

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

INDAGINE CONOSCITIVA:

Indagine conoscitiva sull'attuazione della legge 15 marzo 2010, n. 38, in materia di accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, con particolare riferimento all'ambito pediatrico (<i>Svolgimento e conclusione</i>)	155
Audizione della professoressa Franca Benini, responsabile del Centro regionale Veneto di terapia del dolore e cure palliative pediatriche	155
Audizione di rappresentanti della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCeO) e dell'Istituto superiore di sanità (ISS)	156

RISOLUZIONI:

7-00025 D'Arrando, 7-00052 Siani e 7-00056 Novelli: Iniziative volte a disincentivare il consumo di zuccheri e di grassi, al fine di prevenire e di contrastare l'obesità (<i>Seguito della discussione congiunta e conclusione – Approvazione del testo unificato n. 8-00003</i>)	156
ALLEGATO 1 (<i>Nuova proposta di testo unificato delle risoluzioni presentata dalla deputata D'Arrando</i>)	161
ALLEGATO 2 (<i>Testo unificato delle risoluzioni approvato dalla Commissione – n. 8-00003</i>)	166

INDAGINE CONOSCITIVA

Mercoledì 24 ottobre 2018. — Presidenza della presidente Marialucia LOREFICE.

La seduta comincia alle 14.05.

Indagine conoscitiva sull'attuazione della legge 15 marzo 2010, n. 38, in materia di accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, con particolare riferimento all'ambito pediatrico.

(Svolgimento e conclusione).

Marialucia LOREFICE, *presidente*, avverte che la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche attraverso la trasmissione televisiva sul canale satellitare della Camera dei deputati

e la trasmissione diretta sulla *web-tv* della Camera dei deputati.

Introduce, quindi, l'audizione.

Audizione della professoressa Franca Benini, responsabile del Centro regionale Veneto di terapia del dolore e cure palliative pediatriche.

Franca BENINI, *responsabile del Centro regionale Veneto di terapia del dolore e cure palliative pediatriche*, svolge una relazione sui temi oggetto dell'audizione.

Intervengono, ponendo quesiti e formulando osservazioni, i deputati Giorgio TRIZZINO (M5S), Elena CARNEVALI (PD), Dario BOND (FI) e Paolo SIANI (PD).

Franca BENINI, *responsabile del Centro regionale Veneto di terapia del dolore e cure*

palliative pediatriche, risponde ai quesiti formulati e rende ulteriori precisazioni.

Marialucia LOREFICE, *presidente*, ringrazia la professoressa Benini e dichiara conclusa l'audizione.

Audizione di rappresentanti della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCeO) e dell'Istituto superiore di sanità (ISS).

Marialucia LOREFICE, *presidente*, introduce l'audizione.

Fulvio BORROMEI, *presidente dell'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di Ancona*, e Patrizia POPOLI, *direttore del Centro nazionale ricerca e valutazione pre-clinica e clinica dei farmaci dell'Istituto superiore di sanità*, e Anna DE SANTI, *primo ricercatore del Dipartimento di neuroscienze dell'Istituto superiore di sanità*, svolgono una relazione sui temi oggetto dell'audizione.

Intervengono, ponendo quesiti e formulando osservazioni, i deputati Giorgio TRIZZINO (M5S) e Vito DE FILIPPO (PD).

Fulvio BORROMEI, *presidente dell'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di Ancona*, Patrizia POPOLI, *direttore del Centro nazionale ricerca e valutazione pre-clinica e clinica dei farmaci dell'Istituto superiore di sanità*, e Anna DE SANTI, *primo ricercatore del Dipartimento di neuroscienze dell'Istituto superiore di sanità*, rispondono ai quesiti formulati e rendono ulteriori precisazioni.

Marialucia LOREFICE, *presidente*, ringrazia gli intervenuti e dichiara conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 15.40.

N.B.: Il resoconto stenografico della seduta è pubblicato in un fascicolo a parte.

RISOLUZIONI

Mercoledì 24 ottobre 2018. — Presidenza della presidente Marialucia LOREFICE. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Armando Bartolazzi.

La seduta comincia alle 15.50.

7-00025 D'Arrando, 7-00052 Siani e 7-00056 Novelli: Iniziative volte a disincentivare il consumo di zuccheri e di grassi, al fine di prevenire e di contrastare l'obesità.

(Seguito della discussione congiunta e conclusione – Approvazione del testo unificato n. 8-00003).

La Commissione prosegue la discussione congiunta delle risoluzioni in titolo, rinviata, da ultimo, nella seduta del 17 ottobre 2018.

Marialucia LOREFICE, *presidente*, ricorda che nella seduta precedente la deputata D'Arrando, in qualità di presentatrice della prima delle tre risoluzioni all'ordine del giorno, ha predisposto una proposta di testo unificato delle risoluzioni in esame. A seguito di alcune richieste di modifica di tale testo, trasmesse alla deputata D'Arrando, quest'ultima ha formulato una nuova proposta di testo unificato, resa nota per le vie brevi ai componenti della Commissione prima della seduta odierna (*vedi allegato 1*).

Dà, quindi, la parola al rappresentante del Governo per l'espressione del parere sulla nuova proposta di testo unificato in esame.

Il sottosegretario Armando BARTOLAZZI, prima di esprimere il parere del Governo sugli impegni contenuti nella nuova proposta di testo unificato delle risoluzioni in oggetto, reputa opportuno svolgere alcune considerazioni. Evidenzia, dunque, come l'elevata presenza di sovrappeso e obesità infantile costituisca un problema di sanità pubblica a livello mon-

diale. L'obesità, infatti, rappresenta un importante fattore di rischio di malattie croniche e, se presente in età pediatrica, si associa ad una più precoce insorgenza di patologie tipiche dell'età adulta, quali diabete di tipo 2, ipertensione, iperlipidemia. Si stima che il 66 per cento dei bambini in sovrappeso prima della pubertà rimanga in tale condizione anche da adulto.

Condivide le considerazioni svolte nel testo in esame, laddove si fa presente che, anche nei Paesi dove si sono registrati progressi, si segnala un aumento delle disuguaglianze nella prevalenza dell'obesità. I gruppi socialmente vulnerabili sono più colpiti dall'obesità perché hanno meno accesso all'educazione e alle corrette informazioni su stili di vita e salute e vivono, di solito, in zone che non facilitano il trasporto attivo e lo svago. L'obesità è, quindi, la conseguenza dell'interazione tra componenti comportamentali, sociali e metaboliche, alcune geneticamente determinate, altre riconducibili a fattori ambientali. Molti aspetti dell'ambiente in cui oggi vivono e lavorano le persone incoraggiano abitudini alimentari scorrette e una ridotta attività fisica, che aumentano il rischio di obesità. I determinanti ambientali hanno una rilevante influenza anche sul dispendio energetico, non favorendo, ad esempio, per i bambini le occasioni di movimento prima e dopo la scuola o le attività sportive o ludiche extra-scolastiche all'aria aperta. Inoltre, sono sempre più diffuse, nel tempo libero, le attività sedentarie quali guardare la televisione o usare il *computer*.

Una sana alimentazione, associata a uno stile di vita attivo, al contrario, è un valido strumento per la prevenzione, la gestione e il trattamento di molte malattie. L'impatto dell'obesità e delle sue conseguenze, pertanto, richiede interventi urgenti ed incisivi; per agire efficacemente è necessario il coinvolgimento attivo di settori della società esterni al sistema sanitario, sia istituzionali che della società civile, attraverso strategie e Piani d'azione.

Segnala, poi, che l'esigenza di facilitare, sin dall'infanzia, l'adozione di abitudini alimentari corrette per la promozione

della salute e la prevenzione delle patologie cronico-degenerative, ha spinto il Ministero della salute ad elaborare una strategia complessa ed articolata. Seguendo la linea d'azione europea, rappresentata da «*The EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020*», l'Italia sostiene iniziative rivolte all'intersectorialità, affrontando l'aspetto nutrizionale e i fattori di salute del bambino prima e dell'adulto poi. L'attenzione al bambino viene dedicata sin dalla nascita, a partire dall'allattamento al seno, inteso come pratica di protezione da malattie croniche, con conseguente riduzione del rischio di allergie, asma, malattie infettive, obesità, diabete e alcuni tipi di tumori. Diversi studi hanno mostrato un'associazione inversa tra allattamento materno e obesità. L'aspetto preventivo che porta con sé l'allattamento al seno ne rende evidenti i vantaggi economici per il Sistema sanitario nazionale: basti pensare alla riduzione del numero di ricoveri negli ospedali e delle cure necessarie per affrontare le patologie derivanti dalla mancanza di tale pratica.

Il Ministero della salute, attraverso il Tavolo tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell'allattamento al seno (TAS), ha realizzato una serie di attività di monitoraggio, di sostegno e protezione dell'allattamento, nonché interventi di comunicazione destinati alla popolazione e documenti tecnici per gli operatori. Anche per l'alimentazione complementare – fase che inizia con il divezzamento – è stato realizzato un documento per le famiglie, che fornisce indicazioni pratiche sulla corretta alimentazione, dallo svezzamento fino ai tre anni di vita del bambino.

Per coinvolgere direttamente i bambini in età scolare e indirettamente le famiglie, sono state elaborate le linee di indirizzo nazionale per la ristorazione scolastica, approvate con intesa in sede di Conferenza Unificata in data 29 aprile 2010 e pubblicate nella *Gazzetta Ufficiale* n. 134 dell'11 giugno 2010. Tali linee di indirizzo, dirette alle scuole dell'infanzia, primarie e secondarie di primo grado, sono rivolte a tutti gli operatori della ristorazione scolastica,

al fine di fornire a livello nazionale indicazioni per migliorarne la qualità nei vari aspetti, in particolare quello nutrizionale.

Segnala inoltre che, in ottemperanza all'articolo 144, comma 2, del decreto legislativo n. 50 del 2016, secondo cui con decreti del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare e con il Ministro delle politiche agricole, alimentari e forestali, sono definite e aggiornate le linee di indirizzo nazionale per la ristorazione scolastica, ospedaliera e assistenziale, è stato costituito un Tavolo tecnico che provvederà all'aggiornamento delle attuali linee di indirizzo in materia, approvate nel 2014.

Allo scopo di conseguire la riduzione di grassi saturi, grassi trans, zuccheri aggiunti nelle bevande zuccherate e nei cibi solidi, il Ministero della salute è altresì pervenuto alla stesura di due documenti finalizzati a regolamentare la promozione di alimenti per l'infanzia ed il miglioramento della qualità nutrizionale. Tali documenti sono il risultato della collaborazione tra il Ministero della salute e le associazioni di categoria del settore alimentare. In particolare, fa riferimento a un attento monitoraggio, effettuato per verificare gli impegni assunti da parte dell'Associazione di categoria: i dati al dicembre 2017 mostrano un netto miglioramento delle caratteristiche nutrizionali in termini di zuccheri, grassi saturi, sodio, innalzamento delle fibre, rispetto al recente passato.

Cita, quindi, il programma « Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari » (di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 4 maggio 2007), coordinato dal Ministero della salute, recante la strategia nazionale globale per contrastare i quattro principali fattori di rischio di malattie croniche nel nostro Paese: scorretta alimentazione, inattività fisica, abuso o uso scorretto di alcol e tabagismo. Tale programma sviluppa sinergie tra tutti i settori e i soggetti che hanno capacità di incidere sulla salute stessa, per agire sui fattori ambientali e sui determinanti socio-economici che condi-

zionano l'insorgenza delle malattie croniche, promuovendo interventi lungo tutto il corso della vita.

Evidenzia, poi, il raccordo con il Ministero dell'istruzione, di particolare rilevanza, che ha portato all'attivazione, in tutto il territorio nazionale, di interventi educativi rivolti ai bambini della scuola primaria e secondaria di I grado per fornire, in maniera piacevole e coinvolgente, informazioni e suggerimenti in tema di sana alimentazione e importanza dell'attività motoria, con il coinvolgimento dei genitori e delle famiglie, e interventi rivolti ai ragazzi della scuola secondaria di II grado, tesi a sviluppare le capacità personali in termini di autostima.

Inoltre, il Ministero della salute ha creato e mantenuto un dialogo costante e costruttivo con l'industria alimentare. Pertanto, in Italia, alcune società di produzione e distribuzione alimentare hanno volontariamente realizzato iniziative volte a migliorare la qualità nutrizionale di alcuni dei loro prodotti, a ridurre gradualmente le porzioni e ad offrire frutta e verdura attraverso distributori automatici in ambiente scolastico.

Sottolinea come la partecipazione delle regioni sia un elemento chiave delle strategie nazionali di prevenzione. L'approccio strategico intersettoriale del predetto programma « Guadagnare salute » è funzionale alla realizzazione, da parte delle regioni, del Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2014-2018, prorogato al 2019 con l'intesa Stato-regioni del 21 dicembre 2017, che impegna tutte le regioni al raggiungimento di obiettivi a elevata valenza strategica. Il PNP, in particolare, prevede quale strategia per ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili la promozione di corretti stili di vita nella popolazione e nei soggetti a rischio.

Comunica che è in corso di avviamento il processo di definizione del nuovo PNP, che intende mirare al consolidamento e all'estensione delle azioni già intraprese dal Piano 2014-2018.

Rileva, poi, come il testo in discussione faccia riferimento anche al Sistema di sorveglianza « OKkio alla Salute », che ha reso possibile disporre di dati aggiornati e confrontabili sulla prevalenza di sovrappeso e obesità in età infantile, sullo stile di vita dei bambini e sulle attività scolastiche di promozione della salute.

Sottolinea, quindi, alla luce delle iniziative più significative che il Ministero della salute ha avviato in termini di prevenzione dell'obesità, come il tema trattato dalle risoluzioni in oggetto sia di estrema rilevanza per il Ministero della salute e per il Governo, per l'impatto in termini di sanità pubblica che determina, e per gli indubbi profili, anche di natura sociale, che ne conseguono. Ritiene che, per agire efficacemente contro sovrappeso e obesità, si rendano necessarie politiche inter-settoriali che tengano conto di tutti i determinanti socio-culturali, ambientali, relazionali ed emotivi che influenzano le abitudini alimentari e lo stile di vita.

Esprimendo apprezzamento per l'approfondita discussione svoltasi presso la XII Commissione, procede all'espressione del parere sui singoli impegni contenuti nella nuova proposta di testo unificato delle risoluzioni in esame.

In particolare, esprime parere favorevole sui primi due impegni. Con riferimento al secondo, precisa che il Dipartimento per l'informazione e l'editoria della Presidenza del Consiglio — che, ai sensi della legge n. 150 del 2000, svolge compiti di coordinamento, promozione e realizzazione di iniziative di comunicazione nei confronti dei cittadini — si è reso disponibile ad avviare in tempi rapidi iniziative di comunicazione istituzionale, volte a fornire la massima informazione sui valori di una sana alimentazione con minore presenza di grassi e zuccheri, in modo da contrastare il fenomeno dell'obesità negli adulti e, in particolar modo, nei bambini e negli adolescenti, al fine di ridurre i gravi problemi di salute, soprattutto di natura cardiovascolari, legati a tale fenomeno.

Esprime, altresì, parere favorevole sul terzo impegno, ricordando che il Ministero

della salute ha da tempo avviato una strategia multifattoriale, nonché sul quinto impegno.

In relazione al quarto, al settimo, all'ottavo, al nono e all'undicesimo impegno, esprime parere favorevole, sottolineando come le competenze del Ministero della salute nei settori cui si riferiscono tali impegni siano circoscritte e come si renda, quindi, necessaria un'azione concordata con altri Ministeri.

Per quanto concerne il sesto impegno, esprime parere favorevole, evidenziando come la disciplina della pubblicità di prodotti alimentari e bevande per bambini rientri nelle competenze del Ministero della salute limitatamente a determinati aspetti. Segnala comunque che le strategie finora attuate dall'Italia, in linea con quanto suggerito dall'Unione europea e dall'organizzazione mondiale della sanità, si fondano su di una politica di condivisione con i settori produttivi per un percorso di miglioramento della qualità nutrizionale dei prodotti alimentari, nell'ambito della quale sono state elaborate appropriate linee di indirizzo per la comunicazione commerciale.

Esprime, infine, parere favorevole sul decimo impegno, ricordando la direttiva europea sui *media* audiovisivi, i cui principi di base possono agire in senso positivo e suggerire modalità pubblicitarie condivise e opportune per fornire una corretta informazione, non solo ai bambini destinatari di tali alimenti, ma anche alle loro famiglie, nonché sull'ultimo degli impegni contenuti nella nuova proposta di testo unificato delle risoluzioni in esame.

Paolo TIRAMANI (Lega), nel ringraziare tutti coloro che hanno dato il loro apporto all'elaborazione del testo in votazione, rileva che le modifiche intervenute hanno consentito di raccogliere le sensibilità di tutti i componenti della Commissione.

Roberto NOVELLI (FI) sottolinea che l'elaborazione di un testo che riprende il contenuto delle tre risoluzioni presentate rappresenta un motivo di soddisfazione

per tutti i componenti della Commissione, segnalando anche la rilevanza della ricostruzione delle misure finora adottate in materia fornita dal sottosegretario Bartolazzi. Ribadisce la validità di un approccio sinergico che, in un'ottica di prevenzione, influisca sulla dimensione culturale e sul miglioramento degli stili di vita, coinvolgendo sia i bambini e gli adolescenti sia le loro famiglie. Ritiene che la risoluzione possa contribuire a conseguire risultati positivi nel medio-lungo periodo.

Claudio PEDRAZZINI (FI), nell'associarsi alle considerazioni del collega Novelli circa l'importanza del lavoro condiviso svolto, chiede al rappresentante del Governo chiarimenti rispetto alle modalità di concreta attuazione del sesto impegno, con cui si chiede di intervenire sulla pubblicità di prodotti alimentari e bevande per bambini, ricordando che a livello europeo è attivo lo strumento denominato «EU *pledge*» nel cui ambito potrebbe trovare attuazione tale impegno.

Vito DE FILIPPO (PD) manifesta soddisfazione per il fatto di essere riusciti a elaborare un testo condiviso – risultato che definisce «miracoloso» – e improntato al buon senso, superando alcuni elementi di radicalismo che avrebbero impedito di conseguire tale obiettivo. Nel ribadire la rilevanza del richiamo fatto dal sottosegretario Bartolazzi alle attività già in essere, condivide un'impostazione che associa alla quantità e qualità degli alimenti l'importanza della promozione di un corretto stile di vita, a partire dall'ambito scolastico. Ricorda che sui temi oggetto della nuova proposta di testo unificato delle risoluzioni in oggetto il nostro Paese sarà chiamato ad assumere posizioni nell'ambito delle sedi internazionali.

Maria Teresa BELLUCCI (Fdi), unendosi ai ringraziamenti per il lavoro svolto, plaude in particolare all'impegno profuso dalla collega D'Arrando, che ha sollecitato

l'attenzione della Commissione sul tema e ha svolto un compito di sintesi con senso della misura e rispetto istituzionale.

Nel dichiarare il convinto voto favorevole del suo gruppo sul testo in discussione, segnala l'opportunità di modificare il contenuto della lettera *e*) del sesto impegno, relativamente agli alimenti con grassi saturi, acidi grassi, zuccheri e sali liberi, introducendo l'espressione «elevato contenuto», analogamente a quanto previsto in altre parti del testo.

Celeste D'ARRANDO (M5S) sottolinea che la Commissione ha svolto un ottimo lavoro in relazione a un tema che non deve avere un colore politico, dando così un segnale importante.

In merito all'intervento svolto dal collega Pedrazzini, ricorda che «EU *pledge*» è un contratto tra privati, che si inserisce nel contesto di un progetto europeo. Ritiene condivisibile il rilievo formulato dalla collega Bellucci, che ringrazia per le sue parole di apprezzamento, proponendo di modificare il testo della risoluzione nel senso da lei indicato.

Il sottosegretario Armando BARTOLAZZI, in risposta a quanto richiesto dal deputato Pedrazzini, ribadisce che, rispetto ad alcuni impegni, il parere favorevole è stato espresso con la precisazione che le materie da essi trattate riguardano ambiti in cui le competenze del Ministero della salute sono parziali, dovendosi tenere conto di un quadro di riferimento elaborato in sede europea e dell'Organizzazione mondiale della sanità, ed essendo necessario il coordinamento con gli altri dicasteri competenti.

La Commissione approva all'unanimità il testo unificato delle risoluzioni 7-00025 D'Arrando, 7-00052 Siani e 7-00056 Novelli, come da ultimo riformulato, che assume il numero 8-00003 (*vedi allegato 2*).

La seduta termina alle 16.15.

ALLEGATO 1

7-00025 D'Arrando, 7-00052 Siani e 7-00056 Novelli: Iniziative volte a disincentivare il consumo di zuccheri e di grassi, al fine di prevenire e di contrastare l'obesità.

**NUOVA PROPOSTA DI TESTO UNIFICATO DELLE RISOLUZIONI
PRESENTATA DALLA DEPUTATA D'ARRANDO**

La XII Commissione,

premesso che:

obesità e sovrappeso sono oramai universalmente riconosciuti come fattori di rischio per le principali malattie croniche e come condizioni associate a morte prematura;

particolarmente grave è l'insorgenza dell'obesità tra bambini e adolescenti, esposti fin dall'età infantile a difficoltà respiratorie, problemi articolari, mobilità ridotta, ma anche disturbi dell'apparato digerente e di carattere psicologico;

chi è obeso in età infantile lo è spesso anche da adulto e aumenta, dunque, il rischio di sviluppare precocemente malattie non trasmissibili di natura cardiovascolare (ipertensione, malattie cardiache, *ictus*, malattie coronariche, tendenza all'infarto), disturbi muscoloscheletrici (artrosi), alcuni tipi di cancro e condizioni di alterato metabolismo, come il diabete di tipo 2 o l'ipercolesterolemia;

anche a livello psicologico, l'obesità può incidere in modo sconvolgente; infatti, chi è obeso spesso viene isolato e sottoposto a una vera e propria stigmatizzazione sociale, che rende difficile qualunque tipo di socialità. In particolare, i bambini in sovrappeso tendono a sviluppare un rapporto difficile con il proprio corpo e con i propri coetanei, con conseguente isolamento, che solitamente si tra-

duce in ulteriori abitudini sedentarie, creando un circolo vizioso pericolosissimo;

secondo il rapporto Osservasalute 2016, dove vengono riportati i risultati dell'indagine multiscopo dell'Istat « Aspetti della vita quotidiana », a cura dell'Università Cattolica di Roma, in Italia, nel 2015, nella popolazione adulta una persona su dieci risultava obesa (9,8 per cento), e il 35,5 per cento in sovrappeso; l'eccesso ponderale, quindi, era complessivamente pari al 45,1 per cento;

il sovrappeso, quale fenomeno che cresce all'aumentare dell'età, passa dal 14 per cento nella fascia di età 18-24 anni al 46 per cento tra i 65-74 anni, mentre l'obesità passa dal 2,3 per cento al 15,3 per cento per le stesse fasce di età. Inoltre, lo *status* di obesità è più diffuso tra gli uomini rispetto alle donne (sovrappeso: 44 per cento degli uomini *versus* 27,3 per cento delle donne; obesità: 10,8 per cento degli uomini *versus* 9 per cento delle donne);

anche a livello territoriale, si evidenziano differenziazioni tra il nord e il sud del Paese, con una prevalenza di persone maggiorenni obese nelle regioni meridionali (obese: Molise 14,1 per cento, Abruzzo 12,7 per cento e Puglia 12,3 per cento; sovrappeso: Basilicata 39,9 per cento, Campania 39,3 per cento e Sicilia 38,7 per cento) rispetto a quelle settentrionali (obese: provincia autonoma di Bolzano 7,8 per cento e Lombardia 8,7 per cento; sovrappeso: provincia autonoma di

Trento 27,1 per cento, Valle d'Aosta 30,4 per cento);

i dati Istat mettono in evidenza che 1,7 milioni di bambini e adolescenti sono in sovrappeso od obesi (il 24,7 per cento della popolazione italiana tra i 6 e i 17 anni) mentre, a livello europeo, in nove Paesi su ventotto il fenomeno risulta superare il 30 per cento;

generalmente, un'alimentazione scorretta e uno stile di vita sedentario sono tra le varie cause dell'obesità e portano all'eccesso ponderale, ovvero lo sproporzionato accumulo di grasso corporeo. Il tipo di alimentazione e l'attività fisica sono fortemente determinati dalle condizioni economiche, sociali e culturali; ad esempio la fascia di popolazione più disagiata dal punto di vista socio-economico predilige il consumo di carne, grassi e carboidrati rispetto alla frutta e verdura, e tende a trascurare il proprio benessere fisico;

le strategie di educazione e prevenzione rivolte alle nuove generazioni assumono fondamentale importanza per contrastare l'obesità, che appare sempre più diffusa. Diventa importante, quindi, puntare alla valorizzazione di uno stile corretto di vita, caratterizzato da un regime alimentare sano e da un'adeguata pratica sportiva;

in merito all'attività fisica, preoccupa l'esiguo numero di ore ad essa dedicata, specialmente nelle scuole dell'infanzia e primaria; dunque diventa necessario insistere nell'educare allo sport e al movimento per promuovere i benefici dell'attività fisica, dato il ridotto grado di coinvolgimento (dal 10 al 25 per cento del totale degli studenti) nei progetti di valorizzazione sociale dello sport promossi dal Comitato olimpico nazionale italiano (Coni);

l'obesità rientra nell'elenco delle malattie non trasmissibili che gravano sempre più in termini di spesa sul Servizio sanitario nazionale e, senza un'azione diretta all'inversione di tale andamento del

fenomeno, potrebbero verificarsi serie conseguenze per la stessa tenuta del sistema;

peraltro l'obesità comporta elevati costi per la società: costi diretti, costituiti dalle risorse spese per la diagnosi e il trattamento dell'obesità in se stessa e delle patologie ad essa correlate, e costi indiretti, dovuti alla perdita di produttività causata dalle maggiori assenze dal lavoro delle persone obese e dalla loro morte;

a livello europeo, il documento più importante è l'*Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020*, il Piano d'azione contro l'obesità infantile pubblicato a febbraio 2014. Il testo identifica otto aree prioritarie di intervento: sostenere un sano inizio della vita, favorire l'allattamento materno in tutte le forme possibili, promuovere ambienti sani, rendere l'opzione sana la scelta più semplice, limitare la pubblicità rivolta ai bambini, informare e responsabilizzare le famiglie, incoraggiare l'attività fisica, monitorare e valutare il fenomeno e potenziare la ricerca. Il Piano d'azione fornisce una base su cui lavorare per implementare le politiche nazionali di contrasto all'obesità infantile (bambini e ragazzi di 0-18 anni), oltre ad individuare le tre principali tipologie di *stakeholder* (gli Stati membri dell'Unione europea, la Commissione europea e le organizzazioni internazionali, la società civile) che possono giocare un ruolo importante nel raggiungimento degli obiettivi;

la prevenzione rappresenta senz'altro la principale azione da intraprendere per affrontare il problema; soprattutto, è possibile contrastare l'obesità infantile attraverso campagne di informazione capillare a partire dalle scuole e nella società, allo scopo di orientare i bambini e i genitori verso una scelta alimentare sana e incentivando, e favorendo un'attività fisica regolare;

nell'ambito della prevenzione, l'industria alimentare può svolgere un ruolo significativo nella promozione di diete sane, riducendo il contenuto di grassi, zuccheri e sale degli alimenti trasformati,

e limitando la pubblicizzazione di alimenti che, al contrario, ne sono ricchi, specialmente quelli destinati a bambini e adolescenti;

in molti Stati è assente una disciplina che regoli le promozioni e le sponsorizzazioni di alimenti: nuove forme di pubblicità sfuggono, così, al controllo dei genitori raggiungendo direttamente i bambini, attraverso *internet*, inserzioni nei video, *file*, sms; l'intensiva promozione commerciale di alimenti e bevande ad alta densità energetica e scarso contenuto in micronutrienti può influire negativamente sullo stato nutrizionale del bambino;

uno studio del 2006 dello *United States Institute of Medicine* ha evidenziato come la pubblicità abbia effetti a breve termine sulla dieta dei bambini di 2-11 anni e una moderata evidenza di effetti a lungo termine sui bambini di 6-11 anni. Lo stesso studio ha inoltre osservato una forte associazione statisticamente significativa tra una maggiore esposizione alla pubblicità televisiva e la presenza di obesità tra i bambini di 2-11 anni e gli adolescenti di 12-18 anni. L'esposizione dei bambini alla pubblicità televisiva di alimenti ad alta densità energetica risulta associata a una maggiore prevalenza di sovrappeso;

in Paesi come il Regno Unito, dal 2005 sono state introdotte limitazioni alla pubblicità in televisione per cibi ricchi di grassi, zuccheri e sali durante i programmi per bambini sotto i 16 anni; di conseguenza, si è appurato che dal 2009 è avvenuta una riduzione di questo tipo di pubblicità in misura pari al 37 per cento; in Spagna e Norvegia sono stati siglati accordi di autoregolamentazione con aziende alimentari, che per scelta volontaria adottano un ridimensionamento della pubblicità dei prodotti alimentari per bambini;

considerato che:

l'Economist Intelligence Unit e la Fondazione Barilla *Center for Food & Nutrition* hanno elaborato un indice di

sostenibilità alimentare (*Food Sustainability Index*) e stilato una classifica che mette a confronto trentaquattro Paesi del mondo in base all'impatto ambientale e socioeconomico dei loro modelli alimentari. L'Italia è quarta nella classifica della sostenibilità alimentare, dopo Francia, Spagna e Portogallo, e nell'ambito di questa classifica il fattore di criticità è correlato all'obesità infantile e alla carente educazione alimentare; mentre, nell'indice parziale dedicato alle sfide nutrizionali in relazione a dodici Paesi del Mediterraneo, l'Italia risulta essere ottava, dopo Francia, Portogallo, Grecia, Spagna, Israele, Turchia e Tunisia;

nel succitato indice si legge: «La posizione sorprendentemente bassa occupata dall'Italia in questa classifica (8° posto) è essenzialmente riconducibile alla voce che riguarda l'obesità infantile (nonostante vi sia stato un leggero miglioramento negli ultimi anni), nonché a un punteggio relativamente basso per i modelli alimentari (soprattutto a causa di una scarsa educazione nutrizionale e a un numero relativamente alto di persone che mangiano nei *fast food*). Il punteggio basso riportato alla voce modelli alimentari potrebbe essere in parte dovuto al fatto che, a seguito della crisi finanziaria mondiale del 2008-09, in Italia è aumentato in maniera significativa il numero di persone che vivono al di sotto della soglia di povertà nazionale (il 29 per cento, rispetto al 14 per cento in Francia e al 19 per cento in Portogallo).»;

secondo l'ultimo dato rilevato dal Sistema di Sorveglianza OKkio alla Salute, promosso dal Ministero della salute/CCM (Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie), coordinato dall'Istituto superiore di sanità e illustrato presso l'Auditorium «Biagio D'Alba» del Ministero della salute, nel corso del convegno «Dieci anni di OKkio alla Salute, i risultati della V raccolta dati e le sfide future», i bambini obesi e in sovrappeso nel nostro Paese sono diminuiti solo del 13 per cento in meno di dieci anni e comunque rimangono tra i più alti in Europa;

peraltro, le Nazioni Unite hanno dichiarato il periodo 2016-2025 « Decade della nutrizione », dunque diventa più che mai necessario intraprendere politiche e assumere impegni mirati ad arginare e risolvere il problema;

considerato inoltre che:

il Fondo mondiale per la ricerca sul cancro dichiara che « limitare il consumo di cibi ad alta densità calorica ed evitare il consumo di bevande zuccherate » è la prima raccomandazione alimentare a cui è giunto il comitato di esperti dopo aver esaminato tutti gli studi scientifici su dieta e cancro;

lo zucchero è presente in molti alimenti di consumo dove normalmente il consumatore generico non penserebbe di trovarlo, ad esempio in diversi prodotti in scatola, nei sughi pronti, nella maionese, nelle fette biscottate, nel pane, nello yogurt, nei succhi di frutta, e probabilmente è utilizzato come edulcorante per camuffare il gusto di alimenti di qualità scadente che altrimenti sarebbero sgradevoli;

una riduzione degli zuccheri significherebbe non solo migliorare la nostra salute, ma anche contribuire indirettamente ad offrire alimenti di maggior qualità, con particolare riguardo ai più giovani, garantendo loro un'età adulta più sana, nonché ridurre significativamente la spesa sanitaria legata all'obesità;

l'approccio educativo, secondo molti esperti, è fondamentale per ottenere risultati concreti e duraturi perché solo la consapevolezza può spingere i consumatori a fare scelte razionali ogni giorno, respingendo l'assalto del *marketing* della malnutrizione,

impegna il Governo:

1) a promuovere l'adozione di un Piano nazionale per la prevenzione e la cura dell'obesità, anche con l'attuazione dell'*Action Plan on Childhood Obesity* 2014-2020, intervenendo nelle otto aree prioritarie in cui si articola quest'ultimo;

2) a promuovere campagne di sensibilizzazione, attraverso specifici spot sui principali organi di stampa e di pubblicità progresso in televisione, volte a indicare i valori di una sana alimentazione, ossia di un'alimentazione meno calorica, con l'obiettivo di evitare che la piaga dell'obesità si estenda in modo irreversibile, nonché a incentivare l'acquisto consapevole dei prodotti alimentari, per favorire una dieta variata ed equilibrata;

3) a intraprendere interventi urgenti ed incisivi per contrastare la diffusione dell'obesità, investendo nella prevenzione, anche con il coinvolgimento attivo di settori della società esterni al sistema sanitario, sia istituzionali che della società civile;

4) a implementare gli interventi per identificare i soggetti in condizioni di rischio o con condizione clinica patologica in atto, da indirizzare verso un'adeguata presa in carico sistemica, in grado di potenziare le risorse personali per l'adozione consapevole degli stili di vita corretti o, quando necessario, verso idonei programmi di comunità (come ad esempio i gruppi di cammino o l'offerta proattiva di attività motorie) o percorsi terapeutico-assistenziali multidisciplinari;

5) a intraprendere tutte le misure per la protezione dell'allattamento al seno materno, per sei mesi esclusivo e fino a due anni complementare;

6) ad intervenire sulla pubblicità di prodotti alimentari e bevande non alcoliche per bambini, al fine di:

a) adoperarsi affinché i luoghi dove i bambini si riuniscono (asili, scuole, cortili delle scuole, luoghi adibiti allo svolgimento di servizi pre e post scuola, parchi giochi, centri per il bambino e la famiglia, strutture sanitarie pediatriche, luoghi in cui si svolgono attività sportive e culturali) siano liberi da ogni forma diretta e indiretta di pubblicità di alimenti con un alto contenuto di grassi saturi, acidi grassi, zuccheri e sali liberi;

b) sviluppare politiche di contenimento del *marketing* alimentare sui bambini, con la predisposizione di misure che proteggano l'interesse pubblico;

c) approntare meccanismi specifici ed eventuali norme attuative per il contenimento del *marketing* alimentare per i bambini, corredati dalle definizioni di sanzioni (per comportamenti lesivi della salute dei cittadini e in particolare dei bambini) e di un sistema per la notifica di reclami;

d) prevedere un sistema di monitoraggio per garantire la conformità degli obiettivi in merito al contenimento dell'impatto del *marketing* alimentare sui bambini che includa soggetti che non hanno conflitto di interesse;

e) predisporre un sistema per valutare l'efficacia delle norme sul contenimento dell'impatto del *marketing* alimentare sui bambini in relazione a un contesto più generale, in particolare per quanto riguarda la misurazione delle variazioni di vendita o di quote di mercato di alimenti con grassi saturi, acidi grassi, zuccheri e sali liberi;

f) identificare le informazioni e la natura degli effetti del *marketing* alimentare rivolto ai bambini per sviluppare ulteriori ricerche in questo campo al fine di ridurre l'impatto sui bambini della pubblicità di alimenti con un eccessivo contenuto di grassi saturi, acidi grassi, zuccheri e sali liberi;

7) ad assumere iniziative per stimolare l'industria alimentare a studiare una adeguata porzionatura dei prodotti per

l'infanzia e l'adolescenza, tenuto conto che è il contenuto calorico globale quello che può indurre all'obesità;

8) a favorire in ogni modo lo svolgimento di attività fisica anche nelle scuole dell'infanzia e primaria (ad esempio, attraverso l'esperienza *pedibus* per i trasferimenti casa-scuola);

9) ad intervenire affinché si diffonda un utilizzo costruttivo e positivo dei personaggi dei *cartoons* e delle trasmissioni televisive per promuovere una corretta alimentazione e incentivare la pratica sportiva;

10) ad adottare misure finalizzate a ridurre, anche sul *web*, l'esposizione di bambini e adolescenti a pubblicità e operazioni di *marketing* inappropriate, compresi i videogiochi realizzati per comunicare messaggi pubblicitari;

11) ad intervenire con iniziative normative, formative e informative, per diffondere la conoscenza sui rischi di obesità, soprattutto nella fascia giovanile e adolescenziale, derivanti da un'alimentazione scorretta, sbilanciata o eccessivamente calorica;

12) a sostenere e incoraggiare, presso le scuole e gli istituti di formazione, progetti didattici legati all'educazione alimentare, intesa tra l'altro anche come conoscenza dei prodotti, delle etichette, della provenienza degli alimenti, nonché a definire l'importanza di prodotti tipici, biologici, a chilometro zero od utile, per accrescere negli studenti il senso di responsabilità sociale, verso la propria salute e l'ambiente, nonché il rispetto della biodiversità, in quanto conoscenze imprescindibili.

ALLEGATO 2

7-00025 D'Arrando, 7-00052 Siani e 7-00056 Novelli: Iniziative volte a disincentivare il consumo di zuccheri e di grassi, al fine di prevenire e di contrastare l'obesità.

**TESTO UNIFICATO DELLE RISOLUZIONI APPROVATO
DALLA COMMISSIONE (N. 8-00003).**

La XII Commissione,

premesso che:

obesità e sovrappeso sono oramai universalmente riconosciuti come fattori di rischio per le principali malattie croniche e come condizioni associate a morte prematura;

particolarmente grave è l'insorgenza dell'obesità tra bambini e adolescenti, esposti fin dall'età infantile a difficoltà respiratorie, problemi articolari, mobilità ridotta, ma anche disturbi dell'apparato digerente e di carattere psicologico;

chi è obeso in età infantile lo è spesso anche da adulto e aumenta, dunque, il rischio di sviluppare precocemente malattie non trasmissibili di natura cardiovascolare (ipertensione, malattie cardiache, *ictus*, malattie coronariche, tendenza all'infarto), disturbi muscoloscheletrici (artrosi), alcuni tipi di cancro e condizioni di alterato metabolismo, come il diabete di tipo 2 o l'ipercolesterolemia;

anche a livello psicologico, l'obesità può incidere in modo sconvolgente; infatti, chi è obeso spesso viene isolato e sottoposto a una vera e propria stigmatizzazione sociale, che rende difficile qualunque tipo di socialità. In particolare, i bambini in sovrappeso tendono a sviluppare un rapporto difficile con il proprio corpo e con i propri coetanei, con conseguente isolamento, che solitamente si tra-

duce in ulteriori abitudini sedentarie, creando un circolo vizioso pericolosissimo;

secondo il rapporto Osservasalute 2016, dove vengono riportati i risultati dell'indagine multiscopo dell'Istat « Aspetti della vita quotidiana », a cura dell'Università Cattolica di Roma, in Italia, nel 2015, nella popolazione adulta una persona su dieci risultava obesa (9,8 per cento) e il 35,5 per cento in sovrappeso; l'eccesso ponderale, quindi, era complessivamente pari al 45,1 per cento;

il sovrappeso, quale fenomeno che cresce all'aumentare dell'età, passa dal 14 per cento nella fascia di età 18-24 anni al 46 per cento tra i 65-74 anni, mentre l'obesità passa dal 2,3 per cento al 15,3 per cento per le stesse fasce di età. Inoltre, lo *status* di obesità è più diffuso tra gli uomini rispetto alle donne (sovrappeso: 44 per cento degli uomini *versus* 27,3 per cento delle donne; obesità: 10,8 per cento degli uomini *versus* 9 per cento delle donne);

anche a livello territoriale, si evidenziano differenziazioni tra il nord e il sud del Paese, con una prevalenza di persone maggiorenni obese nelle regioni meridionali (obese: Molise 14,1 per cento, Abruzzo 12,7 per cento e Puglia 12,3 per cento; sovrappeso: Basilicata 39,9 per cento, Campania 39,3 per cento e Sicilia 38,7 per cento) rispetto a quelle settentrionali (obese: provincia autonoma di Bolzano 7,8 per cento e Lombardia 8,7 per cento; sovrappeso: provincia autonoma di

Trento 27,1 per cento, Valle d'Aosta 30,4 per cento);

i dati Istat mettono in evidenza che 1,7 milioni di bambini e adolescenti sono in sovrappeso od obesi (il 24,7 per cento della popolazione italiana tra i 6 e i 17 anni) mentre, a livello europeo, in nove Paesi su ventotto il fenomeno risulta superare il 30 per cento;

generalmente, un'alimentazione scorretta e uno stile di vita sedentario sono tra le varie cause dell'obesità e portano all'eccesso ponderale, ovvero lo sproporzionato accumulo di grasso corporeo. Il tipo di alimentazione e l'attività fisica sono fortemente determinati dalle condizioni economiche, sociali e culturali; ad esempio la fascia di popolazione più disagiata dal punto di vista socio-economico predilige il consumo di carne, grassi e carboidrati rispetto alla frutta e verdura, e tende a trascurare il proprio benessere fisico;

le strategie di educazione e prevenzione rivolte alle nuove generazioni assumono fondamentale importanza per contrastare l'obesità, che appare sempre più diffusa. Diventa importante, quindi, puntare alla valorizzazione di uno stile corretto di vita, caratterizzato da un regime alimentare sano e da un'adeguata pratica sportiva;

in merito all'attività fisica, preoccupa l'esiguo numero di ore ad essa dedicata, specialmente nelle scuole dell'infanzia e primaria; dunque diventa necessario insistere nell'educare allo sport e al movimento per promuovere i benefici dell'attività fisica, dato il ridotto grado di coinvolgimento (dal 10 al 25 per cento del totale degli studenti) nei progetti di valorizzazione sociale dello sport promossi dal Comitato olimpico nazionale italiano (Coni);

l'obesità rientra nell'elenco delle malattie non trasmissibili che gravano sempre più in termini di spesa sul Servizio sanitario nazionale e, senza un'azione diretta all'inversione di tale andamento del

fenomeno, potrebbero verificarsi serie conseguenze per la stessa tenuta del sistema;

peraltro l'obesità comporta elevati costi per la società: costi diretti, costituiti dalle risorse spese per la diagnosi e il trattamento dell'obesità in se stessa e delle patologie ad essa correlate, e costi indiretti, dovuti alla perdita di produttività causata dalle maggiori assenze dal lavoro delle persone obese e dalla loro morte;

a livello europeo, il documento più importante è l'*Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020*, il Piano d'azione contro l'obesità infantile pubblicato a febbraio 2014. Il testo identifica otto aree prioritarie di intervento: sostenere un sano inizio della vita, favorire l'allattamento materno in tutte le forme possibili, promuovere ambienti sani, rendere l'opzione sana la scelta più semplice, limitare la pubblicità rivolta ai bambini, informare e responsabilizzare le famiglie, incoraggiare l'attività fisica, monitorare e valutare il fenomeno e potenziare la ricerca. Il Piano d'azione fornisce una base su cui lavorare per implementare le politiche nazionali di contrasto all'obesità infantile (bambini e ragazzi di 0-18 anni), oltre ad individuare le tre principali tipologie di *stakeholder* (gli Stati membri dell'Unione europea, la Commissione europea e le organizzazioni internazionali, la società civile) che possono giocare un ruolo importante nel raggiungimento degli obiettivi;

la prevenzione rappresenta senz'altro la principale azione da intraprendere per affrontare il problema; soprattutto, è possibile contrastare l'obesità infantile attraverso campagne di informazione capillare a partire dalle scuole e nella società, allo scopo di orientare i bambini e i genitori verso una scelta alimentare sana, incentivando e favorendo un'attività fisica regolare;

nell'ambito della prevenzione, l'industria alimentare può svolgere un ruolo significativo nella promozione di diete sane, riducendo il contenuto di grassi, zuccheri e sale degli alimenti trasformati,

e limitando la pubblicizzazione di alimenti che, al contrario, ne sono ricchi, specialmente quelli destinati a bambini e adolescenti;

in molti Stati è assente una disciplina che regoli le promozioni e le sponsorizzazioni di alimenti: nuove forme di pubblicità sfuggono, così, al controllo dei genitori raggiungendo direttamente i bambini, attraverso *internet*, inserzioni nei video, *file*, sms; l'intensiva promozione commerciale di alimenti e bevande ad alta densità energetica e scarso contenuto in micronutrienti può influire negativamente sullo stato nutrizionale del bambino;

uno studio del 2006 dello *United States Institute of Medicine* ha evidenziato come la pubblicità abbia effetti a breve termine sulla dieta dei bambini di 2-11 anni e una moderata evidenza di effetti a lungo termine sui bambini di 6-11 anni. Lo stesso studio ha inoltre osservato una forte associazione statisticamente significativa tra una maggiore esposizione alla pubblicità televisiva e la presenza di obesità tra i bambini di 2-11 anni e gli adolescenti di 12-18 anni. L'esposizione dei bambini alla pubblicità televisiva di alimenti ad alta densità energetica risulta associata a una maggiore prevalenza di sovrappeso;

in Paesi come il Regno Unito, dal 2005 sono state introdotte limitazioni alla pubblicità in televisione per cibi ricchi di grassi, zuccheri e sali durante i programmi per bambini sotto i 16 anni; di conseguenza, si è appurato che dal 2009 è avvenuta una riduzione di questo tipo di pubblicità in misura pari al 37 per cento; in Spagna e Norvegia sono stati siglati accordi di autoregolamentazione con aziende alimentari, che per scelta volontaria adottano un ridimensionamento della pubblicità dei prodotti alimentari per bambini;

considerato che:

The Economist Intelligence Unit e la Fondazione Barilla Center for Food & Nutrition hanno elaborato un indice di

sostenibilità alimentare (*Food Sustainability Index*) e stilato una classifica che mette a confronto trentaquattro Paesi del mondo in base all'impatto ambientale e socioeconomico dei loro modelli alimentari. L'Italia è quarta nella classifica della sostenibilità alimentare, dopo Francia, Spagna e Portogallo, e nell'ambito di questa classifica il fattore di criticità è correlato all'obesità infantile e alla carente educazione alimentare; mentre, nell'indice parziale dedicato alle sfide nutrizionali in relazione a dodici Paesi del Mediterraneo, l'Italia risulta essere ottava, dopo Francia, Portogallo, Grecia, Spagna, Israele, Turchia e Tunisia;

nel succitato indice si legge: «La posizione sorprendentemente bassa occupata dall'Italia in questa classifica (8° posto) è essenzialmente riconducibile alla voce che riguarda l'obesità infantile (nonostante vi sia stato un leggero miglioramento negli ultimi anni), nonché a un punteggio relativamente basso per i modelli alimentari (soprattutto a causa di una scarsa educazione nutrizionale e a un numero relativamente alto di persone che mangiano nei *fast food*). Il punteggio basso riportato alla voce modelli alimentari potrebbe essere in parte dovuto al fatto che, a seguito della crisi finanziaria mondiale del 2008-09, in Italia è aumentato in maniera significativa il numero di persone che vivono al di sotto della soglia di povertà nazionale (il 29 per cento, rispetto al 14 per cento in Francia e al 19 per cento in Portogallo).»;

secondo l'ultimo dato rilevato dal Sistema di Sorveglianza OKkio alla Salute, promosso dal Ministero della salute/CCM (Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie), coordinato dall'Istituto superiore di sanità e illustrato presso l'Auditorium «Biagio D'Alba» del Ministero della salute, nel corso del convegno «Dieci anni di OKkio alla Salute, i risultati della V raccolta dati e le sfide future», i bambini obesi e in sovrappeso nel nostro Paese sono diminuiti solo del 13 per cento in meno di dieci anni e comunque rimangono tra i più alti in Europa;

peraltro, le Nazioni Unite hanno dichiarato il periodo 2016-2025 « Decade della nutrizione », dunque diventa più che mai necessario intraprendere politiche e assumere impegni mirati ad arginare e risolvere il problema;

considerato inoltre che:

il Fondo mondiale per la ricerca sul cancro dichiara che « limitare il consumo di cibi ad alta densità calorica ed evitare il consumo di bevande zuccherate » è la prima raccomandazione alimentare a cui è giunto il comitato di esperti dopo aver esaminato tutti gli studi scientifici su dieta e cancro;

lo zucchero è presente in molti alimenti di consumo dove normalmente il consumatore generico non penserebbe di trovarlo, ad esempio in diversi prodotti in scatola, nei sughi pronti, nella maionese, nelle fette biscottate, nel pane, nello yogurt, nei succhi di frutta, e probabilmente è utilizzato come edulcorante per camuffare il gusto di alimenti di qualità scadente che altrimenti sarebbero sgradevoli;

una riduzione degli zuccheri significherebbe non solo migliorare la nostra salute, ma anche contribuire indirettamente ad offrire alimenti di maggior qualità, con particolare riguardo ai più giovani, garantendo loro un'età adulta più sana, nonché ridurre significativamente la spesa sanitaria legata all'obesità;

l'approccio educativo, secondo molti esperti, è fondamentale per ottenere risultati concreti e duraturi perché solo la consapevolezza può spingere i consumatori a fare scelte razionali ogni giorno, respingendo l'assalto del *marketing* della malnutrizione,

impegna il Governo:

1) a promuovere l'adozione di un Piano nazionale per la prevenzione e la cura dell'obesità, anche con l'attuazione dell'*Action Plan on Childhood Obesity* 2014-2020, intervenendo nelle otto aree prioritarie in cui si articola quest'ultimo;

2) a promuovere campagne di sensibilizzazione, attraverso specifici spot sui principali organi di stampa e di pubblicità progresso in televisione, volte a indicare i valori di una sana alimentazione, ossia di un'alimentazione meno calorica, con l'obiettivo di evitare che la piaga dell'obesità si estenda in modo irreversibile, nonché a incentivare l'acquisto consapevole dei prodotti alimentari, per favorire una dieta variata ed equilibrata;

3) a intraprendere interventi urgenti ed incisivi per contrastare la diffusione dell'obesità, investendo nella prevenzione, anche con il coinvolgimento attivo di settori della società esterni al sistema sanitario, sia istituzionali che della società civile;

4) a implementare gli interventi per identificare i soggetti in condizioni di rischio o con condizione clinica patologica in atto, da indirizzare verso un'adeguata presa in carico sistemica, in grado di potenziare le risorse personali per l'adozione consapevole degli stili di vita corretti o, quando necessario, verso idonei programmi di comunità (come ad esempio i gruppi di cammino o l'offerta proattiva di attività motorie) o percorsi terapeutico-assistenziali multidisciplinari;

5) a intraprendere tutte le misure per la protezione dell'allattamento al seno materno, per sei mesi esclusivo e fino a due anni complementare;

6) ad intervenire sulla pubblicità di prodotti alimentari e bevande non alcoliche per bambini, al fine di:

a) adoperarsi affinché i luoghi dove i bambini si riuniscono (asili, scuole, cortili delle scuole, luoghi adibiti allo svolgimento di servizi pre e post scuola, parchi giochi, centri per il bambino e la famiglia, strutture sanitarie pediatriche, luoghi in cui si svolgono attività sportive e culturali) siano liberi da ogni forma diretta e indiretta di pubblicità di alimenti con un elevato contenuto di grassi saturi, acidi grassi, zuccheri e sali liberi;

b) sviluppare politiche di contenimento del *marketing* alimentare sui bambini, con la predisposizione di misure che proteggano l'interesse pubblico;

c) approntare meccanismi specifici ed eventuali norme attuative per il contenimento del *marketing* alimentare per i bambini, corredati dalle definizioni di sanzioni (per comportamenti lesivi della salute dei cittadini e in particolare dei bambini) e di un sistema per la notifica di reclami;

d) prevedere un sistema di monitoraggio per garantire la conformità degli obiettivi in merito al contenimento dell'impatto del *marketing* alimentare sui bambini che includa soggetti che non hanno conflitto di interesse;

e) predisporre un sistema per valutare l'efficacia delle norme sul contenimento dell'impatto del *marketing* alimentare sui bambini in relazione a un contesto più generale, in particolare per quanto riguarda la misurazione delle variazioni di vendita o di quote di mercato di alimenti con un elevato contenuto di grassi saturi, acidi grassi, zuccheri e sali liberi;

f) identificare le informazioni e la natura degli effetti del *marketing* alimentare rivolto ai bambini per sviluppare ulteriori ricerche in questo campo al fine di ridurre l'impatto sui bambini della pubblicità di alimenti con un eccessivo contenuto di grassi saturi, acidi grassi, zuccheri e sali liberi;

7) ad assumere iniziative per stimolare l'industria alimentare a studiare una adeguata porzionatura dei prodotti per l'infanzia e l'adolescenza, tenuto conto che è il contenuto calorico globale quello che può indurre all'obesità;

8) a favorire in ogni modo lo svolgimento di attività fisica anche nelle scuole dell'infanzia e primaria (ad esempio, attraverso l'esperienza *pedibus* per i trasferimenti casa-scuola);

9) ad intervenire affinché si diffonda un utilizzo costruttivo e positivo dei personaggi dei *cartoons* e delle trasmissioni televisive per promuovere una corretta alimentazione e incentivare la pratica sportiva;

10) ad adottare misure finalizzate a ridurre, anche sul *web*, l'esposizione di bambini e adolescenti a pubblicità e operazioni di *marketing* inappropriate, compresi i videogiochi realizzati per comunicare messaggi pubblicitari;

11) ad intervenire con iniziative normative, formative e informative, per diffondere la conoscenza sui rischi di obesità, soprattutto nella fascia giovanile e adolescenziale, derivanti da un'alimentazione scorretta, sbilanciata o eccessivamente calorica;

12) a sostenere e incoraggiare, presso le scuole e gli istituti di formazione, progetti didattici legati all'educazione alimentare, intesa tra l'altro anche come conoscenza dei prodotti, delle etichette, della provenienza degli alimenti, nonché a definire l'importanza di prodotti tipici, biologici, a chilometro zero od utile, per accrescere negli studenti il senso di responsabilità sociale, verso la propria salute e l'ambiente, nonché il rispetto della biodiversità, in quanto conoscenze imprescindibili.

(8-00003) « D'Arrando, Siani, Novelli, Pannizzut, Massimo Enrico Baroni, Bologna, Chiazzese, Lapia, Mammì, Nappi, Nesci, Provenza, Sapia, Sarli, Sportiello, Trizzino, Troiano, Leda Volpi, De Filippo, Carnevali, Campana, Ubaldo Pagano, Pini, Rizzo Nervo, Schirò, Pedrazzini, Elvira Savino, Bagnasco, Bond, Brambilla, Minardo, Mugnai, Versace, Mandelli ».