul Sistema sanitario nazionale, soprattutto dopo il Covid-19. È una patologia che si pensava fosse confinata all'adulto e che oggi viene diagnosticata in età pediatrica. Non è il diabete mellito di tipo 1 dei bambini, ma è una diretta conseguenza dell'obesità e dell'eccesso di introito calorico. Proprio perché l'accumulo di grassi a livello del pancreas danneggia la *cellula β*, si instaurano dei meccanismi per cui essa non è più in grado di produrre insulina in modo efficace e adeguato all'alimentazione⁽⁶⁾.

Tuttavia, grazie a questi meccanismi fisiopatologici, il diabete mellito di tipo 2 può essere una condizione reversibile, può guarire, semplicemente con la restrizione calorica e con l'esercizio fisico. Ci troviamo in un'era in cui la farmacologia dell'obesità e del diabete mellito di tipo 2 è nettamente migliorata e, secondo quanto sostenuto dal professor Caprio in Commissione, a breve vi saranno a disposizione farmaci estremamente efficaci. Tra l'altro, basterebbe seguire una dieta adeguata ed un corretto stile di vita per invertire — non in tutti i casi,

(5) Cfr. l'audizione di Massimiliano Caprio, professore ordinario di endocrinologia dell'Università San Raffaele di Roma e responsabile del Laboratorio di endocrinologia cardiovascolare dell'IRCCS San Raffaele di Roma — res. sten. dell'8.11.2023.

(6) Le *cellule β* (cellule beta) sono le più numerose tra quelle presenti nel pancreas (circa il 60% delle cellule insulari) ed occupano le zone più interne delle *isole di Langerhans*, dette anche isole pancreatiche (gruppi di cellule ad attività endocrina) e secernenti insulina che costituiscono circa il 2% della massa pancreatica. Tali cellule sono in grado di controllare i livelli ematici di glucosio secernendo insulina, ormone ipoglicemizzante, in risposta ad un aumento della glicemia. Questo ormone agisce a livello del fegato, dei muscoli scheletrici e del tessuto adiposo aumentando la quantità di glucosio che entra nelle cellule e che quindi viene utilizzato per produrre energia.

non quando la cellula beta è ormai danneggiata – una patologia che sino a qualche anno fa si pensava fosse irreversibile e che reca con sé costi sociali enormi.

La situazione del rischio cardio-metabolico è spesso localizzata nel fegato. Le condizioni di fegato grasso per cause non alcoliche (NAFLD) e di steato-epatite non alcolica (NASH) sono condizioni gravi e le aziende farmaceutiche ci stanno lavorando tantissimo. Oggi in fase di sviluppo (*pipeline*) c'è un numero elevatissimo di farmaci per cercare di trattare questa patologia orfana di terapia. Ma è da bambini che si inizia ad avere tali problematiche, quindi l'intervento sullo stile di vita può bloccare all'inizio le conseguenze metabolic dannose per il parenchima epatico, che possono essere monitorate semplicemente attraverso la misurazione delle transaminasi, dell'emocromo e dei trigliceridi con un banale esame del sangue. È possibile intervenire per fare diagnosi, per far capire ai genitori dei bambini in sovrappeso o obesi che il proprio figlio ha una patologia potenzialmente gravissima e fare riferimento ai centri specialistici, quelli di secondo livello, dove possono essere prestate le cure del caso. Non basta solo dire « mangia di meno e muoviti di più », ma occorrono interventi personalizzati, ed oggi le terapie farmacologiche stanno migliorando molto rapidamente⁽⁷⁾.

Il corpo umano è dotato di un organo che si chiama microbiota, che pesa da uno a due chili. Il ruolo cruciale del microbiota intestinale nella prevenzione dell'obesità in età infantile e adolescenziale ha assunto una crescente rilevanza. Quest'organo ha rivoluzionato la medicina.

Il microbiota intestinale comprende miliardi di microorganismi che risiedono nel tratto gastrointestinale. Questi microorganismi hanno funzioni cruciali nell'immunità, nella digestione, nel sistema nervoso, nel comportamento, nella regolazione del metabolismo e nella resistenza alle infezioni. Studi mostrano come un microbiota alterato è associato a numerose patologie umane, sia di natura infettiva che degenerativa, come i tumori⁽⁸⁾. Ricerche indicano che bambini obesi presentano composizioni microbiche significativamente diverse rispetto a coetanei normopeso. La diversità è precoce, inizia nei primi anni di vita, addirittura nel grembo materno. Studi mostrano come un microbiota alterato in età infantile porti inesorabilmente all'obesità nell'adulto.

Gli studi suggeriscono che il microbiota può influenzare l'obesità attraverso meccanismi come la modulazione dell'energia estratta dagli alimenti e l'infiammazione cronica silente. In altre parole, i microbi dell'obeso fanno cose diverse dai microbi dei non obesi. La dieta può rapidamente e significativamente alterare la composizione del microbiota. Una dieta ricca di fibre e povera di grassi saturi favorisce un microbiota che protegge contro l'obesità. La dieta mediterranea è associata a una diversità microbica maggiore, la quale è collegata a un minor rischio di sviluppare malattie metaboliche⁽⁹⁾.

(7) Cfr. l'audizione di Massimiliano Caprio – res. sten. dell'8.11.2023.

(8) Cfr. la relazione di Luigina Romani, professoressa ordinaria di Patologia e responsabile della Sezione di Patologia Generale del Dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Perugia – res. sten. del 9.10.2024.

(9) *Ibidem*.

La presenza di polifosfati, tutte quelle sostanze chimiche che riscontriamo quotidianamente nel piatto, non fa altro che minare questa barriera. Si ignorano le conseguenze nel nostro intestino dell'ingerimento di micro e nanoplastiche e vederne l'effetto a lungo termine è ancora problematico. Il professor Giuseppe Paolisso⁽¹⁰⁾ ha rilevato che nella placca coronarica la presenza delle microplastiche aumenta del 30% il rischio di infarto. In coloro che sono stati esposti al *junk food* nel Regno Unito c'è una comparsa di tumori in età giovanile, come il tumore del colon, che è una delle problematiche emergenti. La sanità francese ha fatto un'analisi: il solo consumo del 10% di cibo spazzatura nel contesto di una dieta è già un rischio aggiuntivo del 21%⁽¹¹⁾.

È stato sviluppato un nuovo indice, che si chiama « spreco alimentare metabolico », che caratterizza l'insostenibilità dell'obesità intesa come una condizione che aumenta i rischi per la salute dell'essere umano ma anche problematiche ambientali⁽¹²⁾. Il concetto è estremamente semplice: se si è obesi, nella maggior parte dei casi, si ha un problema legato all'eccesso di cibo e a un'alimentazione scorretta.

Si è quantificato il grasso in eccesso in persone in sovrappeso e obese e trasformato nella quantità di chili di cibo che hanno portato al grasso in eccesso. Allo stesso modo, la quantità è stata espressa con impronte ecologiche, cioè la quantità di CO₂, le quantità di acqua e di ambiente utilizzate che sono i marcatori che indicano l'impatto dell'alimentazione sul pianeta. Nei soggetti in sovrappeso si riscontrano circa 60 chilogrammi di cibo associati all'eccesso, che si raddoppiano nelle persone obese. Il gruppo alimentare principalmente responsabile è legato ai prodotti di origine animale.

È stata valutata anche la quantità di cibo sprecato dalla popolazione italiana. La quantità è impressionante: ammonta a circa 2.081 milioni di chilogrammi il cibo sprecato che, se trasferito nel mondo, utilizzando i dati della FAO, i *food balance sheets*⁽¹³⁾, portano a circa 141 milioni le tonnellate di cibo sprecato nel mondo.

(10) Giuseppe Paolisso è professore ordinario di Medicina interna presso l'Università Vanvitelli di Napoli e ha ricoperto numerosi ruoli accademici quali Preside della Facoltà e Rettore. Si interessa di ricerca cardio metabolica ed invecchiamento. È autore di circa 560 *peer reviewer*, articoli recensiti su *Pubmed* e *Scopus*.

(11) Questo studio 2023-2025, di prospettiva, è realmente allarmante. Riguarda il tumore del colon nei giovanissimi: incremento del 500%. È un allarme sociale importantissimo; la femminilizzazione della natura con le plastiche: abbiamo visto la contrazione, nei decenni, del numero degli spermatozoi. Lo si era visto nei coccodrilli del lago Apopka, la cui lunghezza del pene si era notevolmente ridotta. Ma si è costantemente ridotta la presenza del numero degli spermatozoi non solo per l'aumento dell'obesità e della sindrome MASH, ma anche per la presenza di queste plastiche. In un ultimo studio fatto sul topo e sull'uomo si certifica che le nanoplastiche interferiscono con la produzione degli spermatozoi. Cfr. l'audizione di Antonino De Lorenzo, professore ordinario di alimentazione e nutrizione umana e direttore del Dipartimento di biomedicina e prevenzione presso l'Università degli Studi di Roma Tor Vergata e presidente del Collegio dei docenti nazionale SSD MED/49 – Scienze tecniche dietetiche applicate – res. sten. del 28.05.2024.

(12) Cfr. l'audizione di Mauro Serafini, professore ordinario di Scienze tecniche e dietetiche applicate presso l'Università degli studi di Teramo – res. sten. del 22.05.2024.

(13) L'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Alimentazione e l'Agricoltura (FAO) ha attribuito notevole importanza all'avanzamento dello sviluppo dei bilanci alimentari, riflettendone l'utilità nell'analisi della situazione alimentare a livello dei singoli paesi. I bilanci alimentari presentano un quadro completo dell'andamento dell'approvvigionamento alimentare di un paese durante un determinato periodo di riferimento.

Effettivamente, la condizione obesigena è un problema per la nostra salute, chiaramente per gli aspetti economici legati al sistema sanitario nazionale e anche per il pianeta⁽¹⁴⁾.

2. *I dati a disposizione della Commissione.*

Sulla base di dati UNICEF, nel 2022 ben 37 milioni di bambini sotto i 5 anni erano in sovrappeso, pari al 5,6% della popolazione infantile mondiale. Di questi, quasi la metà vive in Paesi a reddito alto e medio-alto, pertanto il fenomeno non è legato esclusivamente alla povertà, ma anche a uno stile di vita globalizzato. In Europa meridionale, 500.000 bambini sono in sovrappeso. L'Italia si colloca al 4° posto tra i Paesi più colpiti nell'Unione europea, con il 36% delle ragazze e il 43% dei ragazzi in sovrappeso o obesi.

Il 3 maggio 2022 l'Ufficio regionale europeo dell'OMS ha presentato e pubblicato il Rapporto 2022 sull'obesità in Italia, ove sono evidenziati tassi di sovrappeso e obesità che hanno raggiunto proporzioni epidemiche. Dal documento emerge che il 59% degli adulti europei e quasi 1 bambino su 3 (29% dei maschi e 27% delle femmine) è in sovrappeso o è affetto da obesità. Al contempo, l'ISTAT, relativamente all'anno 2022, ha rilevato che in Italia, nella popolazione adulta, la quota di persone in sovrappeso è pari al 35% (maschi 42,7%, femmine 27,8%), mentre gli obesi sono l'11,4% (maschi 12,2%, femmine 10,6%). Complessivamente, in Italia si possono stimare in circa 4 milioni le persone adulte con obesità.

Sempre riferiti all'anno 2022, i dati dello studio *Health Behaviours in School-aged Children*, promosso dall'OMS, in base a quanto dichiarato dalle persone prese a campione, evidenziano che il 18,2% dei ragazzi, nella fascia di età 11-17 anni, è in sovrappeso e il 4,4% obeso. L'eccesso ponderale diminuisce lievemente con l'età, è maggiore nei maschi e nelle regioni del Sud. Rispetto alla precedente rilevazione, effettuata nel 2018, tali valori risultano in aumento per entrambi i generi (in precedenza si attestavano sul 17% in sovrappeso e 3% obesi). In dettaglio:

tra gli 11enni, il 23,3% dei maschi e il 15% delle femmine è in sovrappeso, mentre il 6,8% dei maschi e il 3,1% delle femmine è obeso;

tra i 13enni, il 21,4% dei maschi e il 14,9% delle femmine è in sovrappeso, mentre il 5,9% dei maschi e il 2,6% delle femmine è obeso;

tra i 15enni, il 21,4% dei maschi e il 12,1% delle femmine è in sovrappeso, mentre il 5,1% dei maschi e il 2,6% delle femmine è obeso;

tra i 17enni, il 19,8% dei maschi e l'11,7% delle femmine è in sovrappeso, mentre il 3,9% dei maschi e il 2,8% delle femmine è obeso.

I dati italiani della sorveglianza «OKkio alla salute »⁽¹⁵⁾ del 2023 evidenziano che nel nostro Paese, sul totale della popolazione infantile,

(14) I dati sono forniti dalla relazione di Mauro Serafini (*Serafini & Toti Frontiers Nutr. 2019*) – res. sten. del 22.05.2024.

(15) Si tratta di un sistema di sorveglianza nazionale, 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 coordinato dal Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità

i bambini in sovrappeso sono il 19% e gli obesi il 9,8%, inclusi i bambini con obesità grave che rappresentano il 2,6% (utilizzando i valori soglia dell'*International Obesity Task Force*, IOTF). Si evidenzia un *trend* geografico che vede le regioni del Sud avere valori più elevati di eccesso ponderale in entrambi i generi. Prevalenze di obesità più elevate si osservano anche in famiglie in condizione socio-economica più svantaggiata. Sempre stando ai dati del sistema di sorveglianza « OKKio alla salute », si può rilevare che nel corso degli anni il sovrappeso sia significativamente diminuito, passando dal 23,2% nel 2008-2009 al 19% dell'ultima rilevazione (2023). La prevalenza dell'obesità in generale è diminuita negli anni (dal 12% nel 2008-2009 al 9,8% nel 2023), anche se a partire dal 2014 è risultata tendenzialmente stabile per qualche anno, con un leggero aumento nel 2023.

Nel periodo 2022-2024, nell'ambito dell'indagine « *Childhood obesity surveillance initiative* (COSI) », che ha coinvolto trentasette Paesi della regione europea e circa 470 mila bambini e bambine di età compresa fra sette e nove anni, l'Italia è risultata tra le nazioni con i valori più elevati di eccesso ponderale nei bambini, che include anche il sovrappeso e l'obesità. Rispetto alle stime degli anni precedenti, in quasi tutti i Paesi partecipanti alla sorveglianza non si sono registrate riduzioni dei livelli di sovrappeso e obesità, il che dimostra che queste due condizioni continuano a rappresentare nel tempo un'importante problematica di salute pubblica.

Secondo quanto riferito alla Commissione, l'Autorità Garante per l'infanzia e l'adolescenza ha avuto contezza di come la pandemia abbia giocato un ruolo importante anche sotto questo punto di vista: da una consultazione pubblica di ragazzi dai 16 ai 19-20 anni è emerso che durante il periodo pandemico sono sorti squilibri nelle abitudini alimentari nel 31,7% dei casi, che si sta protraendo anche adesso che la fase pandemica acuta è alle spalle. Un'indagine effettuata dalla Società italiana di pediatria in nove regioni italiane ha evidenziato come negli ultimi anni ci sia stato un aumento del 78,4% dei disturbi della condotta alimentare.

I dati del Ministero della Salute in merito all'obesità confermano il triste primato dell'Italia, con i primi segnali che cominciano a manifestarsi sempre prima, intorno ai 7-9 anni. Secondo un'indagine del Ministero della Salute, infatti, già all'età di 9 anni circa il 21,3% dei bambini è in sovrappeso e il 9,3% è obeso, al punto che si è parlato di una nuova pandemia. Secondo i dati del Ministero della Salute, in 9 città d'Italia è stato rilevato che il 23,9% dei bambini è in sovrappeso e il 13,6% è obeso. È stato rilevato anche un altro dato interessante: l'obesità si manifesta nei bambini in maniera più rilevante, più severa, al Sud rispetto al Nord. L'obesità aumenta con il diminuire della condizione di benessere e del grado di istruzione dei genitori. Uno studio dell'Università di Sidney conferma la correlazione tra obesità e disagio sociale e marginalità.

Infine, l'OMS afferma che in Italia vi è un'obesità infantile del 17% e un sovrappeso del 39%, in una popolazione che va dai 7 ai 9 anni. L'OMS ha evidenziato come i bambini di oggi, oltre ad assumere molte

e condotto in collaborazione con tutte le regioni italiane e il Ministero dell'Istruzione e del Merito (Si veda, al riguardo, cap. « Misure di prevenzione »).

calorie, conducono una vita molto sedentaria, passando almeno due ore al giorno davanti al *computer* o ad altri *device*.

3. *L'importanza dell'educazione alimentare.*

L'educazione alimentare è una disciplina scientifica che serve sia come materia didattica sia come strumento di prevenzione e promozione della salute. Secondo l'OMS e la FAO, l'educazione alimentare mira a migliorare lo stato di nutrizione degli individui promuovendo abitudini alimentari adeguate, eliminando comportamenti alimentari scorretti e utilizzando manipolazioni igieniche degli alimenti. Essa rappresenta un'opportunità di apprendimento per conoscere meglio la salute e sviluppare le abilità necessarie a preservarla. L'educazione alimentare deve aumentare la consapevolezza dei benefici di una buona alimentazione e supportare le persone nel prendere decisioni salutari. Per influenzare realmente le abitudini dei giovani, è importante offrire opportunità di coinvolgimento diretto e stimoli adeguati all'età, agli ambienti e agli stili di vita, favorendo una didattica attiva e metodologie basate sulla ricerca⁽¹⁶⁾.

Riferisce lo *chef* Heinz Beck, audito dalla Commissione il 22 maggio 2024, che le scelte alimentari impattano sulla salute e condizionano la qualità dell'ambiente che ci circonda. Quindi, già in tenera età, occorre prestare attenzione a cosa e come mangiare per mettere le basi per una vita in salute⁽¹⁷⁾.

Nei primi anni di vita si determina la quantità, la qualità e la dimensione delle cellule, perciò un bambino in sovrappeso ha maggior rischio di sviluppare in età adulta le malattie legate all'obesità. Una corretta alimentazione è il primo passo preventivo per ridurre l'incidenza delle malattie metaboliche. Tuttavia, è altrettanto importante comprendere come gestire queste condizioni nel caso in cui si sviluppino. La gestione di queste patologie attraverso l'alimentazione è spesso una parte cruciale del trattamento. Per esempio, nel caso dell'ipertensione arteriosa, una corretta alimentazione può aiutare a vivere meglio, ma soprattutto aiutare a diminuire o, tante volte, evitare l'utilizzo di medicinali⁽¹⁸⁾.

Per poter fare scelte più consapevoli, l'educazione nutrizionale deve iniziare dall'età infantile e proseguire con programmi di sensibilizzazione scolastica, che insegnino ai giovani i principi di una dieta equilibrata e l'importanza di evitare il consumo eccessivo di cibi ad alto contenuto calorico ma poveri di nutrienti.

I professionisti del settore alimentare dovrebbero promuovere quanto più possibile l'importanza non solo della qualità delle materie prime e dei loro nutrienti, ma anche della loro trasformazione e della corretta lavorazione. Un aspetto forse trascurato è la cottura dei cibi. È proprio grazie a una giusta cottura che spesso si ottiene il massimo

(16) *Report* definitivo « Crescere a Tavola » di ONOI.

(17) Cfr. l'audizione di Heinz Beck, *chef*, dottore in Bioenergie naturali e direttore scientifico del Campus universitario Principe di Napoli – res. sten. del 22.05.2024.

(18) Le malattie metaboliche richiedono cure costose e trattamenti a lungo termine. Questi costi ricadono non solo sulle persone colpite, ma anche sul sistema sanitario e sull'economia in generale. Il costo della sanità oggi è non più sostenibile per la società e le previsioni per il futuro non sono rosse. Quindi, è fondamentale invertire il *trend* (vedi nota prec.).

da un prodotto, non solo a livello gustativo, ma anche a livello nutrizionale⁽¹⁹⁾. Fondamentale, oltre al messaggio da trasmettere, il corretto contenitore e il corretto linguaggio, che arrivi ai bambini e agli adolescenti e li coinvolga in modo proattivo. Così quando i bambini arrivano a casa incuriositi pretendono un cambio di stili e di abitudini alimentari, non solo per il loro bene, ma di tutto il nucleo familiare⁽²⁰⁾.

L'educazione alimentare è strettamente correlata al livello educativo e alla condizione economica. I dati Istat del 2023 affermano che l'incidenza di povertà assoluta diminuisce al crescere del titolo di studio della persona di riferimento della famiglia, e una famiglia in condizione di povertà rinuncia a comprare alimenti di qualità a favore di cibo a basso costo, ultra-processato, con valori nutrizionali qualitativamente scarsi. Un altro aspetto da considerare legato alla malnutrizione è la scarsità di tempo da dedicare alla cura dell'alimentazione e dello stile di vita, causata dai ritmi frenetici del lavoro odierno, che mette in difficoltà gli individui ma ancora di più i genitori, soprattutto quelli con una minor rete di supporto e risorse economiche per alleviare il carico del lavoro professionale e di cura⁽²¹⁾. L'incremento del consumo di cibi processati e zuccheri ha fatto sì che questo *trend* sia aumentato addirittura di dieci volte dal 1975 al 2016. Questo perché la popolazione mondiale, ed europea in particolare, si è impoverita e quindi il *budget* per un'alimentazione sana è iniziato a decrescere, e soprattutto, la mancanza di tempo: è diminuito il tempo a nostra disposizione, la popolazione mondiale si è impoverita e quindi, dato che i cibi processati costano molto meno dei cibi freschi, si consumano quelli. Negli Stati Uniti addirittura un chilo di mele costa più di un chilo di carne. Sempre negli Stati Uniti vi è il problema del *food deserts*, ovvero zone povere nelle quali non si hanno negozi che vendono cibo fresco e quindi si mangia molto cibo in scatola. Infatti, gli Stati Uniti sono uno dei Paesi nel mondo più colpiti sia dal diabete che dall'obesità.

Come ricordato in audizione dallo stesso Sottosegretario alla Salute, Marcello Gemmato, i minori in povertà assoluta rappresentano uno specifico *target*, pertanto è necessario richiamare lo straordinario ruolo di tutti i presidi formativi, la scuola, ma anche i servizi sociali, che devono guardare non soltanto, e giustamente, alle grandi criticità, perché anche un bambino obeso disagiato ha un grande problema, quindi deve essere inserito nei giusti percorsi di cura e di presa in carico da parte delle strutture sociali, socio-assistenziali e anche sanitarie, laddove ce ne dovessero essere i profili.

(19) Ad esempio, il pomodoro che, se è cotto, mostra una disponibilità di licopene tre volte maggiore rispetto al pomodoro crudo. Il licopene, carotenoide contenuto in alte concentrazioni nel pomodoro e nei suoi derivati, è responsabile non solo del tipico colore rosso, ma anche delle sue proprietà salutistiche. Questo composto, infatti, è caratterizzato dal più alto potenziale antiossidante tra tutti i carotenoidi.

(20) Tra le diverse attività di sensibilizzazione svolte in passato, il professor Beck ha redatto un libro di ricette per piccoli *gourmet*. È stato distribuito attraverso la Società Italiana di Pediatria alle famiglie che avevano bambini obesi per farle studiare e far vedere loro come si può mangiare meglio. Sono state realizzate anche altre iniziative, come giochi interattivi o intrattenimenti educativi. È importante non solo il contenitore, ma anche il linguaggio, che deve coinvolgere i bambini e, ovviamente, essere veicolato nelle scuole e negli asili. Per i più piccoli è adatta la comunicazione animata. Per gli adolescenti la comunicazione attraverso dei *serial* potrebbe essere quella più adatta. Cfr. l'audizione di Heinz Beck – res. sten. del 22.05.2024.

(21) *Ibidem*.

La dieta mediterranea è molto più di un semplice modello alimentare: rappresenta un patrimonio culturale, storico e sociale che è stato riconosciuto a livello globale. Inserita nella lista del patrimonio culturale immateriale dell'umanità dall'UNESCO nel 2010, la dieta mediterranea è descritta come un insieme di pratiche tradizionali, conoscenze e abilità tramandate di generazione in generazione in diversi Paesi del Mediterraneo. Le caratteristiche della dieta mediterranea si basano su varietà e stagionalità, privilegiando: frutta e verdura fresche; cereali integrali, legumi e frutta secca; olio extravergine di oliva come principale fonte di grassi; pesce, carne bianca e latticini in quantità moderate; dolci e carne rossa in quantità limitate.

Secondo quanto riferito alla Commissione dal professor Mauro Serafini, tutti sanno quali dovrebbero essere le raccomandazioni – le cinque porzioni di frutta e verdura, i cereali integrali, principalmente proteine di origine vegetale – il problema è che difficilmente si riesce a seguire una simile alimentazione. I dati prodotti dal Consiglio per la ricerca in agricoltura e l'analisi dell'economia agraria (CREA) nell'ultima indagine alimentare mostrano come per gli adulti, per esempio, si dovrebbe aumentare il consumo di frutta, vegetali e legumi, principalmente, ma anche di latte e pane, e diminuire il consumo di carne bianca e carne rossa. Quando la proiezione viene fatta per la fascia di età 10-17 anni, si ha più o meno lo stesso *pattern*. Anzi, c'è l'aggiunta del pesce e la diminuzione del consumo di biscotti e merendine.

L'eccedenza ponderale è lo squilibrio tra apporto e spesa di energia, derivante da un'alimentazione troppo ricca di cibi densi di calorie e poveri di nutrienti, insieme ad una crescente sedentarietà, ma nel generare lo squilibrio entrano in gioco e svolgono un ruolo determinante anche i fattori socio-ambientali. Le preferenze innate per cibi ricchi in zucchero, sale e grassi rendono gli individui e la popolazione vulnerabili di fronte al *marketing* e alla offerta capillare di cibi ipercalorici a basso costo. Dieta e attività fisica dipendono strettamente dalle condizioni e dai ritmi di vita e lavorativi, che spesso impongono scelte alimentari inadeguate, acquisto di prodotti pronti, consumo di pasti fuori casa, acquisti da distributori automatici (*vending machines*). Si determina una vulnerabilità biologica, psicologica e sociale che espone al rischio tutta la popolazione, ma particolarmente i bambini, gli adolescenti e i gruppi sociali emarginati, che in Italia segue un evidente gradiente Nord-Sud⁽²²⁾.

L'eccesso ponderale è il risultato della combinazione tra una vulnerabilità individuale e un particolare ambiente « obesogenico », con aumento di esposizione a cibi ipercalorici, consumo di quantità maggiori, nonché minore attitudine e ridotta possibilità di praticare attività fisica, dovute in larga misura alla crescente motorizzazione del movimento quotidiano. La tecnologia, la globalizzazione e l'urbanizzazione stanno trasformando il modo in cui le persone vivono e lavorano, rendendo sempre più sedentari i nostri ambienti di vita quotidiana e di lavoro. Determinati gruppi sociali sono particolarmente vulnerabili agli ambienti « obesogenici ». Come detto, i soggetti di basso livello socio-economico si trovano ad affrontare limiti strutturali, sociali, organiz-

(22) Cfr. l'audizione del Sottosegretario alla salute, Marcello Gemmato, res. sten. del 04.03.2025.

zativi, finanziari e di altro genere per poter adottare scelte di vita sane. I costi e la disponibilità degli alimenti influenzano significativamente le scelte alimentari.

Un argomento innovativo è la crono-nutrizione, che riguarda l'orologio biologico sfalsato nel nostro corpo. Il nostro metabolismo rispetta gli orari diurni e notturni, per cui la sera è più rallentato. Stando a uno studio giapponese, in cui hanno somministrato lo stesso pasto a persone dietiche in due orari diversi, alle ore 18 e alle 21, misurando poi l'incremento della glicemia, è emerso come le persone dietiche che hanno consumato il pasto alle 18 hanno avuto un incremento glicemico di circa 147, mentre le persone che lo hanno assunto alle 21 hanno avuto un aumento di 644, pari a circa il triplo: anche l'orario dei pasti è un aspetto importante su cui intervenire⁽²³⁾.

L'Osservatorio nazionale sull'obesità infantile (ONOI), nato dalla collaborazione tra la Federazione italiana medici pediatri, *Helpcode*, organizzazione *no profit* per la tutela dei diritti dei bambini, l'Università di Genova e l'Istituto Gaslini, ha svolto uno studio di cui ha riferito la dottorella Raffaella de Franchis. Lo studio ha riguardato bambini e ragazzi di età compresa tra 1 e 14 anni — ampliando, di fatto, il campo di osservazione anche ai primissimi anni di vita — avente come obiettivo primario l'analisi delle abitudini alimentari nella popolazione pediatrica italiana, esaminando una coorte rappresentativa nazionale con lo scopo di identificare i fattori che condizionano la diffusione dell'obesità infantile, partendo dal momento dell'introduzione degli alimenti solidi, quindi l'alimentazione complementare, al fine di verificare quanto effettivamente fossero lontani i bambini italiani dalla dieta mediterranea, che rappresenta il *gold standard* della modalità ideale con cui tutti dovremmo alimentarci.

Dai dati raccolti emerge che il 50% dei bambini ha un comportamento di aderenza alla dieta mediterranea intermedio, quindi il 50% mangia discretamente, con solo il 28% dei bambini che la segue correttamente, mentre un 22% di bambini mangia veramente male. Il 43% dei bambini assume frutta almeno una volta al giorno e il 46% assume verdura tutti i giorni, anche se il 50% dei bambini non assume pesce almeno una volta a settimana, l'11,6% assume bevande zuccherate più di una volta a settimana, il 37% mangia caramelle o dolciumi tutti i giorni e il 71% non assume frutta secca con regolarità. Si evidenziano dati positivi, laddove il 97% dei bambini italiani utilizza l'olio extravergine di oliva ai pasti e il 94% assume cereali, intesi sostanzialmente come pasta e riso, nella propria alimentazione quotidiana, quindi due elementi cardine della dieta mediterranea. Per scoraggiare il consumo dei cosiddetti alimenti spazzatura, il dottor

(23) Uno studio sui centenari abruzzesi, condotto dall'Università di Teramo, pubblicato nel 2022, è legato alla crono-alimentazione. Il professor Serafini, arrivato in Abruzzo, ha scoperto una pratica alimentare degli abruzzesi, che si chiama « *sdijuno* », che vuol dire « stappa digiuno », che consiste in una abbondante colazione salata al mattino presto; un pranzo abbondante consumato fra le 12 e le 12.30 e una cena consumata nel tardo pomeriggio, intorno alle 18.30. In tal caso ci sono circa 17 ore e mezzo di restrizione calorica, in cui il metabolismo e il sistema immunitario non sono stressati. Gli attuali stili di vita spesso non consentono questo modo di alimentarsi, ma l'aspetto della crono-nutrizione è uno di quei suggerimenti che si potrebbero dare proprio in un'ottica di *real life*. Cfr. l'audizione di Mauro Serafini, professore ordinario di Scienze tecniche e dietetiche applicate presso l'Università degli studi di Teramo — res. sten. del 22.05.2024.

Marco Silano ipotizza il ricorso a misure fiscali, tassando maggiormente i cibi più dannosi per la salute. Ricorda che nel Regno Unito sta andando avanti un monitoraggio sul consumo di bevande zuccherate, dopo l'introduzione, dal 2018, di una imposta sulle stesse (la cosiddetta *sugar tax*) e che i risultati sarebbero incoraggianti: « Già l'annuncio, ma poi la vera e propria implementazione, ha permesso di ridurre notevolmente l'offerta delle bevande zuccherate alla popolazione, proteggendo proprio quelle fasce che hanno una maggior diseguaglianza e maggior difficoltà a comprendere i messaggi e che necessitano, quindi, di maggiore protezione »⁽²⁴⁾.

I dati riportati alla Commissione dal Sottosegretario alla Salute, on. Marcello Gemmato, evidenziano come l'abitudine a non consumare la prima colazione (10,9%) o a consumarla in maniera inadeguata (36,5%), così come la fruizione di una merenda abbondante a metà mattina (66,9%), mostrino un *trend* in aumento. Inoltre, il consumo non quotidiano di frutta e/o verdura dei bambini, secondo quanto dichiarato dai genitori, rimane elevato (25,9%) mentre si riduce l'assunzione giornaliera di bevande zuccherate e/o gassate (24,6%). I legumi sono consumati dal 37% dei bambini meno di una volta a settimana e il 52,9% e il 12,1% consuma rispettivamente *snack* dolci e salati per più di tre giorni a settimana. Solo un terzo dei ragazzi consuma frutta almeno una volta al giorno – lontano 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 soltanto da un adolescente su quattro. Le ragazze consumano più dei ragazzi frutta e verdura, almeno una volta al giorno. Le bibite zuccherate e/o gassate sono consumate più dai maschi in tutte e tre le fasce d'età considerate.

Una riflessione va fatta sulla prima colazione. Negli anni passati erano stati portati avanti diversi progetti che avevano attenzionato la prima colazione, in quanto si era visto che i bambini obesi la saltavano ed è invece un pasto estremamente importante nello schema alimentare quotidiano di un bambino. Dai dati dell'indagine dell'Osservatorio ONOI si evince che attualmente ben l'85% dei bambini non salta la prima colazione, che vuol dire che gli sforzi hanno dato dei frutti ed è stato introdotto questo pasto nell'alimentazione quotidiana del bambino. Tuttavia, più di un terzo dei bambini utilizza prodotti confezionati (biscotti, merende, eccetera) che non rappresentano l'ideale di una corretta colazione.

Per quanto riguarda i luoghi in cui si assumono i pasti si è notato che il pranzo viene consumato dal 57% dei bambini a scuola e la restante parte a casa; la merenda mattutina in un'altissima percentuale viene consumata a scuola (80%), mentre la sera si cena generalmente a casa⁽²⁵⁾. Un aspetto rilevante è che il 47% dei bambini ha l'abitudine di mangiare davanti alla TV o ad altri *device*. I *mass media*, i video e

(24) Cfr. audizione del dottor Marco Silano, res. Sten. del 24-07-2024.

(25) Il problema è più ampio, purtroppo. A scuola il menù che viene proposto è perfetto. Però, non vengono mangiati tutti gli alimenti, soprattutto quelli che sono più associati alla salute. Nel contesto della giornata, il problema persiste. Molto spesso, proprio per carenza di tempo: la mattina si fa una colazione veloce, non prestando attenzione, invece, a una colazione più salutare. Soprattutto, nel corso della giornata si mangia il pezzo di pizza o la merendina. Cfr. l'audizione di Mauro Serafini, professore ordinario di Scienze tecniche e dietetiche applicate presso l'Università degli studi di Teramo – res. sten. del 22.05.2024.

i computer cercano di portare il bambino alla sedentarietà, ovverosia a far sfogare tutti i suoi lati di vivacità all'interno di uno schermo, stando fermi⁽²⁶⁾. Assumere cibo mentre si guarda uno schermo fa sì che il cervello non possa concentrarsi e imparare in maniera adeguata né a definire una corretta relazione con il cibo né a gustare l'alimento stesso. Al di sotto dei 6 anni, il 35% dei bambini trascorre durante la giornata più di due ore davanti agli schermi digitali.

Il *report* di ONOI così come i dati del Ministero della Salute confermano che gli errori alimentari e dello stile di vita nei bambini italiani sono ancora troppo numerosi, determinando il costante rischio di sviluppare obesità infantile. Una delle priorità fondamentali per il nostro Paese è quindi il contrasto a un'alimentazione scorretta, frenetica, che fa largo uso di cibi processati, di zuccheri che potrebbero causare un danno non solo alle persone ma anche al sistema Paese.

Occorrono misure correttive come lo sport, che ancora adesso, specie in Europa, è visto dai genitori come un'attività che dovrà portare il bambino a diventare un futuro campione. Lo sport deve essere inteso, invece, come qualcosa di assolutamente fondamentale per la salute metabolica. Bisogna far capire che lo sport è fondamentale per il corretto accrescimento osteo-muscolare, per cui è fondamentale per la prevenzione di malattie dell'età adulta avanzata, come l'osteoporosi. Bisogna insistere sul concetto che lo sport è un insegnamento di socialità. Il bambino con lo sport deve imparare a relazionarsi con gli altri nella giusta maniera, senza aggressività, senza vittimismo, ma con la consapevolezza di fare qualcosa di utile⁽²⁷⁾.

C'è necessità peraltro di promuovere la cultura dell'alimentazione per abituare il gusto del bambino. I gusti dei bambini possono essere geneticamente preordinati, però si possono adattare con un'alimentazione sana, varia ed equilibrata dal punto di vista calorico. Bisogna abituare il bambino alle corrette porzioni. Ma per abituare il bambino, anche l'adulto deve conoscere i dettami di una corretta alimentazione, che dev'essere una finalità da ricercare dentro e fuori le mura di casa, anche perché, con i nuovi metodi didattici, i bambini escono preconcettivamente dall'ambiente familiare e si alimentano in un ambiente esterno al nucleo familiare. Occorre abolire le abitudini scorrette, cosa fondamentale, perché le abitudini scorrette aumentano sicuramente la tendenza all'obesità.

Il cibo è, chiaramente, qualcosa di più ampio: è edonistico, è piacere, è il gusto di mangiare, è partecipazione, è convivialità. Per cui, molto spesso le raccomandazioni sono viste come costrizioni, perché non tutti riescono ad assumere quelle cinque porzioni di frutta e verdura consigliate. Il risultato finale è che la maggior parte degli italiani e delle italiane non segue queste raccomandazioni. Per questo ci sarebbe bisogno di un *focus* definito « nutrizione *real life* », cioè un approccio nutrizionale che sia un po' più conciliante e che possa dare suggerimenti *ad hoc*, non alternativi, ma complementari alle racco-

(26) Cfr. l'audizione di Gianluigi de' Angelis, ordinario di gastroenterologia e direttore della Scuola di specializzazione in malattie dell'apparato digerente dell'Università di Parma – res. sten. dell'8.11.2023

(27) Cfr. l'audizione di Massimiliano Caprio, professore ordinario di endocrinologia dell'Università San Raffaele di Roma e responsabile del Laboratorio di endocrinologia cardiovascolare dell'IRCCS San Raffaele di Roma – res. sten. dell'8.11.2023.

mandazioni, che aiutino a diminuire i fattori di rischio associati a questa condizione⁽²⁸⁾.

Uno dei momenti focali è il momento del mangiare. Il Gruppo 2003, che raccoglie tutti gli *highly cited* degli italiani, ha pubblicato il dossier « Immuno-nutrizione, stili di vita e benessere », dove si spiega esattamente che cosa accade e come si possa modulare questo aspetto. Lo *stress* che si ha dopo un pasto è legato alla tipologia di pasto. Quello che accade, oltre all'assorbimento dei grassi, degli zuccheri, è sempre una risposta del sistema immunitario, quindi un aumento dell'infiammazione, che è un processo fisiologico che si estingue nel giro di 4-5 ore. Il problema è che quando si eccede nelle calorie, nella quantità di grassi saturi, grassi *trans*, di zuccheri semplici e altro, questa condizione diventa cronica, per cui si entra nella condizione di infiammazione ossidativa e di aumento dei fattori di rischio metabolici che portano a un aumentato rischio di obesità e di tutte le patologie da eccesso di cibo.

Nel momento in cui lo stesso pasto viene dato a una persona normopeso, aumenta l'infiammazione e nel corso del tempo tutto torna al *baseline*. Man mano che aumenta il peso, quindi si entra in una condizione obesigena, ogni volta si arriva a livelli più alti di infiammazione, di fattori di rischio cardiovascolari, che ad ogni pasto aumentano sempre di più, peggiorando la situazione.

In uno studio condotto dal professor Serafini, è stato somministrato un pasto stressogeno a persone in sovrappeso. Un pasto di circa 1.300 calorie (patate fritte, pane, uova fritte) provoca l'aumento dell'infiammazione, un marcitore TNF α . L'infiammazione parte subito: in 30 minuti è già alta e rimane alta per circa otto ore. Questo ci dice che se si eccede nel cibo, nei due pasti o addirittura nei tre, lo stato infiammatorio potrebbe durare per circa 20 ore.

Un pasto di alimenti di origine vegetale – legumi, frutta, verdura, anche un pezzettino di cioccolato – può ridurre drasticamente l'infiammazione, l'ossidazione e anche i livelli dei trigliceridi. Un consiglio potrebbe essere quello di arrivare a mangiare magari non le cinque porzioni, ma almeno una porzione di frutta e verdura durante il pasto, perché massimizzerebbe l'effetto.

Un importante allarme sociale è dato dal consumo di alcol. Il *binge drinking* è praticato dai ragazzi già all'età di 14-15 anni, cioè nella fase post-puberale. Il fatto di ingerire grandi quantità di alcol in poco tempo è ancora più destruente. Il problema è che l'alcol nelle pubblicità viene considerato, anche per motivi economici, alla base del divertimento. È evidente che un esercizio guadagna di più vendendo l'alcol che le bevande analcoliche, pertanto bisognerebbe controllare la vendita degli alcolici. Quelli venduti in bottiglia non dovrebbero nemmeno girare nei centri storici delle città. Occorre inoltre stigmatizzare il pericolo dell'alcol per chi è alla guida. Bisognerebbe far comprendere la gravità dell'omicidio stradale nelle scuole secondarie, nelle medie e nei licei.

Infine, il fumo. Dopo le scoperte avvenute dal 1960 in poi, per cui è stato giustamente condannato, si è avuta una ripresa a tutti i livelli, specie nelle classi sociali meno abbienti. Sono ancora necessarie campagne di sensibilizzazione contro il fumo attivo e passivo.

(28) Cfr. l'audizione di Mauro Serafini, cit.

Riguardo le campagne di sensibilizzazione nell'approccio alle scorrette abitudini alimentari, è necessario che le istituzioni coinvolgano i professionisti che in vari luoghi e a vari livelli si occupano di sanità, per la creazione di percorsi di istruzione e di limitazione. Le campagne di sensibilizzazione dovrebbero essere parte integrante dei programmi scolastici e, nei casi necessari, occorre coinvolgere l'intero nucleo familiare.

L'educazione alimentare dipende dalle abitudini che si hanno in casa. È un discorso legato proprio alla famiglia. I progetti condotti negli Stati Uniti che hanno ottenuto migliori risultati hanno coinvolto le famiglie. Per questo sono utili i corsi di cucina, l'integrazione dell'informazione nutrizionale alle famiglie con figli, in maniera tale da suggerire, anche a casa, dei regimi alimentari che possano essere salutari. Questo non vuol dire non portare il bambino al *fast food*. Non è certo *l'una tantum* che crea il problema, però, sulla base delle frequenze e dei numeri che emergono dalle statistiche, la situazione è abbastanza grave.

4. *Le risorse a disposizione.*

In Italia il Sistema sanitario nazionale attualmente spende il 95% per la cura e soltanto il 5% per la prevenzione⁽²⁹⁾.

Con specifico riferimento alle risorse destinate alla prevenzione e al contrasto dei disturbi alimentari, con la legge di bilancio per il 2022⁽³⁰⁾ è stato istituito il Fondo nazionale per il contrasto ai disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Il Fondo è stato rifinanziato con l'ultima legge di bilancio, che ha anche previsto un Fondo nuovo specificamente destinato alla prevenzione e alla cura dell'obesità.

Tali risorse saranno finalizzate, in particolare, all'attuazione della disciplina *de jure condendo* contenuta nella proposta di legge d'iniziativa parlamentare «*Disposizioni per la prevenzione e la cura dell'obesità*» (A.C. 741-A ed abb.), approvato dalla Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati.

Le risorse stanziate negli anni precedenti hanno consentito il finanziamento di piani di intervento regionali e provinciali volti al miglioramento dell'assistenza alle persone con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA), sia in termini di efficacia clinica che di adeguamento organizzativo, al fine di garantire quanto già raccomandato in letteratura dalle linee guida, dalle raccomandazioni espresse dalla comunità scientifica a livello nazionale ed internazionale e dai documenti di indirizzo del Ministero della Salute. Occorrerebbe, in particolare, garantire:

livelli minimi di cura di base in ogni Regione/Provincia Autonoma;

l'intercettazione precoce degli esordi in modo da consentire la tempestiva individuazione delle risposte più rispondenti ai bisogni e ridurre il ricorso a interventi più intensivi quando non appropriati;

(29) Cfr. l'audizione del Sott. alla Salute, Gemmato, res. sten del 4.03.2025.

(30) Legge 30 dicembre 2021, n. 234, articolo 1, comma 688: nelle more dell'aggiornamento di cui al comma 687, al fine di garantire il contrasto dei DNA, è istituito presso il Ministero della Salute il Fondo per il contrasto dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, con dotazione di 15 milioni di euro per l'anno 2022 e di 10 milioni di euro per l'anno 2023.

il mantenimento dei pazienti il più possibile prossimali al territorio di residenza per favorire sia l'intensità che la continuità delle cure;

la rete dei servizi con progetti di prevenzione e promozione della salute e di cura sia per *target* di popolazione a rischio che per i pazienti con lunga durata di malattia e alto rischio di complicanze mediche;

la realizzazione in ambito aziendale/provinciale di eventi di formazione rivolti a tutti gli operatori implicati a vario titolo nella gestione della problematica DNA;

il coinvolgimento della famiglia dei pazienti nel percorso diagnostico-terapeutico;

l'applicazione in tutte le realtà regionali di un percorso terapeutico specialistico integrato in condizione di urgenza metabolica dedicato alle persone che soffrono di DNA e accedono in Pronto Soccorso (Percorso Lilla) ⁽³¹⁾.

Tuttavia, anche per i suddetti piani di intervento si deve distinguere fra i diversi territori. Il tema delle sperequazioni tra aree diverse del Paese, quindi della scarsità di centri e della capacità di spesa in determinate aree del territorio, segnatamente al Sud rispetto ad altre, purtroppo si riscontra anche nel caso dei corretti comportamenti alimentari ⁽³²⁾.

Sul piano delle iniziative destinate ai giovani e alla prevenzione dei disturbi alimentari anche attraverso lo sport, numerosi sono i progetti del Ministero per lo Sport e i giovani.

Il Ministero per lo Sport e i giovani ha effettuato un primo sondaggio, definendo la campagna «*La tua voce conta*», con un questionario riguardante la qualità della vita, le ambizioni, le preoccupazioni, le prospettive, elementi necessari per orientare le politiche pubbliche: in 40.000 hanno risposto e, con una ponderazione di questi 40 mila, vi sono elementi che consentono di rendere statisticamente utilizzabile il riscontro.

Dal punto di vista delle politiche giovanili, la Carta Giovani nazionale (CGN) è uno strumento estremamente utile che il Ministero per lo Sport ha ultimamente riformulato, rendendolo più dinamico, tanto che in due anni e mezzo gli utenti sono cresciuti e oggi questa carta digitale è attiva per 3,5 milioni di giovani dai 18 ai 35 anni. La Carta non è soltanto uno strumento per fornire delle opportunità di vita – scontistiche, promozioni e quant'altro – ma è uno strumento di relazione e di conoscenza. Il Ministero cercherà di sollecitare e di utilizzare sempre di più questo strumento, dialogando con il Ministero della Cultura per renderlo unico, perché su di esso non vengano solo caricate delle piccole economie, ma perché il cittadino nella fascia di età interessata alla Carta Giovani possa avere la vita semplificata e non si debba orientare tra le varie amministrazioni ⁽³³⁾.

(31) https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1.jspid=5107&lingua=italiano&menu=notizie&p=null

(32) Cfr. l'audizione del Sott. alla Salute, Gemmato, res. sten del 4.03.2025.

(33) Peraltro, è uno strumento che viaggia sulla piattaforma PagoPA e si ha accesso con l'App IO. Nell'ottica della progettualità elaborata dal Sottosegretario all'innovazione

La Carta Giovani prevede altresì convenzioni anche per l'assistenza psicologica, con due entità: *Serenis* e *Unobravo*. È uno strumento al quale apparentemente manca la prossimità, quindi il rapporto fisico, ma che consente di offrire un servizio nell'immediatezza e sta avendo un buon riscontro anche in chiave preventiva. Non è soltanto il segnale di un disagio avvertito, quindi di un'esigenza che passa dalla consapevolezza di dover dialogare con un operatore sanitario, ma dipende anche dalla capacità: « Se hai un problema, io ti rispondo ». Questo convenzionamento è parte dell'offerta dei servizi della Pubblica amministrazione.

Come rappresentato alla Commissione dal Ministro Andrea Abodi, attraverso la costituzione di un Gruppo di lavoro permanente in seno alla Conferenza Stato-regioni e le province autonome, sia per quanto riguarda la delega alle politiche giovanili sia la delega alle politiche sportive, si è riusciti a sottoscrivere nel 2024 un accordo per la condivisione delle risorse finanziarie del Fondo per le politiche giovanili in un ambito di triennalità, cosa mai successa in passato. Il Governo ha rielaborato anche il quadro economico della condivisione del Fondo, erogando il 28% delle risorse alle regioni, il 22% ai comuni, e il 3% alle province. Con il nuovo accordo, gli enti del territorio hanno il 51% delle risorse e lo Stato centrale ha il 49%.

Il Fondo viene finanziato ogni anno attraverso la legge di bilancio ed è gestito dal Dipartimento per le Politiche giovanili e il Servizio civile universale (DPGSCU) della Presidenza del Consiglio dei ministri. La legge di bilancio per il 2024 ha stanziato per il Fondo per le politiche giovanili circa 72,8 milioni di euro, per interventi nazionali, regionali e locali, rispetto ai circa 85,9 milioni di euro stanziati per il 2023 dalla legge di bilancio, e ai circa 90,8 milioni di euro (di cui 5 milioni per attività nazionali nel quadro dell'Anno Europeo dei Giovani) previsti dalla legge di bilancio per il 2022. Per il 2024, la legge n. 213 del 2023 prevede inoltre un fondo di 950 mila euro a favore del Consiglio Nazionale dei Giovani.

Il Fondo nazionale per il Servizio civile universale finanzia gli interventi di servizio civile in base ad una programmazione triennale approvata dal suo organo consultivo – la Consulta nazionale – e dalla Conferenza Stato-Regioni, operando in regime di contabilità speciale, così come previsto dalla normativa vigente. Nel 2024 sono previsti circa 143 milioni di euro per il Fondo, in linea con le risorse stanziate nel 2023⁽³⁴⁾.

Ciò consente di pianificare gli interventi e dare un senso di medio periodo alle politiche che persegono gli stessi obiettivi e che hanno bisogno di continuità oltre che di armonia degli strumenti, anche di carattere finanziario. Occorre misurare l'effetto prodotto dalle politiche comuni, quindi dai bandi, dalle iniziative intraprese, perché nelle eventuali successive richieste di investimenti pubblici ci possa essere la consapevolezza del ritorno sociale ed economico dell'investimento

tecnologica, Butti, di attivare una carta unica che raccolga tutte le informazioni, tutti gli elementi di riconoscibilità – carta d'identità elettronica, codice fiscale, patente e quanto verrà oltre – verrà inserita anche la Carta Giovani per la fascia di età tra i 18 e i 35 anni. È lo strumento che consente, anche stando lontani, di poter conoscere in maniera sempre più strutturata le problematiche.

(34) <https://www.politichegiovanili.gov.it/politiche-giovanili/attivita-internazionali/youthwiki/1-governance-delle-politiche-giovanili/1-7-finanziamento-delle-politiche-giovanili/>

prodotto, ma anche, collegandolo con il tema delle analisi e delle ricerche, della mutazione delle condizioni, quindi della loro efficacia, ancora più evidente dell'effetto prodotto da attività congiunte⁽³⁵⁾.

Secondo quanto riferito alla Commissione dal Ministro Abodi, vi sono tre concetti chiave da perseguire, che sono quelli di accorciare le distanze, stabilire relazioni e offrire opportunità. Questi tre elementi, se ben armonizzati, strutturati, pianificati e promossi possono essere una buona medicina per limitare gli impatti dei disturbi nell'alimentazione in età adolescenziale, perché partono dal presupposto, al di là degli aspetti di ereditarietà, di poter incidere sulle consapevolezze in termini informativi ed educativi e di poter affrontare il disagio nell'ottica della comunione degli interessi, del coinvolgimento in attività di carattere sociale come lo sport e il servizio civile universale in tutte le articolazioni.

È stata segnalata alla Commissione anche l'esistenza di un progetto in atto che si chiama « *Play District – Spazi civici di comunità* »⁽³⁶⁾. Sono 166 progetti distribuiti sul territorio nazionale affidati a Sport e Salute, che è la società di scopo, il soggetto attuatore delle politiche pubbliche che collabora con il Dipartimento per lo sport secondo gli indirizzi del Ministro per lo Sport e le politiche giovanili. In luoghi disagiati, ma non soltanto, dove c'è una progettualità delle federazioni sportive, delle discipline sportive associate, enti di promozione, enti del Terzo settore, attraverso lo sport gratuito si affronta il tema della socialità, quindi si usa lo sport in chiave di benessere, quello che la Costituzione definisce benessere psicofisico.

Un secondo orientamento più strutturato, invece, lo fornisce il progetto RETE⁽³⁷⁾, che è stato sviluppato, in collaborazione con Invitalia, in sette regioni, quattro delle quali hanno già iniziato le attività. È un progetto in collaborazione con le amministrazioni regionali e comunali, con le università, con le Camere di commercio e con le imprese. Le sedi sono aperte in Sardegna, Piemonte, Veneto e Campania, a Nuoro, Novara, Verona e Salerno, e saranno presto attive anche in Abruzzo, a L'Aquila, in Puglia a Brindisi e in Sicilia a Palermo. È in corso un'interlocuzione con le regioni Calabria, Molise, Basilicata, Umbria e Marche. L'obiettivo è quello di coinvolgere tutte le regioni d'Italia tra il 2025 e il 2026 ed in seguito i rispettivi comuni⁽³⁸⁾.

Secondo quanto riferito dal Ministro Abodi, il progetto RETE andrebbe agganciato al Servizio civile, che, al suo interno, ha progetti

(35) Cfr. l'audizione del Ministro per lo Sport e i giovani, Andrea Abodi – res. sten. del 23.10.2024.

(36) Il programma, con un *budget* di circa 15 milioni di euro, ha l'obiettivo di promuovere attività sportive e sociali a livello nazionale. Finanzia progetti realizzati da associazioni e società sportive dilettantistiche in collaborazione con enti pubblici (Comuni, università, scuole, ecc.) e le organizzazioni del Terzo Settore, sostenendo la creazione di spazi dedicati allo sport e attività sociali. L'iniziativa è rivolta ai giovani tra i 14-34 anni, in particolare a coloro con minori opportunità.

(37) Il Progetto Rete è promosso dal Ministro per lo Sport e i Giovani attraverso il Dipartimento per le Politiche Giovanili e il Servizio Civile Universale della Presidenza del Consiglio dei ministri, in collaborazione con Invitalia, che prevede l'apertura e gestione di 12 *Hub* territoriali pilota. Gli *Hub* sono luoghi aperti a chi vive nel territorio, ma accessibili anche da remoto.

(38) Questi progetti hanno degli *hub* che consentono un orientamento al lavoro professionalizzato, quindi presuppongono il coinvolgimento delle imprese. Sono diciotto mesi di esperienza a disposizione dei giovani, con *stage* in imprese italiane in Italia e all'estero.

dedicati in modo specifico all'educazione alimentare. È un progetto che si è evoluto significativamente, evitando che fosse semplicemente un anno di cittadinanza attiva. È stato modificato perché la natura dello strumento, così com'era, aveva bisogno non di entrare nelle politiche del lavoro, ma allo stesso tempo di non rimanerne troppo lontano. Quindi, sempre nell'ottica delle opportunità, il Ministero effettua una certificazione delle competenze e vi è una riserva del 15% dei posti nei concorsi pubblici per chi ha fatto il servizio civile.

Il progetto orientato al disagio giovanile e rivolto alla sua intercettazione preventiva, a partire dalle manifestazioni in ambito scolastico, si chiama « Giovani comunità ». Sono stati stanziati 30 milioni di euro, che saranno messi a bando per progetti dedicati agli organismi coinvolti nel programma Spazi civici di comunità ed anche con enti del Terzo settore.

Il progetto « Giochi della gioventù » collega l'attività sportiva a scuola con altri quattro temi importanti che sono stati oggetto di un accordo sottoscritto con vari Dicasteri, tra cui quello per le disabilità, l'agricoltura e sovranità alimentare, la salute e l'ambiente e la transizione energetica, perché questi quattro temi rappresentano elementi educativi civici che possono e devono accompagnare il percorso dei Giochi della gioventù per dare a tale competizione significati che vanno oltre le graduatorie sportive. È un percorso di alfabetizzazione civica della quale si avverte il bisogno.

Alcuni progetti sono stati affidati alla società « Sport e Salute », con il coordinamento del Dipartimento per lo Sport, sotto « *l'Ombrello dello Sport di tutti* », che è in pratica la sintesi dell'articolo 33 della Costituzione per ciò che riguarda proprio il riconoscimento del valore dello sport. All'interno di tale progetto sono previsti i bandi: Inclusione, Quartieri, Parchi, Parchi 4-14, Carceri. Vi è poi l'iniziativa « Bici in Comune », rivolto a tutti i comuni italiani con l'obiettivo di finanziare progetti che promuovano la mobilità ciclistica come strumento per uno stile di vita sano e attivo, oltre a favorire lo sviluppo del cicloturismo⁽³⁹⁾.

Attraverso il bando « Sport e periferie », fondo istituito dal Governo per realizzare interventi edilizi per l'impiantistica sportiva, volti, in particolare, al recupero e alla riqualificazione degli impianti esistenti, individuando come finalità il potenziamento dell'agonismo, lo sviluppo della relativa cultura, la rimozione degli squilibri economico-sociali e l'incremento della sicurezza urbana, nell'ultimo anno e mezzo sono stati erogati 170 milioni di euro per infrastrutture pubbliche e sportive, tra cui il « progetto Caivano » e il « progetto *Playground* », che rappresentano plasticamente l'esigenza di intervenire sul disagio sociale giovanile e ripristinare le condizioni minime delle relazioni umane, riconquistando spazi non soltanto di socialità, ma anche di legalità.

Quello di Caivano è un progetto multidisciplinare che ha avuto emblematicamente la sua rappresentazione nel centro sportivo abbandonato da 12 anni, che è stato dedicato a un cantante napoletano simbolico, Pino Daniele, proprio perché si voleva dare a quel centro sportivo, al quale si assocerà un nuovo *auditorium*, il significato di luogo multidisciplinare non soltanto per le tantissime discipline – oltre

(39) <https://www.sportesalute.eu/bicincomune.html>

30 — ma anche per l'arte e la cultura in tutte le sue forme, quindi naturalmente la musica⁽⁴⁰⁾.

Il progetto *Playground*, in 1.548 comuni del Sud sotto i 10.000 abitanti, è dedicato alle asimmetrie territoriali, cioè a quegli scostamenti tra le situazioni più avanzate e quelle rimaste più indietro, favorendo la presenza di una palestra in ogni scuola. Questi 1.548 impianti, dei quali ne sono stati già realizzati più di 1.050 e che saranno completati nel corso del 2025, sono luoghi nei quali liberamente, anche con il concorso delle associazioni, delle società sportive dilettantistiche e degli enti del Terzo settore si potrà fare sport contrastando anche i disturbi dell'alimentazione, cercando di intervenire sul metabolismo, non soltanto quello fisico, ma anche quello relazionale, quello sociale, che è altrettanto importante, per rafforzare le difese immunitarie individuali e sociali che lo sport riesce a garantire.

Il Ministro per lo Sport e i giovani si è impegnato, in collaborazione con il Ministro dell'Istruzione e del merito, a portare a termine, entro i prossimi tre anni, la copertura del primo, del secondo e del terzo anno delle elementari attraverso personale qualificato. Un indicatore dell'Organizzazione Mondiale della Sanità è infatti preoccupante: *standard internazionali* prevedono un'ora di attività motoria per gli adolescenti, ma in Italia meno del 5% rispetta questo parametro. Ciò vuol dire che il 95% non fa educazione fisica, non fa sport almeno un'ora al giorno.

Inoltre, circa il 60% delle scuole non ha una palestra e il programma didattico prevede al massimo due ore a settimana di educazione motoria. C'è il tema della formazione dei formatori, non secondario, che riguarda l'avviamento allo sport, il rapporto tra le scuole e il tessuto sportivo esterno, quindi l'apertura di palestre o, dove ci sono, l'utilizzo di impianti pubblici di prossimità per le scuole che non hanno la palestra. Questo è il programma dell'agenda condivisa. Il Ministero per lo Sport e i giovani ha chiesto una quantificazione degli investimenti necessari per poter implementare il programma didattico, stabilizzando il quarto e il quinto anno della scuola primaria e inserendo il primo, il secondo e il terzo⁽⁴¹⁾.

Si sta cercando di qualificare il personale docente e, per le scuole che non hanno palestre, di attrezzare un cortile, un corridoio o un'aula, attraverso una iniziativa affidata alla società Sport e Salute, prevista dal bando «Spazi non convenzionali», perché, prima ancora della pratica sportiva, ci dev'essere la predisposizione culturale all'attività sportiva e motoria che, a volte, prescinde dalla presenza di infrastrutture, perché le città stesse possono essere delle infrastrutture sportive, laddove si realizzano impianti a cielo aperto come i *playground* o piste ciclabili.

(40) Il «sistema Caivano», peraltro, non riguarda soltanto il centro di 25.000 metri quadri che è vissuto con grande entusiasmo da parte dei caivanesi e dall'*hinterland* napoletano in generale, ma la riqualificazione delle quattro palestre scolastiche, un *playground* e un nuovo impianto di atletica, con un nuovo stadio, e un campo di calcio, nonché la sede della Protezione civile, dove verrà realizzata un'arena. Cfr. l'audizione del Ministro per lo Sport e i giovani, Andrea Abodi — res. sten. del 23.10.2024.

(41) Il Ministero per lo Sport e i giovani sta lavorando con il Ministero dell'Università e della ricerca per qualificare, nell'ottica della psicomotricità, la laurea in scienze motorie, perché la laurea in scienze motorie è molto più orientata alla dimensione medico-scientifica che alla dimensione di psicomotricità, quindi alla didattica.

Attraverso il decreto-legge n. 60 del 2024, cosiddetto « decreto Coesione »⁽⁴²⁾, sono stati erogati 200 milioni di euro per le palestre scolastiche, dando continuità agli indirizzi presenti nel PNRR, in cui erano stati messi a disposizione 300 milioni.

Da ultimo, è stato annunciato alla Commissione dal Ministro per lo Sport e i giovani un prossimo provvedimento in cui si prevede di stanziare somme superiori ai 100 milioni di euro per la riqualificazione degli oratori.

5. *Le strategie di prevenzione.*

Per parlare di prevenzione e cura dei disturbi alimentari occorre avere la consapevolezza del problema e conoscerlo scientificamente. Dopodiché, la prevenzione va fatta con progetti scolastici, con il riconoscimento a livello clinico precoce degli stati patologici e con l'attuazione di misure correttive che possano evitare lo sviluppo dell'obesità, come lo sport e la corretta alimentazione⁽⁴³⁾.

La scuola riveste un'assoluta importanza nel rapportare il bambino tra la famiglia in cui nasce e la società in cui vivrà. La prevenzione primaria va fatta in età infantile, bisogna parlare di vera e propria malattia dell'obesità e non aver paura di urtare la suscettibilità del futuro bambino obeso. Bisogna far comprendere alle famiglie che la conoscenza del problema è fondamentale per riconoscerlo e sapere che l'istruzione è una consapevolezza, perché una popolazione colta è una popolazione libera e attenta⁽⁴⁴⁾.

Su questo tema, come su tanti altri temi di rilevanza sociale, il Ministero per lo Sport e i giovani ha destinato alla sensibilizzazione una giornata a livello nazionale, il 15 marzo. Una delle parole chiave è « consapevolezza », che è data anche dagli aspetti quantitativi, dalle analisi, dai numeri che emergono sulla salute mentale, dai flussi informativi che arrivano dai reparti di pronto soccorso e dalle prese in carico da parte delle strutture territoriali⁽⁴⁵⁾.

A detta del Ministro Abodi, auditò dalla Commissione nella seduta del 23 ottobre 2024, si dovrebbe partire dagli spunti che derivano dall'articolo 31 della Costituzione, che parla della gioventù in una

(42) La misura ha rinnovato fino al 15 giugno 2024 gli incarichi dei 6.147 collaboratori scolastici assunti a tempo determinato a supporto dei progetti del PNRR e di Agenda Sud, attraverso uno stanziamento aggiuntivo di 18,5 milioni di euro. Con lo stesso provvedimento si accelera altresì l'impiego delle risorse, pari a circa 450 milioni di euro, del Programma nazionale « Scuola e competenze » 2021-2027. Tali misure sono volte a rendere più rapida ed efficiente la mobilitazione di notevoli risorse stanziate per progetti di potenziamento delle infrastrutture sportive nelle scuole, per la fornitura di arredi didattici innovativi, per la fascia di età fino a 6 anni e per la realizzazione di laboratori avanzati dedicati allo sviluppo di specifiche competenze tecniche e professionali (<https://www.mim.gov.it/-/dl-coesione-si-al-rinnovo-degli-incarichi-di-6-147-collaboratori-scolastici-al-via-mega-piano-infrastrutturale>).

(43) Cfr. l'audizione di Gianluigi de' Angelis, ordinario di gastroenterologia e direttore della Scuola di specializzazione in malattie dell'apparato digerente dell'Università di Parma – res. sten. dell'8.11.2023.

(44) Il professor de' Angelis afferma che bisogna riconoscere precocemente gli stati patologici, la consapevolezza degli stili di vita che possano comportare delle evoluzioni differenti e la fondamentale importanza dell'ambiente familiare. Le famiglie dove i genitori sono obesi sono famiglie dove non c'è una cultura del cibo e della quantità del cibo, che spesso viene tradotta ai figli in maniera assolutamente spontanea.

(45) Cfr. l'audizione del ministro per lo Sport e i giovani, Andrea Abodi – res. sten. del 23.10.2024.

modalità che probabilmente è figlia del tempo, che rispecchiava le attenzioni nei confronti della gioventù, che veniva assimilata alla natalità e alla prima adolescenza, parlando di protezione, termine che dovrebbe evolvere in una dimensione più contemporanea, perché i giovani non hanno più bisogno di protezione nel senso classico, ma di relazioni, di prossimità e di opportunità.

L'articolo 32 della Costituzione afferma che la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo. L'oggetto dell'indagine riguarda la tutela della salute, ma non sempre i disturbi alimentari vengono considerati patologie conclamate e quindi affrontate con il supporto del Servizio sanitario nazionale (SSN) nel dovuto modo, anche dal punto di vista dell'assistenza psicologica che si affianca all'assistenza della patologia fisica che si manifesta in tutte le sue forme gravi, fino ad arrivare a situazioni limite.

Il terzo riferimento costituzionale è quello che riguarda lo sport, che è confluito nell'articolo 33 della Costituzione: «*La Repubblica riconosce il valore sociale, educativo e di promozione del benessere psicofisico dell'attività sportiva in tutte le sue forme*».

La relazione tra parti dei suddetti tre articoli consentirebbe di inquadrare il fenomeno con una metodologia più efficace, più orientata alla cultura della prevenzione che alla cultura della cura, che arriva quando certi fenomeni si manifestano in tutta la loro drammaticità. Nelle analisi appare una significativa e sistematica anticipazione dell'età nella quale insorge la consapevolezza o, comunque, insorgono i segnali degli effetti dei disturbi alimentari, indipendentemente dalle loro cause.

È importante, secondo il Ministro Abodi, la collaborazione tra i ministeri, perché la strategia dev'essere comune e condivisa. La coprogettazione, la coprogrammazione e il cofinanziamento vanno collegati alla collaborazione tra i vari livelli istituzionali, a partire dal rapporto tra lo Stato centrale e le regioni, con le quali ci sono significativi e importanti segnali di collaborazione, che si allarga sia agli aspetti patologici che riguardano il disagio in tutte le sue forme, le dipendenze e le devianze, sia, in chiave propositiva e positiva, all'orientamento specialmente al lavoro e comunque agli aspetti della vita, partendo da situazioni meno drammatiche e meno traumatiche.

Nell'ottica della prevenzione dell'obesità infantile e giovanile, il professor Mauro Serafini, auditò dalla Commissione nella seduta del 22 maggio 2024, ha indicato tre linee di azione su nutrizione e salute⁽⁴⁶⁾.

La prima: famiglie e istruzione. Oltre a una corretta informazione nutrizionale nelle scuole, potrebbe essere utile la pubblicazione e la diffusione di *vademecum*, opuscoli, fumetti, o qualsiasi altra modalità di comunicazione, per una corretta alimentazione, facendo capire l'importanza della nutrizione per la salute dell'essere umano e del pianeta. Bisogna coinvolgere le famiglie, perché è in quel contesto che si sviluppa la problematica legata al cibo e all'obesità; bisogna coinvolgerle con eventi sulla conoscenza del cibo, la cultura alimentare, il benessere, la sostenibilità, le corrette porzioni, con attività molto pratiche: corsi di cucina per le famiglie insieme ai bambini, fare

(46) Cfr. l'audizione di Mauro Serafini, professore ordinario di Scienze tecniche e dietetiche applicate presso l'Università degli studi di Teramo – res. sten. del 22.05.2024.

laboratori di gastronomia, creare degli orti, far vedere a bambini e bambine il cibo – magari con una piccola gita al mercato – scegliere gli alimenti, cucinarli. In altre parole, fargli mettere le mani « in pasta », far capire l’importanza e il piacere di poter interagire con il cibo.

La seconda linea di azione riguarda il monitoraggio. A livello ospedaliero si agisce molto, però l’idea è quella di aprire sportelli di ascolto nutrizionali, organizzati e gestiti da professionisti della nutrizione, dove si possa parlare del rispetto delle raccomandazioni, della dieta mediterranea, in un contesto non ospedaliero. Bisognerebbe operare un monitoraggio di tutti i parametri, dei suggerimenti nutrizionali legati alle raccomandazioni o altri, come lo *stress* post-prandiale, la crono-nutrizione, l’autovalutazione nel tempo. Molto spesso le persone abbandonano un regime dietetico da seguire prima del tempo. Il monitoraggio della massa magra e grassa può essere fatto a distanza e tutto ciò porterebbe a una raccolta di dati epidemiologi molto utili per capire, nei vari quartieri e nelle città, le condizioni e l’effetto dei trattamenti.

La terza linea di azione si riferisce alla cosiddetta « cordialità nutrizionale ». Molto spesso le persone non si recano dal nutrizionista, non vanno in ospedale per fare una valutazione perché hanno paura che gli venga proibito il consumo di ciò che gli piace. L’approccio del nutrizionista dovrebbe essere più cordiale per cercare anche di venire incontro alla voglia di piacere gastronomico delle persone, senza eccezioni.

Il discorso dell’offerta alimentare è più complesso. Per fare in modo che anche le persone a basso reddito possano accedere a prodotti di alta qualità, sostenibili, si potrebbe pensare ad un « *bonus* spesa mediterraneo » che non sia legato solo a prodotti di origine animale, ma che comprenda frutta, verdura e legumi o con l’offerta di frutta e verdura *gratis* nei ristoranti per i minori, che potrebbe essere un modo per avvicinarli al consumo di questa tipologia di alimenti.

Il Ministero della Salute si è fatto promotore di numerose campagne, coordinate sia a livello nazionale che locale, per promuovere stili di vita sani e informare la popolazione sui rischi legati a queste patologie⁽⁴⁷⁾. Tali attività sono state rivolte a tutti i principali *stakeholder*: non solo la popolazione in generale, ma anche gli operatori di settore, le imprese e le associazioni di categoria.

Già nel 2007 il Ministero ha attivato, come progetto del programma di attività del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM), poi inserito nelle sorveglianze di rilevanza nazionale dal 2017, « OKkio alla salute » che è il sistema di sorveglianza sul sovrappeso, l’obesità e i fattori di rischio correlati nei bambini delle scuole primarie nella fascia di età 6-10 anni. Obiettivo principale è descrivere la variabilità geografica e l’evoluzione nel tempo dello stato ponderale, delle abitudini alimentari, dei livelli di attività fisica svolta dai bambini e delle attività scolastiche favorenti la sana nutrizione e l’esercizio fisico, al fine di orientare la realizzazione di iniziative utili ed efficaci per il miglioramento delle condizioni di vita e di salute dei bambini delle scuole primarie.

(47) Cfr. la relazione del Sottosegretario alla Salute, on. Marcello Gemmato – res. sten. del 4.03.2025.

Con « OKkio alla salute » l'Italia partecipa all'iniziativa della regione europea dell'Organizzazione mondiale della sanità (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 con altri Paesi dell'area mediterranea.

La partecipazione delle regioni, che a livello territoriale svolgono la funzione di *leadership* del « sistema di promozione della salute », è un elemento chiave delle strategie nazionali di prevenzione. Il Piano nazionale di prevenzione (PNP) prevede lo sviluppo di programmi di promozione della salute, anche trasversali ai principali fattori di rischio, condivisi tra servizi sanitari e sociosanitari, istituzioni educative e datori di lavoro, attivando reti e comunità locali. Nel Piano sono indicate quali « Linee strategiche di intervento » che tutte le regioni devono perseguire nei Piani regionali della prevenzione (PRP), il contrasto all'obesità/sovrapeso, la riduzione dell'inattività fisica e della sedentarietà, l'aumento del consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo eccessivo di sale e la promozione dell'utilizzo del sale iodato.

Il PNP 2020-2025 prevede, inoltre, la realizzazione di programmi predefiniti (PP), correlati ad uno o più obiettivi strategici dei macro obiettivi, che tutte le regioni sono tenute a implementare e a monitorare attraverso indicatori uguali per tutte. I programmi predefiniti « Comunità attive », « Scuole che promuovono salute » e « Luoghi di lavoro che promuovono salute » contemplano, tra l'altro, la realizzazione di azioni finalizzate alla prevenzione e al contrasto del sovrappeso e dell'obesità.

Il programma predefinito « Comunità attive » prevede strategie multisettoriali per favorire l'integrazione delle politiche sanitarie con quelle sociali, sportive, turistiche, culturali, economiche e ambientali, e creare contesti favorevoli all'adozione di uno stile di vita attivo in condizioni di equità sociale. Il programma predefinito « Scuole che Promuovono Salute » mira a sostenere l'*empowerment* individuale e di comunità nel *setting* scolastico in un'ottica intersetoriale, a promuovere il rafforzamento di competenze di tutti gli attori della comunità scolastica e a favorire modifiche strutturali e organizzative per facilitare l'adozione di stili di vita salutari. Il programma predefinito « Luoghi di lavoro che promuovono salute » sostiene la promozione della salute negli ambienti di lavoro secondo il modello *Workplace Health Promotion* (WHP), raccomandato dall'OMS⁽⁴⁸⁾.

Secondo i dati acquisiti dalla Commissione, particolarmente rilevante è l'adozione da parte del Ministero della Salute del documento recante le « Linee di indirizzo per la prevenzione e il contrasto del sovrappeso e dell'obesità » di cui all'Accordo Stato-regioni del 27 luglio 2022, che risponde all'esigenza di rafforzare le iniziative di prevenzione e controllo, favorendone la connessione con il disegno strategico generale e di garantire una maggiore omogeneità di azioni a livello nazionale e regionale⁽⁴⁹⁾. Il documento è stato elaborato dal tavolo di lavoro istituito *ad hoc* con la partecipazione delle società scientifiche e dei principali enti nazionali di riferimento per la materia. Il documento

(48) <https://www.epicentro.iss.it/lavoro/WorkplaceHealthPromotion2014>.

(49) *Ibidem*.

riconosce l'obesità quale malattia multifattoriale e sottolinea che l'aumento del fenomeno registrato negli ultimi quarant'anni indica che le cause non vanno ricercate unicamente a livello individuale o genetico – aspetti che sono infatti rimasti invariati nel tempo – ma sono subentrati fattori di ordine sociale ed economico, sempre più incisivamente con il passare del tempo.

Le linee d'indirizzo forniscono elementi di *policy* di sistema sulle azioni necessarie per la prevenzione e il contrasto del sovrappeso e dell'obesità, in particolare quella infantile, con l'obiettivo di: promuovere uno stile vita sano e attivo, prevenire sovrappeso/obesità nel contesto urbano, a scuola e nei luoghi di lavoro; fornire agli operatori e ai decisori istituzionali uno strumento per scelte organizzative e comportamenti professionali omogenei; individuare un percorso integrato e condiviso tra l'area preventiva e quella clinica per un precoce, sinergico e simultaneo inquadramento preventivo e clinico-nutrizionale, che rappresenti anche un anello di raccordo tra la medicina di base, i Servizi igiene alimenti e nutrizione (SIAN) dei dipartimenti di prevenzione e i diversi *setting* di cura specialistici ambulatoriali/ospedalieri; fornire indicazioni per la formazione degli operatori coinvolti e per le strategie di comunicazione, con attenzione alla riduzione dello stigma e del bullismo.

Inoltre, sono delineati gli indirizzi per garantire una gestione integrata tra i diversi ambiti di competenza preventiva e clinico-nutrizionale delle persone in sovrappeso/obese attraverso la definizione di Percorsi preventivi diagnostico-terapeutici dedicati (PPDTA) per bambini e adolescenti, adulti e anziani, e la realizzazione di una rete nutrizionale territorio-ospedale per la prevenzione e la cura⁽⁵⁰⁾.

Il « PPDTA Obesità », mediante l'innovativa integrazione tra prevenzione e cura, pur nel rispetto delle specifiche competenze, mira, in modo condiviso e sinergico, alla stabile adozione da parte del paziente di uno stile di vita consapevole, sostenibile e salutare. Inoltre, i progetti CCM 2022 « Prevenire e ridurre l'eccesso ponderale nella popolazione in età adolescenziale attraverso la costruzione di un PPTDA integrato » e « Applicazione di percorsi preventivi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PPDTA) per la gestione integrata dei soggetti in sovrappeso/obesi attraverso interventi mirati efficaci, appropriati e sostenibili partendo dalla rete sanitaria già esistente », in corso di attuazione, tendono a fornire e sperimentare strumenti ed approcci pratici.

Al fine di definire modalità operative comuni e percorsi condivisi, evitando il proliferare di iniziative non coordinate, che avrebbero potuto ostacolare una collaborazione proficua e il raggiungimento di obiettivi a beneficio dei cittadini, nel 2017 è stato istituito il Tavolo tecnico sulla sicurezza nutrizionale (TaSiN), che svolge funzioni di osservatorio, previste dall'Accordo del 24 novembre 2016, approvato in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. Nell'ambito del TaSiN sono presenti componenti di varie professionalità, appartenenti alle istituzioni centrali e

(50) Il percorso di presa in carico PPDTA si articola in tre livelli: 1) assistenza territoriale convenzionata (pediatra di libera scelta o medico di medicina generale); 2) dipartimento di prevenzione e centri *spoke* della rete clinico-nutrizionale; 3) centri ospedalieri, ad alta specializzazione, per la cura dell'obesità grave o con complicanze in età pediatrica/adulta/geriatrica (centri hub).

regionali, alle società scientifiche, al mondo accademico e al settore produttivo.

Il TaSiN si avvale, inoltre, della collaborazione della rete dei Tavoli tecnici regionali sulla sicurezza nutrizionale (TaRSiN), istituiti ad oggi presso sedici regioni – Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Sicilia, Umbria, Valle D'Aosta, Veneto – e nelle due province autonome di Trento e Bolzano.

Secondo quanto riferito alla Commissione, inoltre, il Ministero alla Salute intende investire in nutrizione creando un tavolo nazionale permanente sulla nutrizione che sia punto di riferimento del Paese sul tema e che coinvolga, *in primis*, il Ministero dell'Istruzione e del merito, il Ministero dell'Università e della ricerca e il Dipartimento per lo sport, per parlare ai giovani e con i giovani di come prevenire la malnutrizione in eccesso e anche in difetto. Tra gli obiettivi del tavolo, inoltre, ci sarà anche l'individuazione di strategie volte a implementare a livello territoriale i servizi di dietetica e nutrizione clinica per la presa in carico dei pazienti che hanno già sviluppato sovrappeso e obesità. Al tavolo parteciperanno tutti gli attori della catena agroalimentare, dalla produzione primaria all'industria e alla grande distribuzione organizzata, fino alla ristorazione. Infine, si intende sostenere campagne istituzionali di sensibilizzazione alla sana alimentazione, anche con riferimento ai corretti stili di vita, che rappresentano un vero patrimonio di salute per tutta la vita⁽⁵¹⁾.

Al fine di promuovere l'educazione alimentare e incentivare l'instaurarsi di sane abitudini alimentari fin dalla giovane età, il Ministero della Salute ha sviluppato anche un percorso didattico rivolto agli studenti delle scuole di ogni ordine e grado. Per la scuola primaria è stata realizzata la pubblicazione « *La Nutrizione giocando: principi di base per una corretta alimentazione* », composta da due volumi, uno rivolto agli insegnanti da utilizzare per trasmettere al bambino i concetti basilari della sana alimentazione, mediante semplici informazioni relative alla definizione di nutrienti, alla corretta lettura dell'etichetta, ai metodi di cottura dei cibi fino alla sicurezza a tavola; il secondo, rivolto direttamente al bambino, in cui sono presenti schede riassuntive, illustrazioni e giochi educativi da svolgersi in classe o a casa, in autonomia o in gruppo.

A seguire, è stata predisposta una seconda pubblicazione: « *Nutri i tuoi perché* », destinata ai ragazzi delle scuole secondarie di primo grado, nella quale sono approfonditi i principi dell'alimentazione e della nutrizione, attraverso un linguaggio semplice e accattivante, accompagnato da simpatiche vignette con cui i ragazzi possono familiarizzare con argomenti quali macro e micronutrienti, dieta mediterranea, importanza della prima colazione, gestione dei pasti fuori casa, sviluppo di un rapporto sano con il cibo e con il proprio corpo e influenza delle scelte alimentari sul benessere e la *performance* fisica.

L'obiettivo non è informare, ma stimolare la riflessione, incoraggiando i ragazzi a diventare protagonisti attivi della propria salute e del proprio benessere.

(51) Cfr. audizione del Sottosegretario alla Salute, on. Marcello Gemmato, del 4.03.2025.

La terza pubblicazione, « *Scelta consapevole: Nutrizione, Dieta Mediterranea e Spreco Alimentare a Portata di Etichetta* », ideata per gli studenti della scuola secondaria di secondo grado, si pone in continuità con le due precedenti e, con un linguaggio adatto ai giovani, esplora nelle loro molteplici relazioni argomenti chiave come la sostenibilità, la sana alimentazione, lo spreco, l'etichettatura degli alimenti, le allergie e le intolleranze alimentari.

A livello divulgativo, sull'importanza di adottare uno stile di vita sano, sono state realizzate diverse iniziative informative:

Quanto pesa il sovrappeso... non aspettare passa all'azione! Un opuscolo e una locandina che forniscono una panoramica sui concetti di sovrappeso e obesità, offrendo indicazioni pratiche per seguire una dieta sana ed equilibrata completa di tutti i principi nutritivi;

Salute a portata di mano – Decalogo per il consumo di frutta e verdura. Un opuscolo, che consiste in dieci consigli utili, per sensibilizzare sull'importanza di inserire quotidianamente almeno cinque porzioni di questi alimenti nella propria alimentazione, sottolineando i numerosi benefici per la salute. Numerose prove scientifiche hanno dimostrato che il consumo quotidiano di almeno 5 porzioni tra frutta e verdura di stagione riduce la mortalità per malattie croniche (obesità, tumori, malattie cardiovascolari, ictus, diabete) e migliora la qualità della vita, diminuendo il numero di anni di vita trascorsi in cattive condizioni di salute;

Parliamo di Dieta Mediterranea. L'opuscolo illustra gli effetti positivi di questo modello alimentare che, con i suoi prodotti tipici, diventa espressione della storia e della cultura, la cui riscoperta rappresenta un importante occasione per sottrarsi all'omologazione delle abitudini alimentari, salvaguardando la biodiversità alimentare;

Decalogo per il corretto consumo di latte & yogurt nell'alimentazione quotidiana. In dieci punti sono riassunti i benefici del consumo di questi alimenti per un'alimentazione varia ed equilibrata;

Alimentazione 11 e lode. Un *vademecum* per un'alimentazione in salute che consiste in undici consigli per sottolineare l'importanza di una alimentazione varia ed equilibrata sia sul piano qualitativo che quantitativo;

La dieta è una cosa seria. Un *position spot* che focalizza l'attenzione sull'importanza di una adeguata alimentazione, quale elemento necessario per la protezione della salute e sulla necessità che il cittadino si rivolga ad un *team* multidisciplinare di professionisti della salute, per contrastare l'adozione di diete prive di fondamento scientifico.

Al fine di migliorare il livello di comprensione del cittadino in relazione alle etichette dei prodotti alimentari, il Ministero della salute ha elaborato l'opuscolo « *Etichettatura degli alimenti: cosa dobbiamo sapere?* », che riporta le indicazioni stabilite dal Regolamento (UE)

1169/2011⁽⁵²⁾ relativo alla fornitura di informazioni sugli alimenti ai consumatori e dal Regolamento (CE) 1924/2006⁽⁵³⁾ relativo alle indicazioni nutrizionali e sulla salute fornite sui prodotti alimentari.

Inoltre, in collaborazione con il Ministero delle Imprese e del *made in Italy* (MIMIT) e con il Ministero dell'Agricoltura, della sovranità alimentare e delle foreste (MASAF), è stato elaborato lo schema di etichettatura fronte pacco, denominato *NutrInform Battery* che permette di rappresentare graficamente, in etichetta, la percentuale assunta di energia e nutrienti rispetto alla porzione di consumo consigliata dell'alimento.

Al riguardo è stata prodotta un'applicazione *ad hoc*, semplice e intuitiva, in grado di sommare l'impatto nutrizionale degli alimenti che si consumano durante la giornata, suggerendo per ognuno la porzione appropriata. L'app permette di monitorare attraverso il simbolo della batteria il consumo giornaliero di 5 elementi che sono alla base di una corretta alimentazione: calorie, grassi, grassi saturi, zuccheri, sale; il consumatore, inquadrando il codice a barre dei prodotti confezionati, può conoscere la percentuale di calorie e nutrienti consumati nel corso della giornata, in riferimento alla porzione degli alimenti consigliata dai nutrizionisti secondo i valori stabiliti dall'Autorità europea per la sicurezza alimentare (EFSA).

Per quanto concerne le iniziative rivolte agli *stakeholder*, in linea con gli obiettivi dei piani d'azione promossi dall'OMS e dall'UE, sono state elaborate, nel 2022, le « *Linee di indirizzo per la prevenzione e il contrasto del sovrappeso e dell'obesità* ».

Sempre a livello ministeriale, nelle strategie di promozione di corrette abitudini alimentari, particolare interesse riveste la ristorazione collettiva. A tale riguardo è stato elaborato il documento « *Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera, assistenziale e scolastica* » che sottolinea il ruolo sanitario della ristorazione collettiva che, pur dovendo rispettare i gusti e le aspettative degli utenti, ha come scopo primario il miglioramento dello stato di salute della popolazione e l'importanza di far riferimento a modelli alimentari la cui validità è acclarata, contrastando situazioni di malnutrizione per eccesso e per difetto.

Inoltre, per promuovere politiche per un corretto equilibrio nutrizionale e perseguire la verifica e il controllo della sicurezza all'interno del settore ittico, è stato sottoscritto un protocollo d'Intesa tra il Ministero della Salute con Assoittica Italia. A seguito di tale protocollo, sono state intraprese attività volte a valorizzare i prodotti ittici quali componenti essenziali di una dieta sana ed equilibrata ed aumentare il numero di specie consumate dalla popolazione. In particolare, sono state realizzate le seguenti iniziative:

- « *Un guizzo di salute* ». Ricettario finalizzato alla promozione di specie ittiche che, seppur comuni, risultano poco consumate. Tale ricettario è consultabile attraverso un *QRcode* presente su una locandina esposta nei punti vendita;

(52) <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:304:0018:0063:it:PDF>.

(53) <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/it/ALL/?uri=CELEX%3A32006R1924>.

• « Lo iodio e il mare...Un guizzo di salute ». Ricettario realizzato, con il supporto delle scuole alberghiere nazionali, nell'ambito delle strategie di iodo-profilassi, rivolto agli alunni delle scuole primarie e secondarie al fine di incentivare il consumo dei prodotti ittici ricchi in iodio.

La consapevolezza dell'importanza dell'alimentazione all'interno della comunità e delle conseguenti responsabilità etiche e sociali delle aziende che vi operano, ha rappresentato la principale motivazione per coinvolgere le associazioni di categoria al fine di definire interventi e opportune strategie. Si è pervenuti così, in linea anche con le indicazioni dell'UE e dell'OMS, alla stesura di due documenti finalizzati da un lato, ad indirizzare la commercializzazione di alimenti per l'infanzia e, dall'altro, a condividere alcuni obiettivi di miglioramento della qualità nutrizionale:

Linee di indirizzo per la comunicazione commerciale relativa ai prodotti alimentari e alle bevande, a tutela dei bambini e della loro corretta alimentazione, in cui è prevista un'attività di monitoraggio per il tramite dell'Istituto di Autodisciplina Pubblicitaria (IAP), già operante con un proprio codice generale;

Obiettivi condivisi per il miglioramento delle caratteristiche nutrizionali dei prodotti alimentari con particolare attenzione alla popolazione infantile (3-12 anni), all'interno del quale sono esplicitati gli impegni assunti dal settore produttivo in risposta alle problematiche suggerite dalla componente scientifica del tavolo tecnico.

Infine, si citano i seguenti programmi di ricerca a supporto delle politiche ministeriali:

Disposizioni concernenti la definizione di un programma diagnostico per l'individuazione del diabete di tipo 1 e della celiachia nella popolazione pediatrica. Programma di *screening* pediatrico per il diabete tipo 1 e la celiachia, oggetto della legge 15 settembre 2023, n. 130;

Piano sviluppo e coesione salute (già Piano Operativo Salute) – PSC. Implementa e rafforza le azioni infrastrutturali previste dalla strategia nazionale di specializzazione intelligente (SNSI), nell'ambito del Piano strategico salute – area di specializzazione « salute, alimentazione, qualità della vita ».

Alla luce dello stretto legame tra la presenza di problematiche di salute mentale e obesità, il Ministero della salute ha di recente affidato all'Istituto superiore di sanità il compito di attivare, in collaborazione con le regioni e le province autonome, un sistema di monitoraggio epidemiologico nazionale dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione attraverso l'analisi dati dei flussi informativi regionali e nazionali esistenti e dei dati registrati attraverso la piattaforma informatica ISS sui Centri SSN dedicati ai disturbi del comportamento alimentare⁽⁵⁴⁾.

Nello specifico, tale iniziativa si allinea a quanto già realizzato su scala nazionale attraverso un'iniziativa congiunta Ministero della Salute- Ministero dell'Istruzione e del merito-ISS-AIFA-regioni (Bando CCM

(54) Vedi <https://piattaformadisturbialimentari.iss.it>.

2021) e in linea con quanto previsto dal PNP 2020-2025 e con gli investimenti già effettuati dal Ministero della Salute nell'ambito di questa specifica tematica. Obiettivo di questa iniziativa è quello di produrre dati aggiornati sull'andamento epidemiologico dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione attraverso indicatori sintetici che tengano conto delle caratteristiche cliniche individuali e delle comorbidità associate.

A livello internazionale, l'Organizzazione mondiale della sanità ha promosso il citato studio HBSC – *Health Behaviours in School-aged Children*, (Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare), con cadenza quadriennale, che si è svolto in tutte le regioni italiane a partire dal 2009-2010 fino all'ultima rilevazione del 2022. Lo studio HBSC Italia è finalizzato alla rilevazione dei comportamenti e degli stili di vita degli adolescenti. Lo studio è inserito nel « Sistema di sorveglianza sui rischi comportamentali in età 11-17 anni », riconosciuto, con il dPCM 3 marzo 2017, tra i sistemi di sorveglianza di rilevanza nazionale e regionale istituiti presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ⁽⁵⁵⁾.

Con riferimento all'attività fisica, i documenti « *Linee di indirizzo sull'attività fisica per le differenti fasce d'età e con riferimento a situazioni fisiologiche e fisiopatologiche e a sottogruppi specifici di popolazione* », di cui all'Accordo Stato-regioni del 7 marzo 2019, e « *Linee di indirizzo sull'attività fisica. Revisione delle raccomandazioni per le differenti fasce d'età e situazioni fisiologiche e nuove raccomandazioni per specifiche patologie* », di cui all'Accordo Stato-regioni del 3 novembre 2021, rappresentano strumenti a disposizione degli operatori sanitari, dei decisori e dei diversi *stakeholder* coinvolti a vario titolo nella promozione dell'attività fisica, delineandone competenze e ruoli, in modo che possano progettare e attuare interventi efficaci per la promozione della salute e per la prevenzione.

Fondamentale è l'identificazione di metodi innovativi per la diffusione di uno stile di vita corretto e di consapevolezza dell'importanza di una dieta equilibrata e sana, come quella mediterranea.

Secondo l'Osservatorio Nazionale sull'Obesità Infantile (ONOI) la metodologia innovativa dovrebbe essere rappresentata da un intervento preventivo molto precoce. Vi è l'importanza di un intervento che comincia già durante la fase embrionale, quando il feto all'interno dell'utero materno assapora il gusto di alimenti che la mamma mangia durante la gravidanza. Questo è un primo momento in cui bisogna cominciare a svolgere prevenzione, che riguarda quello che la mamma mangia durante la gravidanza. Successivamente il bambino assumerà il latte della mamma: l'alimentazione della nutrice è estremamente importante, perché il sapore del latte materno crea una sorta di traccia nel cervello del bambino, che comincia a essere predisposto ad assumere quegli alimenti in futuro. Tutto ciò viene poi rafforzato durante l'importantissima fase dell'alimentazione complementare, cioè dell'introduzione degli alimenti solidi, perché in base a quello che il bambino comincia a conoscere con l'introduzione dei cibi solidi si porterà nella vita il gusto che si è determinato in quella fase.

(55) In particolare, HBSC prevede il monitoraggio dei comportamenti a rischio legati alla salute dei ragazzi nella fascia di età 13-15 anni. Nel 2022 la rilevazione in Italia è stata estesa ai 17enni.

Una delle prime e più efficaci strategie per promuovere la salute a lungo termine, non solo nella vita adulta, ma anche nel periodo neonatale e nei bambini, è senza dubbio l'allattamento al seno⁽⁵⁶⁾. Il latte materno offre un *mix* unico e insostituibile di nutrienti, fattori bioattivi e anticorpi che supportano la crescita e lo sviluppo del neonato, ma il suo impatto va ben oltre. Numerosi studi scientifici hanno dimostrato che l'allattamento al seno contribuisce significativamente alla prevenzione di alcune delle principali malattie croniche non trasmissibili come diabete, obesità, malattie cardiovascolari e tumori. Questo effetto protettivo è il risultato di molteplici meccanismi. Per favorire la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento e difendere, presso la popolazione, la consapevolezza dell'importanza dell'allattamento materno come norma naturale, di valore culturale e sociale, in accordo con le Linee di indirizzo nazionali e internazionali, il Ministero della salute ha istituito nel 2012 il Tavolo tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell'allattamento al seno (TAS)⁽⁵⁷⁾.

Infine, l'Autorità Garante per l'infanzia e l'adolescenza ha realizzato un *vademecum* dei diritti dei minorenni nello sport realizzato insieme alla Scuola dello sport di Sport e Salute. Un capitolo è dedicato proprio ai disturbi alimentari, all'inquadramento di che cos'è il fenomeno, perché gli allenatori sportivi sono forse tra i primissimi ad accorgersi se qualcosa non va, quando vedono un corpo che dimagrisce troppo o un corpo che diventa troppo grande, che ingrassa troppo.

6. *L'utilizzo dell'intelligenza artificiale nel contrasto dei disturbi alimentari.*

In questo momento storico l'aiuto maggiore per il contrasto ai disturbi alimentari potrebbe venire dai sistemi di intelligenza artificiale, perché attraverso la creazione di algoritmi e di *network* è possibile creare i modelli che aiutano a predire chi effettivamente andrà in sovrappeso e chi diventerà obeso. Nel campo della sanità negli ultimi anni c'è stato un tasso di crescita assai rilevante dell'applicazione di nuovi algoritmi di intelligenza artificiale, soprattutto quella generativa, ma anche quella predittiva⁽⁵⁸⁾. Alcuni esempi: la diagnosi, i modelli predittivi personalizzati, la diagnostica per immagini, la ricerca farmacologica ed epidemiologica. Riguardo a quest'ultima, nel 2020,

(56) L'allattamento al seno è il principale strumento di prevenzione dell'obesità e di tutto ciò che è legato all'obesità. La promozione dell'allattamento materno permette di superare quelle diseguaglianze socioeconomiche e culturali, che sono anche un determinante importantissimo dell'obesità. Però c'è un sistema di monitoraggio dell'allattamento al seno in Italia ed è una carenza estremamente importante proprio per la conoscenza del fenomeno e quello stesso gradiente che esiste per la prevalenza dell'obesità e per la diminuzione dell'aspettativa di vita esiste anche per l'allattamento. Anche nelle regioni più virtuose, quali per esempio la Lombardia e la provincia autonoma di Bolzano, non si supera il 50% di mamme che allattano almeno in maniera complementare al quinto mese. Quindi, anche la media nazionale è un dato estremamente basso, su cui si potrebbero implementare politiche per la promozione dell'allattamento. Cfr. l'audizione di Marco Silano, direttore del Dipartimento malattie cardiovascolari, endocrino-metaboliche e dell'invecchiamento dell'ISS – res. sten. del 24.07.2024.

(57) <https://www.salute.gov.it/portale/allattamento/dettaglioContenutiAllattamento.jsp?lingua=italiano&id=3894&area=allattamento&menu=vuoto>.

(58) Cfr. l'audizione di Marco Menichelli, esperto di Intelligenza artificiale e di App bio-mediche – res. sten. dell'8.11.2023.

quando c'è stata la pandemia, è stato utilizzato un motore di intelligenza artificiale per ricercare le molecole che potevano essere utili per il contrasto al *virus Covid-19*.

La medicina di precisione, ossia la robotica, oggi viene utilizzata anche nelle sale operatorie. Sono state sperimentate operazioni a distanza, con l'aiuto dell'intelligenza artificiale, anche sulla nutrizione. Le intelligenze artificiali conversazionali potrebbero inoltre rappresentare un ottimo strumento per il contrasto al fenomeno dell'obesità o dei disturbi alimentari nell'età giovanile.

Gli Stati Uniti stanno entrando in una consapevolezza delle complicatezze, per cui si stanno praticando iter terapeutici veramente pericolosi, ad esempio i percorsi della chirurgia bariatrica anche nel bambino. È stato approvato il *bypass gastrico*, attualmente la *sleeve gastrectomy*, ovvero l'asportazione del fondo gastrico con le cellule ormonali, che sta dando i maggiori risultati, mentre il *banding*⁽⁵⁹⁾ è quasi abolito.

In caso di interventi chirurgici per persone in sovrappeso o obese, l'intelligenza artificiale potrebbe individuare il soggetto a maggior rischio e personalizzare gli interventi attraverso la combinazione di semplici variabili presenti nelle cartelle cliniche di tutti i pazienti che, se prese singolarmente, non aiuterebbero a capire chi effettivamente perderà peso dopo l'intervento e chi non lo perderà. Pertanto si realizzerebbe un risparmio, non soltanto in termini di salute, ma anche economico, evitando di inviare a un intervento demolitivo pazienti che non ne trarrebbero beneficio, a meno che non vengano curati o trattati alcuni fattori che contribuiscono a stabilire il rischio per i pazienti, basti pensare al fumo di sigaretta o essenzialmente al diabete⁽⁶⁰⁾.

Nel corso degli anni, oltre ad applicare l'intelligenza artificiale all'analisi dei dati diagnostici e statistici, sono stati fatti esperimenti come quello di realizzare una clinica che può essere utilizzata e interpellata dai pazienti stessi. Si tratta di un prototipo, ma molto funzionale, dotato di caratteristiche interessanti, che si applicano anche al campo nutrizionale⁽⁶¹⁾.

(59) Il *banding* è il bendaggio gastrico, un intervento restrittivo meccanico che riduce forzatamente l'introduzione di cibo. Il paziente mentre mangia percepisce un senso di sazietà, talvolta accompagnato da fastidio o dolore nella parte alta dell'addome. Un minor introito di cibo porta alla perdita di peso. Resta necessaria la collaborazione del paziente nel seguire la dieta indicata e nel frazionare al meglio i pasti. Le linee guida dell'*American Academy of Pediatrics* considerano questo tipo di intervento importante per le classi di obesità seconda, cioè al di sopra del 35% di indice di massa corporea (BMI) e terza al di sopra del 40. Ci sono svariate casistiche: ce n'è una, sempre dell'*American Academy of Pediatrics*, fatta su circa 300/350 ragazzi, che non hanno ancora però un *follow up* abbastanza importante. I criteri sono abbastanza restrittivi, sei mesi di intervento in centri specializzati con complete maturazioni, però è altrettanto vero che non si conoscono gli effetti a lungo termine di questo tipo di interventi, che potrebbe avere delle conseguenze veramente distruttive. Anche i tentativi endoscopici di mettere palloni intragastrici possono dare delle conseguenze negative, non solo dal punto di vista strettamente fisico, ma anche dal punto di vista psichico, perché in pratica è un condizionamento in negativo – cfr. l'audizione di Gianluigi de' Angelis, ordinario di gastroenterologia e direttore della Scuola di specializzazione in malattie dell'apparato digerente dell'Università di Parma – res. sten. dell'8.11.2023.

(60) Cfr. l'audizione di Giovanni Monteleone, professore ordinario di gastroenterologia, Dipartimento di Medicina dei sistemi dell'Università Tor Vergata di Roma e direttore dell'U.O.C. di gastroenterologia del Policlinico Tor Vergata – res. sten. dell'8.11.2023.

(61) A Chesterfield, negli USA, nel 2015 è stato realizzato un interessante caso di telemedicina: un ospedale di quattro piani, senza neanche un letto, dove vi lavorano 330 fra medici e infermieri che gestiscono da remoto circa 2.400 pazienti. Il *Mercy Virtual*

Il *target* di questo sistema — che è un sistema di intelligenza artificiale che può analizzare dei sistemi *Internet of Things* (IoT), cioè dispositivi indossabili in dotazione al bambino, che può dare risposte in tempo reale, che può diagnosticare le anomalie in tempo reale e che può dare consigli nutrizionali e personalizzati ai genitori — non è il bambino, ma è la famiglia. Sono i genitori o chi si occupa del bambino a fare la spesa, a riempire gli scaffali di dolci o di cibi processati o, comunque, a cucinare. Se il bambino viene informato sull'importanza di assumere uno stile di vita sano e di nutrirsi correttamente, ma poi i genitori ignorano questi consigli, probabilmente la sensibilizzazione sarà del tutto inutile. È significativo partire dalla famiglia, quindi informare le famiglie e le persone che si occupano dei ragazzi, in modo che possano mettere nel carrello della spesa solo cibi sani, ma anche *snack* salutari. Esistono, infatti, *snack* o pasti veloci che i bambini possono mangiare.

Il sistema è stato ideato per adattarsi in maniera autonoma — ecco perché si parla di intelligenza artificiale — perché può informare le famiglie, può adattarsi ai gusti oppure al giorno in cui c'è un evento conviviale, quindi con un cambio di dieta, e può anche fornire dei consigli sullo stile di vita, sul tipo di sport che può praticare il ragazzo o la ragazza e sull'integrazione dei micronutrienti. Se non si vuole consumare frutta e verdura, bisogna integrare i micronutrienti, altrimenti la mancanza cronica di micronutrienti può portare a malattie anche gravi.

È importante invogliare le famiglie a comprare frutta e verdura, ma se il bambino proprio non riesce a mangiare questi cibi o non vuole, occorre integrare almeno i micronutrienti dei quali ha bisogno.

Tramite questi sensori c'è la possibilità di misurare la temperatura, il battito cardiaco e la pressione arteriosa. Dato che il diabete giovanile è in aumento, tanti bambini e tanti ragazzi utilizzano anche il misuratore di glicemia. Si possono integrare questi tipi di dispositivi e, incrociando i dati raccolti, si può arrivare a calcolare altri parametri. L'Università Tor Vergata sta lavorando a questi algoritmi per un altro progetto, molto simile a questo. In quel caso si tratta di militari. Si incrociano i dati ottenuti tramite i sensori che si trovano sul mercato per ricavarne degli altri.

Il bambino non deve percepire un problema legato al cibo, perché poi da un problema si potrebbe arrivare a un altro. Esistono dispositivi indossabili che fungono anche da *smartwatch*⁽⁶²⁾. Si possono assolutamente utilizzare quelli. Invece, per i ragazzi che hanno il misuratore di glicemia, purtroppo no. Gli *smartwatch* oppure i *fitbit*⁽⁶³⁾ — ce ne sono di diversi tipi che misurano questi parametri — vanno benissimo e sono funzionali anche all'attività ludica che i giovani praticano con questi dispositivi.

Hospital è infatti il primo ospedale virtuale al mondo, costato 45 milioni di dollari. Vedi <https://www.agendadigitale.eu/sanita/come-funziona-il-primo-ospedale-virtuale-al-mondo-negli-usa>.

(62) Uno *smartwatch* è essenzialmente un orologio connesso a *Internet*, un'estensione del telefono al polso. Ha funzionalità come rilevatore del sonno, cardiofrequenzimetri (non medici) ed esistono modelli che creano programmi di allenamento personalizzati.

(63) I *fitbit* sono tracciatori di attività che, tramite *wireless* e dispositivi indossabili, misurano i dati quali il numero di passi, la qualità del sonno, i gradini saliti e altre metriche personali.

L'obesità e i disturbi alimentari possono avere una connotazione nazionale e quindi anche politica. Questo perché la consumazione massiccia di zuccheri e di cibi processati può portare a stati d'ansia, depressione e declino cognitivo. Le statistiche evidenziano che si tratta del 40% della popolazione giovanile e, dato che i bambini di oggi saranno la classe dirigente del futuro, potremmo avere il 40% della classe dirigente futura affetta da ansia, depressione e declino cognitivo.

Marco Silano, direttore del Dipartimento malattie cardiovascolari, endocrino-metaboliche e dell'invecchiamento dell'Istituto superiore di sanità (ISS), nella seduta del 24 luglio 2024 ha riferito alla Commissione che una politica in cui, da un punto di vista scientifico, si nutrono le maggiori aspettative sono le *app* guidate dall'intelligenza artificiale per valutare le porzioni nel piatto e seguire le porzioni consigliate.

Le porzioni sono la quantità di cibo che l'ente di sanità pubblica consiglia in una dieta sana ed equilibrata, non la porzione in vendita. L'hamburger di 400 grammi, il mega hamburger che si trova sullo scaffale non è una porzione, perché la porzione di carne è di 80 grammi. Non è ciò che l'industria alimentare propone – perché essa segue logiche differenti e ha diverse necessità, compreso il *packaging* e la distribuzione – ma è quello che viene proposto dall'ente di sanità pubblica e dai ministeri competenti. L'ISS sta sviluppando, presso il Dipartimento, attraverso due finanziamenti, che sono un progetto dell'Unione europea e una *joint action* finanziata dalla Commissione europea che si chiama «Prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili»⁽⁶⁴⁾, un'applicazione basata sulla intelligenza artificiale che permetta, soprattutto ai ragazzi – perché questa è orientata prevalentemente agli adolescenti che su questo tipo di strumenti hanno maggior confidenza e si divertono anche di più – di fotografare il piatto con quanto viene servito per il consumo. Tale applicazione riesce a riconoscere innanzitutto di che alimento si tratta e a suggerire al ragazzo se è una porzione troppo grande, se è adatta per la sua età o per il suo livello di attività fisica oppure, se è scarsa, può aumentarne la quantità.

Il progetto potrebbe vedere la luce nel giro di due anni. È un'attività *win-win*⁽⁶⁵⁾, perché, da una parte, si educa l'adolescente a vedere quanto va messo nel piatto e, dall'altra, può correggere lui stesso la quantità di alimento che mette nel piatto e, quindi, ben presto divezzarsi dall'uso dell'*app* e autoregolarsi quando si trova al ristorante o quando sta con gli amici.

La seconda categoria di *app*, invece, è una categoria già in parte implementata, anche se da un punto di vista scientifico alcune di queste non sono particolarmente solide. Sono le *app* che danno dei piccoli *rewards*, fanno vincere un personaggio oppure permettono di scaricare un'ulteriore applicazione se si fanno dei livelli predefiniti di movi-

(64) Si veda, in proposito, https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/overview_it.

(65) *Win-win* è un'espressione inglese, traducibile come vincente-vincente, oppure io vinco-tu vinci, che indica la presenza di soli vincitori in una data situazione. Per estensione si considera *win-win* una qualsiasi cosa che non scontenti o danneggi alcuno dei soggetti coinvolti.

Nella teoria dei giochi sono quei giochi normalmente cooperativi, ma non necessariamente, con struttura e regole tali per cui non esistono vinti, ma tutti i giocatori vincono.

mento, per esempio i 10.000 passi al giorno, cinque giorni a settimana consigliati dall'OMS, oppure se si consumano le giuste frequenze e quantità di frutta e verdura, cioè se si arriva alle cinque porzioni di frutta e verdura al giorno. Esistono poi delle *app* che sono dei quiz che servono per guidare il ragazzo, l'adolescente o anche i bambini più piccoli per scoprire quali sono i menù raccomandati dalle linee guida.

La terza categoria è quella delle *app* dei *food delivery*, che sono applicazioni che permettono di ordinare sdraiati sul divano, che praticamente determinano un *crash* dell'ambiente alimentare, perché, una volta, se alle ore 20 veniva voglia di mangiare un panino in un *fast food*, bisognava vestirsi, uscire e fare la fila. Oggi, invece, sdraiati sul divano, basta schiacciare dei tasti e in mezz'ora arrivano a domicilio 5.000 calorie a testa.

Il Dipartimento diretto dal professor Silano, in collaborazione con l'OMS, sta cercando di avere informazioni sui tipi di menù che si acquistano in Italia, ma soprattutto di inserire dei modelli che possano limitare le porzioni. Se si ordinano oltre 2.000 calorie a pasto appare un *warning* che dice: «*Attenzione, stai acquistando una quantità di cibo ricco di saturi, di zucchero, di sale, che supera anche l'apporto calorico per una persona. Sei sicuro che vuoi andare avanti?*». Qui ci dovrebbe essere un approccio multi-stakeholder sul quale confrontarsi.

Un aspetto che andrebbe approfondito, secondo il professor Silano⁽⁶⁶⁾, riguarda il *digital divide* o il *digital gap*, che è la distanza che separa coloro che hanno la possibilità di un pieno utilizzo dei mezzi informatici e digitali rispetto a quelli che, invece, non ne hanno accesso all'interno di una popolazione. Il *digital divide* è un ostacolo all'implementazione della prevenzione attraverso gli strumenti digitali, perché, naturalmente, fa sì che una *policy*, anche efficace, raggiunga solo una parte della popolazione, che solitamente è quella più competente da un punto di vista culturale, che ha un maggior grado di alfabetizzazione, che è in possesso di un maggior livello socio-economico e che forse avrebbe meno bisogno di queste *policy*.

Ci sono fasce della popolazione, anche in Italia, che sono molto più a loro agio davanti a un cellulare che non invece ad altri strumenti. Solitamente lo si correla all'età, ma ci sono altri fattori. C'è anche una questione di possibilità economica, perché, naturalmente, i *digital devices* più potenti sono quelli più costosi e che permettono di utilizzare queste *policy* in maniera ottimale. Importante da considerare è altresì la differenza tra le aree urbane rispetto alle aree rurali: nelle aree rurali ci sono zone in cui non arriva il 5G⁽⁶⁷⁾, in cui addirittura è complicato fare una telefonata. Per cui, naturalmente, il funzionamento delle applicazioni descritte risulta essere difficoltoso.

7. Conclusioni.

Come sottolineato dal sottosegretario Gemmato, attualmente solo il 5% del Fondo sanitario nazionale è destinato alla prevenzione, mentre

(66) Cfr. l'audizione di Marco Silano – res. sten. del 24.07.2024.

(67) il termine 5G (acronimo di 5th Generation) racchiude l'insieme di tecnologie di telefonia mobile e cellulare, i cui *standard* definiscono la quinta generazione della telefonia mobile con una significativa evoluzione rispetto alla tecnologia 4G/IMT-Advanced. La sua distribuzione globale si è avviata nel 2019.

il restante 95% viene impiegato per la cura. Eppure la prevenzione primaria, che evita la comparsa della patologia, rappresenta la principale strategia per ridurre l'incidenza di obesità infantile.

Conoscere i *campanelli d'allarme*, soprattutto per chi è a stretto contatto con soggetti potenzialmente a rischio – bambini, adolescenti e giovani adulti – risulta decisivo per identificare in maniera tempestiva i segnali e favorire la messa in atto di un intervento precoce. La prevenzione, per essere efficace, deve muoversi contemporaneamente su più livelli, mirare a raggiungere non solo i soggetti potenzialmente a rischio, ma anche chi entra in contatto con loro. Agire a livello politico e sociale consente di muoversi su più livelli con una prevenzione globale rivolta alla popolazione generale con la finalità di fornire informazioni utili, per favorire attività di sensibilizzazione per un cambiamento culturale, come ad esempio, ostacolare l'ideale di bellezza magra e, nel caso dell'obesità, allontanare lo stigma della derisione.

Una prevenzione selettiva con lo scopo di sensibilizzare e offrire formazione a soggetti potenzialmente a rischio di sviluppare il disturbo e con una più alta probabilità di ammalarsi come, ad esempio, gli interventi nelle scuole rivolti agli studenti e alle categorie maggiormente a rischio e percorsi di formazione rivolti a docenti e/o familiari. Una prevenzione indicata per ridurre il danno al minimo ed evitare possibili ricadute rivolta a persone che presentano un rischio conclamato, che manifestano i sintomi iniziali della patologia o hanno già ricevuto una diagnosi. Attorno ai disturbi dell'alimentazione gravitano ancora stigma e pregiudizi, fattori che contribuiscono a frenare la richiesta di aiuto da parte della persona che soffre nonché a distorcere la visione che la società ha della malattia stessa. Pertanto, risulta determinante riuscire a combattere e scardinare pregiudizi e stigma per aumentare la consapevolezza della malattia e tutelare la dignità delle persone che ne soffrono. È importante sottolineare che i dati epidemiologici sui disturbi dell'alimentazione sono sottostimati, in quanto esiste una larga parte di persone che non arriva alle cure, sia a causa dell'assenza di motivazione al trattamento, sia perché in Italia – fra nord, sud e isole – esiste un importante divario. In molte regioni italiane, infatti, non sono ancora presenti strutture specializzate nella cura e nel trattamento dei disordini alimentari.

In generale, nell'azione di contrasto alla malnutrizione è essenziale che la famiglia, la scuola e la società diano delle linee guida che siano coerenti tra loro, creando una collaborazione sinergica che supporti i giovani nel percorso di educazione alimentare.

L'educazione dei genitori, e soprattutto delle madri e dei bambini fin dai primi « mille giorni » di vita, sull'importanza del pasto, troppo spesso consumato davanti a tv o schermi, è fondamentale. Indispensabile l'educazione, sin da piccoli, al movimento fisico e al gioco attivo. La sinergia con la scuola, che deve costantemente rafforzare quanto già insegnato dal pediatra a genitori e bambini, è fondamentale per mantenere abitudini alimentari corrette. L'intervento in età scolare può risultare già tardivo.

Investire in nutrizione, oggi in Italia, è un obiettivo indispensabile e prioritario. L'investimento dovrebbe coinvolgere tutti i livelli, da quello educativo-informativo, con capillari campagne d'informazione

indirizzate soprattutto ai neogenitori, fino al rafforzamento delle strutture di nutrizione preventiva e clinica su tutto il territorio nazionale, per garantire uniformità di accesso alle cure ed uniforme diritto alla salute e alla prevenzione, correzione o attenuazione delle complicatezze nutrizionali delle malattie acute e croniche, la formazione anche in età scolare (educazione alimentare e ambientale), universitaria, post-universitaria.

Nel merito, l'Osservatorio nazionale sull'obesità infantile raccomanda di:

incentivare il consumo di prodotti freschi e locali, riducendo quello di cibi ultra-processati e garantendo equità nell'accesso a un'alimentazione sana per tutte le famiglie;

integrare l'educazione alimentare nei percorsi scolastici e sanitari:

investire in programmi didattici e formativi che insegnino fin dall'infanzia l'importanza di una dieta equilibrata, coinvolgendo anche pediatri e strutture sanitarie;

regolamentare la pubblicità dei cibi destinati ai bambini;

introdurre normative più rigide per limitare la promozione di prodotti ipercalorici e poco salutari, proteggendo così le scelte alimentari dei più piccoli;

migliorare la qualità della mensa scolastica e degli spazi dedicati all'attività fisica;

assicurare che le scuole offrano pasti sani e bilanciati e incentivare la creazione di ambienti che favoriscano il movimento e lo sport;

finanziare campagne di sensibilizzazione e programmi di *welfare* alimentare;

sostenere iniziative che informino le famiglie sull'importanza di una corretta alimentazione e creare sinergie con l'agricoltura locale per rendere il cibo sano più accessibile.

La Commissione raccomanda pertanto:

di prevedere il riconoscimento per legge dell'obesità come malattia cronica non trasmissibile e l'inserimento nei Livelli essenziali di assistenza (LEA) per garantire equità e accesso alle cure;

conseguentemente di prevedere ulteriori rifinanziamenti del Fondo per il contrasto dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e del Fondo per la prevenzione e la cura dell'obesità;

prevedere per legge che il pediatra e il medico di base possano prescrivere attività fisica adattata per prevenire e curare l'obesità infantile e adolescenziale;

di intensificare le campagne informative-educative destinate in particolare ai neogenitori perché, supportati dai pediatri, possano insegnare ai propri figli corretti stili di vita;

di intensificare le campagne informative-educative volte a promuovere il consumo di alimenti salutari;

di adottare politiche fiscali indirizzate al medesimo scopo;

di rafforzare il legame tra scuola, sanità e famiglie, valorizzando la refezione scolastica come momento educativo, favorendo politiche per l'accesso gratuito al servizio, anche al fine di rendere il tempo pieno un diritto per tutti;

di incentivare in ogni modo, partendo dai progetti già avviati dal Ministero dello Sport, lo svolgimento di regolare attività fisica da parte di bambini e ragazzi, individuando soluzioni e risorse economiche che rendano la pratica sportiva effettivamente accessibile a tutti, per contrastare gli effetti della sedentarietà e della malnutrizione e per favorire il recupero e il mantenimento del benessere psicofisico;

di considerare i minori in povertà assoluta uno specifico *target* di queste politiche;

di introdurre per legge la verifica dell'età per l'accesso ai *social* e di intervenire con una regolamentazione *ad hoc* per impedire effettivamente la profilazione dei consumi dei minori degli anni diciotto in ragione della correlazione tra l'uso prematuro e incontrollato dei *social* e della rete e la sedentarietà alla quale si associa il consumo di *junk food*.

di consentire non solo ai quattordicenni vittime di bullismo o *cyberbullismo*, ma anche a quelli affetti da obesità e da altri disturbi alimentari, di chiedere la rimozione di foto proprie dal *web*.

INDAGINE CONOSCITIVA SUI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE IN ETÀ INFANTILE ED ADOLESCENZIALE E SULLE STRATEGIE DI PREVENZIONE**ELENCO DEI SOGGETTI AUDITI**

08/11/2023 – Audizione di Giovanni Monteleone, Professore ordinario di gastroenterologia, Dipartimento di Medicina dei sistemi, Università Tor Vergata di Roma e direttore dell'U.O.C. di gastroenterologia del Policlinico Tor Vergata, di Massimiliano Caprio, Professore ordinario di endocrinologia, Università San Raffaele di Roma e responsabile del Laboratorio di endocrinologia cardiovascolare dell'IRCCS San Raffaele di Roma, e di Gian Luigi de' Angelis, Professore ordinario di gastroenterologia e direttore della Scuola di Specializzazione in malattie dell'apparato digerente dell'Università di Parma, in videoconferenza;

22/05/2024 – Audizione, in videoconferenza, di Mauro Serafini, professore ordinario di Scienze tecniche e dietetiche applicate presso l'Università degli studi di Teramo, di Heinz Beck, Chef, dottore in Bioenergie naturali e direttore scientifico del Campus universitario « Principe di Napoli », e di Marco Menichelli, esperto di IA e di App bio-mediche;

28/05/2024 – Audizione di Antonino De Lorenzo, professore ordinario di alimentazione e nutrizione umana e direttore del Dipartimento di biomedicina e prevenzione presso l'Università degli Studi di Roma « Tor Vergata » e presidente del Collegio dei docenti nazionale SSD MED/49 – Scienze tecniche dietetiche applicate:

24/07/2024 – Audizione di Marco Silano, direttore del Dipartimento malattie cardiovascolari, endocrinometaboliche e dell'invecchiamento dell'Istituto Superiore di Sanità;

09/10/2024 – Audizione di Luigina Romani, professore ordinaria di Patologia e responsabile della Sezione di Patologia Generale del Dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Perugia;

23/10/2024 – Audizione del Ministro per lo Sport e i giovani, Andrea Abodi;

05/11/2024 – Audizione di Carla Garlatti, Autorità Garante per l'infanzia e l'adolescenza;

15/01/2025 – Audizione, in videoconferenza, di Raffaella de Franchis, pediatra di famiglia, referente nazionale area alimentazione e nutrizione della Federazione italiana medici pediatri (FIMP) e rappresentante dell'Osservatorio nazionale sull'obesità infantile (ONOI);

04/03/2025 – Audizione del Sottosegretario di Stato alla Salute, on. Marcello Gemmato.



190172137350