

711.

Allegato A

## DOCUMENTI ESAMINATI NEL CORSO DELLA SEDUTA COMUNICAZIONI ALL'ASSEMBLEA

### INDICE

	PAG.		PAG.
<b>Comunicazioni</b> .....	3	Parlamento europeo (Annunzio di risoluzioni) .....	11
Missioni vevoli nella seduta del 6 dicembre 2016 .....	3	Progetti di atti dell'Unione europea (Annunzio) .....	12
Progetti di legge (Annunzio; Adesione di deputati a proposte di legge; Assegnazione a Commissioni in sede referente; Modifica dell'assegnazione a Commissione in sede referente) .....	3, 4	Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa (Trasmissione di risoluzioni) .....	16
Ufficio parlamentare di bilancio (Trasmissione di un documento) .....	5	Avvio di procedure d'infrazione (Comunicazione) .....	16
Presidenza del Consiglio dei ministri (Trasmissioni di documenti) .....	5	Provvedimenti concernenti amministrazioni locali (Annunzio) .....	17
Corte costituzionale (Annunzio di sentenze) ..	5	Nomina ministeriale (Comunicazione) .....	17
Corte dei conti (Trasmissioni di documenti) ..	9	Richieste di parere parlamentare su atti del Governo .....	17
Documenti ministeriali (Trasmissioni) .....	10	Atti di controllo e di indirizzo .....	17
Corte costituzionale (Annunzio della trasmissione di atti) .....	10	Risposte scritte ad interrogazioni (Annunzio) .....	17
Dipartimento per le politiche europee della Presidenza del Consiglio dei ministri (Trasmissioni di documenti) .....	11	<b>Mozioni Massimiliano Bernini ed altri n. 1-00744, Tartaglione ed altri n. 1-01296, Brignone ed altri n. 1-01440, Rondini ed altri n. 1-01441, Vargiu ed altri n. 1-01442, Nicchi ed altri n. 1-01443, Binetti ed altri n. 1-01444, Russo ed altri n. 1-01445 e Gigli ed altri n. 1-01446 concernenti ini-</b>	

**N. B. Questo allegato reca i documenti esaminati nel corso della seduta e le comunicazioni all'Assemblea non lette in aula.**

	PAG.		PAG.
<b>ziative per promuovere una corretta alimentazione, in particolare al fine di prevenire l'obesità infantile</b> .....	18	Articolo 1 e relativa proposta emendativa .....	99
Mozioni .....	18	Articolo 2 .....	100
<b>Mozioni De Maria ed altri n. 1-01375 e Invernizzi ed altri n. 1-01447 concernenti iniziative di competenza in relazione alle stragi naziste del 1943-1945, con particolare riferimento all'esecuzione in Germania delle sentenze di condanna emesse dai tribunali italiani</b> .....	81	Articolo 3 .....	101
Mozioni .....	81	Articolo 4 .....	101
<b>Disegno di legge S. 1659 (Approvato dal Senato) n. 3299</b> .....	86	Articolo 5 .....	102
Parere della I Commissione .....	86	Ordine del giorno .....	102
Parere della V Commissione .....	86	<b>Disegno di legge S. 1334 (Approvato dal Senato) n. 3941</b> .....	103
Articolo 1 .....	86	Parere della I Commissione .....	103
Articolo 2 e relativa proposta emendativa .....	86	Parere della V Commissione .....	103
Articolo 3 .....	87	Articolo 1 .....	103
Articolo 4 .....	87	Articolo 2 .....	103
Articolo 5 .....	87	Articolo 3 e relativa proposta emendativa .....	104
Ordini del giorno .....	88	Articolo 4 .....	104
<b>Disegno di legge S. 2099 (Approvato dal Senato) n. 3765</b> .....	91	Ordine del giorno .....	104
Parere della I Commissione .....	91	<b>Disegno di legge S. 1605 (Approvato dal Senato) n. 3942</b> .....	106
Parere della V Commissione .....	91	Parere della I Commissione .....	106
Articolo 1 .....	91	Parere della V Commissione .....	106
Articolo 2 .....	91	Articolo 1 .....	106
Articolo 3 e relativa proposta emendativa .....	92	Articolo 2 .....	106
Articolo 4 .....	92	Articolo 3 e relativa proposta emendativa .....	107
Articolo 5 .....	93	Articolo 4 .....	107
Ordini del giorno .....	93	<b>Disegno di legge S. 1730 (Approvato dal Senato) n. 3945</b> .....	108
<b>Disegno di legge n. 3880</b> .....	95	Parere della I Commissione .....	108
Parere della I Commissione .....	95	Parere della V Commissione .....	108
Parere della V Commissione .....	95	Articolo 1 .....	108
Articolo 1 .....	95	Articolo 2 e relativa proposta emendativa .....	108
Articolo 2 e relativa proposta emendativa .....	95	Articolo 3 .....	109
Articolo 3 .....	96	Articolo 4 .....	109
Articolo 4 .....	96	Ordine del giorno .....	110
Ordine del giorno .....	96	<b>Disegno di legge S. 2026 (Approvato dal Senato) n. 3947</b> .....	111
<b>Disegno di legge n. 3917-A</b> .....	98	Parere della I Commissione .....	111
Parere della I Commissione .....	99	Parere della V Commissione .....	111
Parere della V Commissione .....	99	Articolo 1 .....	111
		Articolo 2 e relativa proposta emendativa .....	111
		Articolo 3 .....	112
		Articolo 4 .....	113
		Articolo 5 .....	113

## COMUNICAZIONI

**Missioni valedoli  
nella seduta del 6 dicembre 2016.**

Adornato, Angelino Alfano, Gioacchino Alfano, Alfreider, Alli, Amendola, Amici, Artini, Baldelli, Baretta, Bellanova, Dorina Bianchi, Biondelli, Blažina, Bobba, Bocci, Bonifazi, Michele Bordo, Borletti Dell'Acqua, Boschi, Matteo Bragantini, Brambilla, Bratti, Bressa, Brunetta, Bueno, Caparini, Capelli, Casero, Castiglione, Catania, Censore, Centemero, Antimo Cesaro, Cirielli, Cominelli, Coppola, Costa, D'Alia, Dambruoso, Damiano, De Micheli, Del Basso De Caro, Dellai, Di Gioia, Luigi Di Maio, Manlio Di Stefano, Epifani, Faraone, Fedriga, Ferranti, Fico, Fioroni, Gregorio Fontana, Fontanelli, Formisano, Franceschini, Garofani, Gelli, Gentiloni Silveri, Giachetti, Giacomelli, Giancarlo Giorgetti, Gozi, Grillo, Kronbichler, La Russa, Locatelli, Lorenzin, Losacco, Lotti, Lupi, Madia, Manciuilli, Mannino, Marazziti, Giorgia Meloni, Meta, Migliore, Orlando, Picchi, Piccoli Nardelli, Pisicchio, Portas, Rampelli, Ravetto, Realacci, Rigoni, Francesco Saverio Romano, Rosato, Domenico Rossi, Rughetti, Sanga, Santerini, Scalfarotto, Scanu, Scotto, Sereni, Tabacci, Tidei, Valeria Valente, Valentini, Velo, Vignaroli, Zanetti.

*(Alla ripresa pomeridiana della seduta).*

Adornato, Angelino Alfano, Gioacchino Alfano, Alfreider, Alli, Amendola, Amici, Artini, Baldelli, Baretta, Bellanova, Bernardo, Dorina Bianchi, Bindi, Biondelli, Blažina, Bobba, Bocci, Boccia, Bonifazi, Michele Bordo, Borletti Dell'Acqua, Bo-

schi, Matteo Bragantini, Brambilla, Bratti, Bressa, Brunetta, Bueno, Caparini, Capelli, Casero, Castiglione, Catania, Censore, Centemero, Antimo Cesaro, Cicchitto, Cirielli, Cominelli, Coppola, Costa, D'Alia, Dambruoso, Damiano, De Micheli, Del Basso De Caro, Dellai, Di Gioia, Luigi Di Maio, Manlio Di Stefano, Epifani, Faraone, Fedriga, Ferranti, Fico, Fioroni, Gregorio Fontana, Fontanelli, Formisano, Franceschini, Garofani, Gelli, Gentiloni Silveri, Giachetti, Giacomelli, Giancarlo Giorgetti, Gozi, Grillo, Kronbichler, La Russa, Locatelli, Lorenzin, Losacco, Lotti, Lupi, Madia, Manciuilli, Mannino, Marazziti, Giorgia Meloni, Meta, Migliore, Orlando, Picchi, Piccoli Nardelli, Pisicchio, Portas, Rampelli, Ravetto, Realacci, Rigoni, Francesco Saverio Romano, Rosato, Domenico Rossi, Rughetti, Sanga, Sani, Santerini, Scalfarotto, Scanu, Scotto, Sereni, Sottanelli, Tabacci, Tidei, Valeria Valente, Valentini, Velo, Vignali, Vignaroli, Zanetti.

**Annunzio di proposte di legge.**

In data 1° dicembre 2016 è stata presentata alla Presidenza la seguente proposta di legge d'iniziativa del deputato:

FIORIO: « Istituzione del Registro nazionale dei paesaggi rurali di interesse storico, delle pratiche agricole e delle conoscenze tradizionali » (4160).

In data 2 dicembre 2016 è stata presentata alla Presidenza la seguente proposta di legge d'iniziativa del deputato:

MINARDO: « Disposizioni concernenti l'etichettatura delle farine di grano

duro non raffinate o integre e dei prodotti da esse derivati e misure per la promozione della loro produzione e del loro consumo » (4161).

In data 5 dicembre 2016 è stata presentata alla Presidenza la seguente proposta di legge d'iniziativa del deputato:

**PROPOSTA DI LEGGE COSTITUZIONALE CATANOSO GENOESE:** « Abrogazione degli articoli 103, primo comma, e 125 e modifiche agli articoli 100, 111 e 113 della Costituzione. Soppressione della magistratura amministrativa » (4162).

Saranno stampate e distribuite.

#### **Adesione di deputati a proposte di legge.**

La proposta di legge MARCON ed altri: « Istituzione del Dipartimento della difesa civile non armata e nonviolenta presso la Presidenza del Consiglio dei ministri » (3484) è stata successivamente sottoscritta dal deputato Basso.

#### **Assegnazione di progetti di legge a Commissioni in sede referente.**

A norma del comma 1 dell'articolo 72 del Regolamento, i seguenti progetti di legge sono assegnati, in sede referente, alle sottoindicate Commissioni permanenti:

##### *I Commissione (Affari costituzionali):*

VARGIU e MATARRESE: « Abrogazione della legge 6 maggio 2015, n. 52, e della legge 21 dicembre 2005, n. 270, recanti disposizioni in materia di elezione della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica, e ripristino dell'efficacia delle disposizioni preesistenti » (4142) *Parere della V Commissione.*

##### *II Commissione (Giustizia):*

ERMINI ed altri: « Modifiche al codice penale e al codice di procedura penale, concernenti i delitti di truffa e di circon-

venzione di persona incapace commessi in danno di persone ultrasessantacinquenni » (4130) *Parere delle Commissioni I e XII;*

GRIMOLDI: « Modifiche al decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231, al decreto legislativo 21 novembre 2007, n. 231, e altre disposizioni, in materia di organismi di vigilanza degli enti e di responsabilità per illecito amministrativo dipendente da reato degli enti, delle banche, delle società di intermediazione finanziaria e delle imprese di assicurazione » (4138) *Parere delle Commissioni I, VI (ex articolo 73, comma 1-bis, del Regolamento), X e XIV.*

##### *V Commissione (Bilancio):*

VEZZALI: « Disposizioni concernenti l'ammissione delle società sportive dilettantistiche al riparto della quota del cinque per mille dell'imposta sul reddito delle persone fisiche » (4123) *Parere delle Commissioni I e VII.*

##### *VI Commissione (Finanze):*

CANCELLERI ed altri: « Modifica all'articolo 63 del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 600, concernente la rappresentanza e l'assistenza dei contribuenti presso gli uffici finanziari » (4117) *Parere delle Commissioni I, II, V, X e XIV.*

##### *VII Commissione (Cultura):*

FIORIO ed altri: « Delega al Governo per la regolamentazione della vendita dei biglietti per gli spettacoli dal vivo in impianti con capienza superiore a 5.000 spettatori » (4112) *Parere delle Commissioni I, II, V, VI, X, XIV e della Commissione parlamentare per le questioni regionali.*

#### **Modifica dell'assegnazione di una proposta di legge a Commissione in sede referente.**

La seguente proposta di legge — già assegnata alla XI Commissione (Lavoro) —

è assegnata, in sede referente, alla II Commissione (Giustizia), che ne ha fatto richiesta al fine di procedere all'abbinamento, ai sensi dell'articolo 77 del Regolamento, con le proposte di legge nn. 3772 e 3775:

SPADONI ed altri: « Modifica alla legge 27 luglio 2011, n. 125, in materia di esclusione dei familiari superstiti condannati per omicidio del pensionato o dell'iscritto a un ente di previdenza dal diritto alla pensione di reversibilità o indiretta » (2780) — *Parere delle Commissioni I, V e XI (ex articolo 73, comma 1-bis, del Regolamento, relativamente alle disposizioni in materia previdenziale).*

#### **Trasmissione dall'Ufficio parlamentare di bilancio.**

Il Presidente dell'Ufficio parlamentare di bilancio, con lettera in data 16 novembre 2016, ha trasmesso copia del Rapporto sulla politica di bilancio 2017.

Questo documento è trasmesso alla V Commissione (Bilancio).

#### **Trasmissioni dalla Presidenza del Consiglio dei ministri.**

La Presidenza del Consiglio dei ministri, con lettere in data 25 novembre 2016, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 8-ter del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1998, n. 76, i decreti del Presidente del Consiglio dei ministri con cui è autorizzato, in relazione a interventi da realizzare tramite contributi assegnati in sede di ripartizione della quota dell'otto per mille dell'IRPEF devoluta alla diretta gestione statale, l'utilizzo dei risparmi di spesa realizzati dai seguenti soggetti:

Ministero dei beni e delle attività culturali e del turismo — Direzione generale Archeologia, belle arti e paesaggio —

Soprintendenza Archeologia, belle arti e paesaggio dell'Umbria, a valere su contributi concessi per l'anno 2007, per opere di restauro e valorizzazione della chiesa di San Giovenale in Orvieto;

Ministero dell'interno — Fondo edifici di culto, a valere su contributi concessi per l'anno 2010, per lavori presso la chiesa di San Francesco d'Assisi in Trapani.

Questi decreti sono trasmessi alla V Commissione (Bilancio) e alla VII Commissione (Cultura).

#### **Annunzio di sentenze della Corte costituzionale.**

La Corte costituzionale ha depositato in cancelleria le seguenti sentenze che, ai sensi dell'articolo 108, comma 1, del Regolamento, sono inviate alle sottoindicate Commissioni competenti per materia, nonché alla I Commissione (Affari costituzionali):

Sentenza n. 244 del 5 ottobre–22 novembre 2016 (Doc. VII, n. 708),

con la quale:

dichiara inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 35, comma 8, del decreto-legge 12 settembre 2014, n. 133 (Misure urgenti per l'apertura dei cantieri, la realizzazione delle opere pubbliche, la digitalizzazione del Paese, la semplificazione burocratica, l'emergenza del dissesto idrogeologico e per la ripresa delle attività produttive), convertito, con modificazioni, dall'articolo 1, comma 1, della legge 11 novembre 2014, n. 164, promossa, in riferimento agli articoli 3 e 117, secondo e terzo comma, della Costituzione, dalla regione Lombardia e dalla regione Veneto;

dichiara inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 35, commi 3, 5 e 9, del decreto-legge n. 133 del 2014, come convertito, promossa, in riferimento agli articoli 117,

terzo e quarto comma, 118, 119, e 120 della Costituzione, dalla regione Veneto;

dichiara non fondata la questione di legittimità costituzionale del decreto-legge n. 133 del 2014, come convertito, nella sua interezza e limitatamente all'articolo 35, promossa, in riferimento all'articolo 77, secondo comma, della Costituzione, dalla regione Lombardia;

dichiara non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 35, comma 1, del decreto-legge n. 133 del 2014, come convertito, promossa, in riferimento agli articoli 3 e 117, terzo e quarto comma, 118, e 119 della Costituzione, dalla regione Veneto;

dichiara non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 35, commi 1, 3 e 4, del decreto-legge n. 133 del 2014, come convertito, promossa dalla regione Lombardia e dalla regione Veneto, in riferimento agli articoli 11 e 117, primo comma, in relazione alla direttiva 2001/42/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 giugno 2001, concernente la valutazione degli effetti di determinati piani e programmi sull'ambiente;

dichiara non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 35 del decreto-legge n. 133 del 2014, come convertito, promossa, in riferimento agli articoli 117, secondo e terzo comma, della Costituzione, dalla regione Lombardia;

dichiara non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 35, commi 1, 2 e 9, del decreto-legge n. 133 del 2014, come convertito, promossa, in riferimento all'articolo 120 della Costituzione, e al principio di leale collaborazione, dalla regione Lombardia e dalla regione Veneto;

dichiara non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 35, comma 4, del decreto-legge n. 133 del 2014, come convertito, promossa, in riferimento agli articoli 117, terzo comma, e 119 della Costituzione, dalla regione Veneto;

dichiara non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 35, comma 6, del decreto-legge n. 133 del 2014, come convertito, promossa, in riferimento agli articoli 81 e 119 della Costituzione, dalla regione Lombardia;

dichiara non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 35, comma 9, del decreto-legge n. 133 del 2014, come convertito, promossa, in riferimento all'articolo 120 della Costituzione, dalla regione Lombardia;

dichiara non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 35, comma 11, del decreto-legge n. 133 del 2014, come convertito, promossa, in riferimento all'articolo 120 della Costituzione, e al principio di leale collaborazione, dalla regione Lombardia:

*alla VIII Commissione (Ambiente);*

Sentenza n. 245 del 5 ottobre–22 novembre 2016 (Doc. VII, n. 709),

con la quale:

dichiara inammissibili le questioni di legittimità costituzionale degli articoli 9, comma 1, e 14, comma 1, della legge della regione Liguria 7 novembre 2013, n. 33 (Riforma del sistema di trasporto pubblico regionale e locale), sollevate, in riferimento agli articoli 3, 97 e 117, primo e secondo comma, lettere e) e s), della Costituzione, dal Tribunale amministrativo regionale per la Liguria:

*alla IX Commissione (Trasporti);*

Sentenza n. 252 del 18 ottobre–25 novembre 2016 (Doc. VII, n. 714),

con la quale:

dichiara non fondate le questioni di legittimità costituzionale degli articoli 1 e 4 della legge della regione Sardegna 20 dicembre 2013, n. 36 (Disposizioni urgenti in materia di protezione civile), promosse,

in riferimento all'articolo 117, terzo comma, della Costituzione:

*alla VIII Commissione (Ambiente);*

Sentenza n. 253 dell'8-25 novembre 2016 (Doc. VII, n. 715),

con la quale:

dichiara cessata la materia del contendere in relazione alle questioni di legittimità costituzionale dell'articolo 2, comma 1, lettera *d*), della legge della regione Piemonte 23 giugno 2015, n. 12 (Promozione di interventi di recupero e valorizzazione dei beni invenduti), promosse, in riferimento all'articolo 117, secondo comma, lettere *l*) e *g*), e terzo comma, della Costituzione, dal Presidente del Consiglio dei ministri:

*alla XII Commissione (Affari sociali).*

La Corte Costituzionale ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 30, secondo comma, della legge 11 marzo 1953, n.87, copia delle seguenti sentenze che, ai sensi dell'articolo 108, comma 1, del Regolamento, sono inviate alle sottoindicate Commissioni competenti per materia, nonché alla I Commissione (Affari Costituzionali), se non già assegnate alla stessa in sede primaria:

con lettera in data 22 novembre 2016, Sentenza n. 242 del 5 ottobre-22 novembre 2016 (Doc. VII, n. 706),

con la quale:

dichiara l'illegittimità costituzionale dell'articolo 2 della legge della Regione Veneto 27 aprile 2015, n. 6 (Legge di stabilità regionale per l'esercizio 2015);

dichiara cessata la materia del contendere sulla questione di legittimità costituzionale dell'articolo 69 della legge della Regione Veneto n. 6 del 2015, promossa, in riferimento all'articolo 81, terzo comma, della Costituzione, dal Presidente del Consiglio dei ministri;

dichiara non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 49

della legge della Regione Veneto n. 6 del 2015, promossa, in riferimento agli articoli 117, primo comma, e 120, primo comma, della Costituzione, dal Presidente del Consiglio dei ministri:

*alla VI Commissione (Finanze);*

con lettera in data 22 novembre 2016, Sentenza n. 243 del 19 ottobre-22 novembre 2016 (Doc. VII, n. 707),

con la quale:

dichiara l'illegittimità costituzionale dell'articolo 1 della legge della Regione Calabria 12 settembre 2014, n. 19, recante « Modifica della legge regionale 7 febbraio 2005, n. 1 (Norme per l'elezione del Presidente della Giunta regionale e del Consiglio regionale) », per la parte in cui elimina il rinvio all'intero articolo 5, comma 1, della legge costituzionale 22 novembre 1999, n. 1 (Disposizioni concernenti l'elezione diretta del Presidente della Giunta regionale e l'autonomia statutaria delle Regioni), anziché al solo ultimo periodo del comma 1 di tale articolo:

*alla I Commissione (Affari costituzionali);*

con lettera in data 25 novembre 2016, Sentenza n. 248 del 9-25 novembre 2016 (Doc. VII, n. 710),

con la quale:

dichiara l'illegittimità costituzionale dell'articolo 10, comma 2, della legge della Regione Calabria 26 luglio 1999, n. 19 (Disciplina dei servizi di sviluppo agricolo nella Regione Calabria), come sostituito dall'articolo 13, comma 1, della legge regionale n. 22 del 2007, per violazione dell'articolo 97, quarto comma, della Costituzione:

*alla XI Commissione (Lavoro);*

con lettera in data 25 novembre 2016, Sentenza n. 249 del 4 ottobre-25 novembre 2016 (Doc. VII, n. 711),

con la quale:

dichiara l'illegittimità costituzionale dell'articolo 1 della legge della Re-

gione Abruzzo 8 giugno 2015, n. 13, recante « Modifiche ed integrazioni alla legge regionale 10 marzo 2008, n. 2 (Provvedimenti urgenti a tutela del territorio regionale) », nella parte in cui introduce l'articolo 1.2, commi 1 e 2, della legge della Regione Abruzzo 10 marzo 2008, n. 2 (Provvedimenti urgenti a tutela del territorio regionale):

*alla X Commissione (Attività produttive);*

con lettera in data 25 novembre 2016, Sentenza n. 250 del 18 ottobre-25 novembre 2016 (Doc. VII, n. 712),

con la quale:

dichiara l'illegittimità costituzionale dell'articolo 241, comma 5, del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163 (Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE), nel testo modificato dall'articolo 5, comma 1, lettera c), del decreto legislativo 20 marzo 2010, n. 53 (Attuazione della direttiva 2007/66/CE che modifica le direttive 89/665/CEE e 92/13/CEE per quanto riguarda il miglioramento dell'efficacia delle procedure di ricorso in materia d'aggiudicazione degli appalti pubblici), nella parte in cui stabilisce che il presidente del collegio arbitrale è scelto « comunque tra coloro che nell'ultimo triennio non hanno esercitato le funzioni di arbitro di parte o di difensore in giudizi arbitrali disciplinati dal presente articolo, ad eccezione delle ipotesi in cui l'esercizio della difesa costituisca adempimento di dovere d'ufficio del difensore dipendente pubblico. La nomina del presidente del collegio effettuata in violazione del presente articolo determina la nullità del lodo ai sensi dell'articolo 829, primo comma, n. 3, del codice di procedura civile »:

*alla VIII Commissione (Ambiente);*

con lettera in data 25 novembre 2016, Sentenza n. 251 del 9-25 novembre 2016 (Doc. VII, n. 713),

con la quale:

dichiara l'illegittimità costituzionale dell'articolo 11, comma 1, lettere a), b), numero 2), c), numeri 1) e 2), e), f), g), h), i), l), m), n), o), p) e q), e comma 2, della legge 7 agosto 2015, n. 124 (Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche), nella parte in cui prevede che i decreti legislativi attuativi siano adottati previa acquisizione del parere reso in sede di Conferenza unificata, anziché previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni;

l'illegittimità costituzionale dell'articolo 17, comma 1, lettere a), b), c), d), e), f), l), m), o), q), r), s) e t), della legge n. 124 del 2015, nella parte in cui, in combinato disposto con l'articolo 16, commi 1 e 4, della medesima legge n. 124 del 2015, prevede che il Governo adotti i relativi decreti legislativi attuativi previo parere in sede di Conferenza unificata, anziché previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni;

l'illegittimità costituzionale dell'articolo 18, lettere a), b), c), e), i), l) e m), numeri da 1) a 7), della legge n. 124 del 2015, nella parte in cui, in combinato disposto con l'articolo 16, commi 1 e 4, della medesima legge n. 124 del 2015, prevede che il Governo adotti i relativi decreti legislativi attuativi previo parere, anziché previa intesa, in sede di Conferenza unificata;

l'illegittimità costituzionale dell'articolo 19, lettere b), c), d), g), h), l), m), n), o), p), s), t) e u), della legge n. 124 del 2015, nella parte in cui, in combinato disposto con l'articolo 16, commi 1 e 4, della medesima legge n. 124 del 2015, prevede che il Governo adotti i relativi decreti legislativi attuativi previo parere, anziché previa intesa, in sede di Conferenza unificata;

inammissibile la questione di legittimità costituzionale degli articoli 1, comma 1, e 23, comma 1, della legge n. 124 del 2015, promossa, in riferimento agli articoli 81 e 119 della Costituzione, dalla Regione Veneto;



non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 1, lettere *b)*, *c)* e *g)*, e comma 2, della legge n. 124 del 2015, promossa, in riferimento agli articoli 117, secondo, terzo e quarto comma, 118 e 119 della Costituzione, nonché al principio di leale collaborazione di cui agli articoli 5 e 120 della Costituzione, dalla regione Veneto:

*alla I Commissione (Affari costituzionali).*

#### **Trasmissioni dalla Corte dei conti.**

Il Presidente della Sezione del controllo sugli enti della Corte dei conti, con lettera in data 24 novembre 2016, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 7 della legge 21 marzo 1958, n. 259, la determinazione e la relazione riferite al risultato del controllo eseguito sulla gestione finanziaria dell'Unione italiana delle Camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura (Unioncamere), per gli esercizi 2014 e 2015. Alla determinazione sono allegati i documenti rimessi dall'ente ai sensi dell'articolo 4, primo comma, della citata legge n. 259 del 1958 (Doc. XV, n. 459).

Questi documenti sono trasmessi alla V Commissione (Bilancio) e alla X Commissione (Attività produttive).

Il Presidente della Sezione del controllo sugli enti della Corte dei conti, con lettera in data 24 novembre 2016, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 7 della legge 21 marzo 1958, n. 259, la determinazione e la relazione riferite al risultato del controllo eseguito sulla gestione finanziaria della fondazione Ente Ville vesuviane, per l'esercizio 2015. Alla determinazione sono allegati i documenti rimessi dall'ente ai sensi dell'articolo 4, primo comma, della citata legge n. 259 del 1958 (Doc. XV, n. 460).

Questi documenti sono trasmessi alla V Commissione (Bilancio) e alla VII Commissione (Cultura).

Il Presidente della Sezione del controllo sugli enti della Corte dei conti, con lettera in data 29 novembre 2016, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 7 della legge 21 marzo 1958, n. 259, la determinazione e la relazione riferite al risultato del controllo eseguito sulla gestione finanziaria del Fondo di previdenza per il personale del Ministero dell'economia e delle finanze, per l'esercizio 2015. Alla determinazione sono allegati i documenti rimessi dall'ente ai sensi dell'articolo 4, primo comma, della citata legge n. 259 del 1958 (Doc. XV, n. 461).

Questi documenti sono trasmessi alla V Commissione (Bilancio) e alla XI Commissione (Lavoro).

Il Presidente della Sezione del controllo sugli enti della Corte dei conti, con lettera in data 29 novembre 2016, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 7 della legge 21 marzo 1958, n. 259, la determinazione e la relazione riferite al risultato del controllo eseguito sulla gestione finanziaria dell'Autorità portuale di Messina, per gli esercizi 2014 e 2015. Alla determinazione sono allegati i documenti rimessi dall'ente ai sensi dell'articolo 4, primo comma, della citata legge n. 259 del 1958 (Doc. XV, n. 462).

Questi documenti sono trasmessi alla V Commissione (Bilancio) e alla IX Commissione (Trasporti).

Il Presidente della Sezione del controllo sugli enti della Corte dei conti, con lettera in data 1° dicembre 2016, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 7 della legge 21 marzo 1958, n. 259, la determinazione e la relazione riferite al risultato del controllo eseguito sulla gestione finanziaria dell'Autorità portuale di Savona, per l'esercizio 2015. Alla determinazione sono allegati i documenti rimessi dall'ente ai sensi dell'articolo 4, primo comma, della citata legge n. 259 del 1958 (Doc. XV, n. 463).

Questi documenti sono trasmessi alla V Commissione (Bilancio) e alla IX Commissione (Trasporti).

Il Presidente della Sezione del controllo sugli enti della Corte dei conti, con lettera in data 1° dicembre 2016, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 7 della legge 21 marzo 1958, n. 259, la determinazione e la relazione riferite al risultato del controllo eseguito sulla gestione finanziaria di EUR Spa, per l'esercizio 2014. Alla determinazione sono allegati i documenti rimessi dall'ente ai sensi dell'articolo 4, primo comma, della citata legge n. 259 del 1958 (Doc. XV, n. 464).

Questi documenti sono trasmessi alla I Commissione (Affari costituzionali) e alla V Commissione (Bilancio).

#### **Trasmissione dal Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale.**

Il Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale ha trasmesso decreti ministeriali recanti variazioni di bilancio tra capitoli dello stato di previsione del medesimo Ministero, autorizzate, in data 9 e 23 novembre 2016, ai sensi dell'articolo 3, comma 5, del decreto legislativo 7 agosto 1997, n. 279.

Questi decreti sono trasmessi alla III Commissione (Affari esteri) e alla V Commissione (Bilancio).

#### **Trasmissioni dal Ministro dello sviluppo economico.**

Il Ministro dello sviluppo economico, con lettera in data 25 novembre 2015, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 30, comma 5, della legge 20 marzo 1975, n. 70, la relazione sull'attività svolta, sul bilancio di previsione e sulla consistenza degli organici dell'ICE – Agenzia per la promozione all'estero e l'internazionalizzazione delle imprese italiane, riferita all'anno 2015, corredata dai relativi allegati.

Questa relazione è trasmessa alla X Commissione (Attività produttive).

Il Ministro dello sviluppo economico, con lettera in data 2 dicembre 2016, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 30, quinto comma, della legge 20 marzo 1975, n. 70, la relazione sull'attività svolta, sul bilancio di previsione e sulla consistenza degli organici della Cassa conguaglio GPL, riferita all'anno 2015, corredata dai relativi allegati.

Questa relazione è trasmessa alla X Commissione (Attività produttive).

#### **Trasmissioni dal Ministro dell'economia e delle finanze.**

Il Ministro dell'economia e delle finanze, con lettera in data 29 novembre 2016, ha trasmesso l'aggiornamento per gli anni 2010-2014 della relazione sull'economia non osservata e sull'evasione fiscale e contributiva, predisposta ai sensi dell'articolo 10-bis.1, comma 3, della legge 31 dicembre 2009, n. 196.

Questo documento è trasmesso alla V Commissione (Bilancio), alla VI Commissione (Finanze) e alla XI Commissione (Lavoro).

Il Ministro dell'economia e delle finanze, con lettera in data 30 novembre 2016, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 13, comma 6, del decreto-legge 31 maggio 1994, n. 332, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 1994, n. 474, la relazione sulle operazioni di cessione delle partecipazioni in società controllate direttamente o indirettamente dallo Stato, riferita agli anni dal 2011 al 2016 (Doc. XCIX, n. 1).

Questa relazione è trasmessa alla V Commissione (Bilancio).

#### **Annunzio della trasmissione di atti alla Corte costituzionale.**

Nel mese di novembre 2016 sono pervenute ordinanze emesse da autorità giu-

risdizionali per la trasmissione alla Corte costituzionale di atti relativi a giudizi di legittimità costituzionale.

Questi documenti sono trasmessi alla Commissione competente.

### **Trasmissioni dal Dipartimento per le politiche europee della Presidenza del Consiglio dei ministri.**

Il Dipartimento per le politiche europee della Presidenza del Consiglio dei ministri, in data 25, 29 e 30 novembre 2016, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 6, commi 4 e 5, della legge 24 dicembre 2012, n. 234, i seguenti documenti concernenti progetti di atti dell'Unione europea, che sono trasmessi alle sottoindicate Commissioni:

relazione concernente la proposta di decisione del Parlamento europeo e del Consiglio relativa a un Anno europeo del patrimonio culturale (COM(2016) 543 final), accompagnata dalla tabella di corrispondenza tra le disposizioni della proposta e le norme nazionali vigenti – *alla VII Commissione (Cultura) e alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea)*;

relazione concernente la proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio relativo al Fondo europeo per lo sviluppo sostenibile (*European Fund for Sustainable Development*, EFSD) e che istituisce la garanzia dell'EFSD e il fondo di garanzia EFSD (COM(2016) 586 final) – *alla III Commissione (Affari esteri) e alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea)*;

relazione concernente la proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che istituisce l'Organismo dei regolatori europei delle comunicazioni elettroniche (COM(2016) 591 final) – *alla IX Commissione (Trasporti) e alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea)*;

relazione concernente la proposta di direttiva del Consiglio relativa a una base imponibile consolidata comune per l'im-

posta sulle società (CCCTB) (COM(2016) 683 final) – *alla VI Commissione (Finanze) e alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea)*.

### **Annunzio di risoluzioni del Parlamento europeo.**

Il Presidente del Parlamento europeo ha trasmesso il testo di quattordici risoluzioni approvate nella tornata dal 24 al 27 ottobre 2016, che sono assegnate, ai sensi dell'articolo 125, comma 1, del Regolamento, alle sottoindicate Commissioni, nonché, per il parere, alla III Commissione (Affari esteri) e alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea), se non già assegnate alle stesse in sede primaria:

Risoluzione sulla proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio recante modifica del regolamento (UE) n. 1303/2013 per quanto attiene a talune disposizioni relative alla gestione finanziaria per alcuni Stati membri che si trovano, o rischiano di trovarsi, in gravi difficoltà relativamente alla loro stabilità finanziaria (Doc. XII, n. 1062) – *alla V Commissione (Bilancio)*;

Risoluzione legislativa relativa alla posizione del Consiglio in prima lettura in vista dell'adozione di un regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che modifica il regolamento (CE) n. 91/2003 relativo alle statistiche dei trasporti ferroviari, per quanto riguarda la raccolta dei dati relativi alle merci, ai passeggeri e agli incidenti (Doc. XII, n. 1063) – *alla IX Commissione (Trasporti)*;

Risoluzione legislativa relativa alla posizione del Consiglio in prima lettura in vista dell'adozione del regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che modifica il regolamento (CE) n. 1365/2006 relativo alle statistiche sui trasporti di merci per vie navigabili interne per quanto riguarda il conferimento alla Commissione di poteri delegati e competenze di esecu-

zione ai fini dell'adozione di alcune misure (Doc. XII, n. 1064) — *alla IX Commissione (Trasporti)*;

Risoluzione legislativa relativa alla posizione del Consiglio in prima lettura in vista dell'adozione della direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio relativa all'accessibilità dei siti *web* e delle applicazioni mobili degli enti pubblici (Doc. XII, n. 1065) — *alla I Commissione (Affari costituzionali)*;

Risoluzione legislativa relativa alla posizione in prima lettura del Consiglio in vista dell'adozione del regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio relativo alle misure di protezione contro gli organismi nocivi per le piante, che modifica i regolamenti (UE) n. 228/2013, (UE) n. 652/2014 e (UE) n. 1143/2014 del Parlamento europeo e del Consiglio e abroga le direttive 69/464/CEE, 74/647/CEE, 93/85/CEE, 98/57/CE, 2000/29/CE, 2006/91/CE e 2007/33/CE del Consiglio (Doc. XII, n. 1066) — *alla XIII Commissione (Agricoltura)*;

Risoluzione legislativa concernente il progetto di decisione del Consiglio relativa alla conclusione, a nome dell'Unione europea, dell'accordo tra l'Unione europea e la Repubblica popolare cinese in materia di esenzione dal visto per soggiorni di breve durata per i titolari di passaporti diplomatici (Doc. XII, n. 1067) — *alla III Commissione (Affari esteri)*;

Risoluzione concernente la posizione del Consiglio sul progetto di bilancio rettificativo n. 3/2016 dell'Unione europea per l'esercizio 2016: sicurezza delle istituzioni (Doc. XII, n. 1068) — *alla V Commissione (Bilancio)*;

Risoluzione sui diritti umani e la migrazione nei paesi terzi (Doc. XII, n. 1069) — *alle Commissioni riunite I (Affari costituzionali) e III (Affari esteri)*;

Risoluzione recante raccomandazioni alla Commissione sull'istituzione di un meccanismo dell'Unione europea in mate-

ria di democrazia, Stato di diritto e diritti fondamentali (Doc. XII, n. 1070) — *alla I Commissione (Affari costituzionali)*;

Risoluzione concernente la posizione del Consiglio sul progetto di bilancio generale dell'Unione europea per l'esercizio 2017 (Doc. XII, n. 1071) — *alle Commissioni riunite V (Bilancio) e XIV (Politiche dell'Unione europea)*;

Risoluzione sulla revisione intermedia del QFP 2014-2020 (Doc. XII, n. 1072) — *alle Commissioni riunite V (Bilancio) e XIV (Politiche dell'Unione europea)*;

Risoluzione sul semestre europeo per il coordinamento delle politiche economiche: attuazione delle priorità per il 2016 (Doc. XII, n. 1073) — *alla V Commissione (Bilancio)*;

Risoluzione sulla situazione nell'Iraq del nord/Mosul (Doc. XII, n. 1074) — *alla III Commissione (Affari esteri)*;

Risoluzione sul servizio volontario europeo e la promozione del volontariato in Europa (Doc. XII, n. 1075) — *alla XII Commissione (Affari sociali)*.

### **Annuncio di progetti di atti dell'Unione europea.**

La Commissione europea, in data 28, 29 e 30 novembre e 1°, 2 e 5 dicembre 2016, ha trasmesso, in attuazione del Protocollo sul ruolo dei Parlamenti allegato al Trattato sull'Unione europea, i seguenti progetti di atti dell'Unione stessa, nonché atti preordinati alla formulazione degli stessi, che sono assegnati, ai sensi dell'articolo 127 del Regolamento, alle sottoindicate Commissioni, con il parere, se non già assegnati alla stessa in sede primaria, della XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea):

*alla I Commissione (Affari costituzionali)*;

Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio europeo e al Consiglio — Settima relazione

sulla ricollocazione e il reinsediamento (COM(2016) 720 final), corredata dai relativi allegati (COM(2016) 720 final – Annex 1, 2 e 3);

*alla II Commissione (Giustizia):*

Relazione della Commissione al Parlamento europeo e al Consiglio che valuta l'impatto sulla prevenzione della tratta di esseri umani, della legislazione nazionale vigente che incrimina l'utilizzo di servizi che costituiscono oggetto dello sfruttamento legato alla tratta, in conformità all'articolo 23, paragrafo 2, della direttiva 2011/36/UE (COM(2016) 719 final);

Relazione della Commissione al Parlamento europeo e al Consiglio – Relazione che valuta in che misura gli Stati membri abbiano adottato le misure necessarie per conformarsi alla direttiva 2011/36/UE concernente la prevenzione e la repressione della tratta di esseri umani e la protezione delle vittime, ai sensi dell'articolo 23, paragrafo 1 (COM(2016) 722 final);

*alla III Commissione (Affari esteri):*

Relazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni sull'attuazione, sui risultati e sulla valutazione generale dell'Anno europeo per lo sviluppo 2015 (COM(2016) 525 final);

Relazione della Commissione al Parlamento europeo e al Consiglio – Relazione annuale sulle politiche di aiuto umanitario e protezione civile dell'Unione europea e sulla loro attuazione nel 2015 (COM(2016) 751 final);

Proposta di decisione del Consiglio relativa alla conclusione dell'accordo tra l'Unione europea e la Repubblica del Cile sul commercio di prodotti biologici (COM(2016) 771 final), corredata dal relativo allegato (COM(2016) 771 final – Annex 1);

Proposta congiunta della Commissione europea e dell'Alto rappresentante dell'Unione per gli affari esteri e la politica di sicurezza di decisione del Consiglio relativa alla conclusione dell'accordo quadro tra l'Unione europea e i suoi Stati membri, da una parte, e l'Australia, dall'altra (JOIN(2016) 51 final), corredata dal relativo allegato (JOIN(2016) 51 final – Annex 1);

Proposta congiunta della Commissione europea e dell'Alto rappresentante dell'Unione per gli affari esteri e la politica di sicurezza di decisione del Consiglio relativa alla conclusione dell'accordo di partenariato sulle relazioni e la cooperazione tra l'Unione europea e i suoi Stati membri, da una parte, e la Nuova Zelanda, dall'altra (JOIN(2016) 54 final), corredata dal relativo allegato (JOIN(2016) 54 final – Annex 1);

Proposta congiunta della Commissione europea e dell'Alto rappresentante dell'Unione per gli affari esteri e la politica di sicurezza di decisione del Consiglio relativa alla conclusione, a nome dell'Unione europea, dell'accordo di partenariato strategico tra l'Unione europea e i suoi Stati membri, da una parte, e il Canada, dall'altra (JOIN(2016) 56 final), corredata dal relativo allegato (JOIN(2016) 56 final – Annex 1);

*alla V Commissione (Bilancio):*

Progetto di relazione comune sull'occupazione della Commissione e del Consiglio che accompagna la comunicazione della Commissione sull'analisi annuale della crescita 2017 (COM(2016) 729 final);

*alla VI Commissione (Finanze):*

Proposta di direttiva del Consiglio che modifica la direttiva 2006/112/CE per quanto riguarda le aliquote dell'imposta sul valore aggiunto applicate a libri, giornali e periodici (COM(2016) 758 final), corredata dal relativo documento di lavoro dei servizi della Commissione – Sintesi della valutazione d'impatto (SWD(2016)

393 final). Questa proposta è altresì assegnata alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea) ai fini della verifica della conformità al principio di sussidiarietà; il termine di otto settimane per la verifica di conformità, ai sensi del Protocollo sull'applicazione dei principi di sussidiarietà e di proporzionalità allegato al Trattato sull'Unione europea, decorre dal 6 dicembre 2016;

*alla VIII Commissione (Ambiente):*

Relazione della Commissione sulla disponibilità di formazione per il personale addetto all'assistenza in relazione alla manipolazione in condizioni di sicurezza di tecnologie rispettose del clima volte a sostituire o ridurre l'uso di gas fluorurati ad effetto serra (COM(2016) 748 final);

Relazione della Commissione relativa agli ostacoli posti dai codici, dagli *standard* e dalla legislazione all'utilizzo di tecnologie rispettose del clima nei settori della refrigerazione, della climatizzazione, delle pompe di calore e delle schiume (COM(2016) 749 final);

*alla IX Commissione (Trasporti):*

Relazione della Commissione al Parlamento europeo e al Consiglio sull'applicazione della direttiva (UE) 2015/413 intesa a facilitare lo scambio transfrontaliero di informazioni sulle infrazioni in materia di sicurezza stradale (COM(2016) 744 final), corredata dal relativo allegato (COM(2016) 744 final – Annex 1);

Proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che abroga il regolamento (CEE) n. 1101/89 del Consiglio e i regolamenti (CE) n. 2888/2000 e (CE) n. 685/2001 (COM(2016) 745 final);

*alla X Commissione (Attività produttive):*

Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni – Le nuove imprese *leader* dell'Europa: l'iniziativa *Start-up e scale-up* (COM(2016) 733 final);

Relazione della Commissione al Consiglio e al Parlamento europeo sull'attuazione del programma energetico europeo per la ripresa e sul Fondo europeo per l'efficienza energetica (COM(2016) 743 final), corredata dal relativo allegato (COM(2016) 743 final – Annex 1);

Relazione della Commissione – Relazione finale sull'indagine settoriale sui meccanismi di regolazione della capacità (COM(2016) 752 final);

Proposta di direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio che modifica la direttiva 2012/27/UE sull'efficienza energetica (COM(2016) 761 final), corredata dal relativo allegato (COM(2016) 761 final – Annex 1) e documento di lavoro dei servizi della Commissione – Sintesi della valutazione d'impatto (SWD(2016) 406 final). Questa proposta è altresì assegnata alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea) ai fini della verifica della conformità al principio di sussidiarietà; il termine di otto settimane per la verifica di conformità, ai sensi del Protocollo sull'applicazione dei principi di sussidiarietà e di proporzionalità allegato al Trattato sull'Unione europea, decorre dal 2 dicembre 2016;

Proposta di direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio che modifica la direttiva 2010/31/UE sulla prestazione energetica nell'edilizia (COM(2016) 765 final), corredata dal relativo allegato (COM(2016) 765 final – Annex 1) e documento di lavoro dei servizi della Commissione – Sintesi della valutazione d'impatto (SWD(2016) 415 final). Questa proposta è altresì assegnata alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea) ai fini della verifica della conformità al principio di sussidiarietà; il termine di otto settimane per la verifica di conformità, ai sensi del Protocollo sull'applicazione dei principi di sussidiarietà e di proporzionalità allegato al Trattato sull'Unione europea, decorre dal 2 dicembre 2016;

*alla XIII Commissione (Agricoltura):*

Proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio relativo alla

definizione, alla presentazione e all'etichettatura delle bevande spiritose, all'uso delle denominazioni di bevande spiritose nella presentazione e nell'etichettatura di altri prodotti alimentari nonché alla protezione delle indicazioni geografiche delle bevande spiritose (COM(2016) 750 final), corredata dai relativi allegati (COM(2016) 750 final – Annexes 1 to 2);

*alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea):*

Relazione della Commissione al Parlamento europeo e al Consiglio – Relazione 2009-2015 sulla situazione finanziaria del regime di assicurazione contro la disoccupazione a favore degli *ex* agenti temporanei o contrattuali e degli assistenti parlamentari accreditati che si trovino senza impiego dopo la cessazione dal servizio presso un'istituzione dell'Unione europea (COM(2016) 754 final);

Relazione della Commissione sui lavori dei comitati nel 2015 (COM(2016) 772 final);

*alle Commissioni riunite I (Affari costituzionali) e II (Giustizia):*

Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio europeo e al Consiglio – Seconda relazione sui progressi compiuti verso un'autentica ed efficace Unione della sicurezza (COM(2016) 732 final);

*alle Commissioni riunite III (Affari esteri) e XIV (Politiche dell'Unione europea):*

Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni – Comunicazione 2016 sulla politica di allargamento dell'Unione europea (COM(2016) 715 final);

*alle Commissioni riunite VII (Cultura) e XII (Affari sociali):*

Relazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni sull'attuazione della

raccomandazione del Consiglio sulla promozione trasversale ai settori dell'attività fisica salutare (COM(2016) 768 final).

Il Dipartimento per le politiche europee della Presidenza del Consiglio dei ministri, in data 29 novembre e 1° dicembre 2016, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 6, commi 1 e 2, della legge 24 dicembre 2012, n. 234, progetti di atti dell'Unione europea, nonché atti preordinati alla formulazione degli stessi.

Questi atti sono assegnati, ai sensi dell'articolo 127 del Regolamento, alle Commissioni competenti per materia, con il parere, se non già assegnati alla stessa in sede primaria, della XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea).

Con le medesime comunicazioni, il Governo ha richiamato l'attenzione sui seguenti documenti, già trasmessi dalla Commissione europea e assegnati alle competenti Commissioni, ai sensi dell'articolo 127 del Regolamento:

Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni – Comunicazione 2016 sulla politica di allargamento dell'Unione europea (COM(2016) 715 final);

Relazione della Commissione al Parlamento europeo e al Consiglio – Evoluzione della situazione del mercato lattiero-caseario e funzionamento delle disposizioni del « pacchetto latte » (COM(2016) 724 final);

Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio europeo e al Consiglio – Seconda relazione sui progressi compiuti verso un'autentica ed efficace Unione della sicurezza (COM(2016) 732 final);

Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni – Le nuove imprese *leader* dell'Europa: l'iniziativa *Start-up e scale-up* (COM(2016) 733 final);

Relazione della Commissione al Parlamento europeo e al Consiglio sugli alimenti e sui loro ingredienti trattati con radiazioni ionizzanti per l'anno 2015 (COM(2016) 738 final);

Relazione della Commissione al Parlamento europeo e al Consiglio sull'applicazione della direttiva (UE) 2015/413 intesa a facilitare lo scambio transfrontaliero di informazioni sulle infrazioni in materia di sicurezza stradale (COM(2016) 744 final);

Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni — Invito a presentare contributi sul quadro di regolamentazione dell'Unione europea in materia di servizi finanziari (COM(2016) 855 final).

#### **Annuncio di documenti dell'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa.**

L'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa ha trasmesso, in data 25 ottobre 2016, il testo di otto risoluzioni, approvate nel corso della quarta parte della sessione annuale, svoltasi a Strasburgo dal 10 al 14 ottobre 2016. Questi documenti sono assegnati, ai sensi dell'articolo 125, comma 1, del Regolamento, alle sottoindicate Commissioni permanenti nonché, per il parere, alla III Commissione (Affari esteri) e alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea), se non già assegnati alle stesse in sede primaria:

Risoluzione n. 2130 — Gli insegnamenti del « *Panama papers* » per garantire la giustizia fiscale e sociale (Doc. XII-bis, n. 36) — *alla VI Commissione (Finanze)*;

Risoluzione n. 2131 — Lo sport per tutti: un ponte verso l'uguaglianza, l'integrazione e l'inclusione sociale (Doc. XII-bis, n. 37) — *alla VII Commissione (Cultura)*;

Risoluzione n. 2132 — Le conseguenze politiche dell'aggressione russa all'Ucraina (Doc. XII-bis, n. 38) — *alla III Commissione (Affari esteri)*;

Risoluzione n. 2133 — I mezzi di ricorso per le violazioni dei diritti umani nei territori ucraini non soggetti al controllo delle autorità ucraine (Doc. XII-bis, n. 39) — *alla III Commissione (Affari esteri)*;

Risoluzione n. 2134 — La cooperazione con la Corte penale internazionale: verso un impegno concreto e ampliato (Doc. XII-bis, n. 40) — *alla III Commissione (Affari esteri)*;

Risoluzione n. 2135 — La mutilazione genitale femminile in Europa (Doc. XII-bis, n. 41) — *alle Commissioni riunite II (Giustizia) e XII (Affari sociali)*;

Risoluzione n. 2136 — L'armonizzazione della protezione dei minori non accompagnati in Europa (Doc. XII-bis, n. 42) — *alla I Commissione (Affari costituzionali)*;

Risoluzione n. 2137 — L'impatto delle dinamiche demografiche europee sulle politiche migratorie (Doc. XII-bis, n. 43) — *alla I Commissione (Affari costituzionali)*.

#### **Comunicazione dell'avvio di procedure d'infrazione.**

Il Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri per le politiche e gli affari europei, con lettera in data 30 novembre 2016, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 15, comma 1, della legge 24 dicembre 2012, n. 234, le seguenti comunicazioni concernenti l'avvio di procedure d'infrazione, ai sensi dell'articolo 258 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea, notificate in data 24 novembre 2016, che sono trasmesse alle sottoindicate Commissioni, nonché alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea):

comunicazione relativa alla procedura d'infrazione n. 2016/0773, avviata per mancato recepimento della direttiva 2014/90/UE sull'equipaggiamento marit-



timo e che abroga la direttiva 96/98/CE del Consiglio — *alla IX Commissione (Trasporti)*;

comunicazione relativa alla procedura d'infrazione n. 2016/0774, avviata per mancato recepimento della direttiva 2014/92/UE sulla comparabilità delle spese relative al conto di pagamento, sul trasferimento del conto di pagamento e sull'accesso al conto di pagamento con caratteristiche di base — *alla VI Commissione (Finanze)*;

comunicazione relativa alla procedura d'infrazione n. 2016/0775, avviata per mancato recepimento della direttiva 2015/565 che modifica la direttiva 2006/86/CE concernente determinate prescrizioni tecniche relative alla codifica di tessuti e cellule umani — *alla XII Commissione (Affari sociali)*.

#### **Annunzio di provvedimenti concernenti amministrazioni locali.**

Il Ministero dell'interno, con lettere in data 25 novembre 2016, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 141, comma 6, del testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali, di cui al decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, i decreti del Presidente della Repubblica di scioglimento dei consigli comunali di Blessagno (Como), Castelnuovo di Porto (Roma), Grottaferata (Roma), Nicotera (Vibo Valentia) e Valmacca (Alessandria).

Questa documentazione è depositata presso il Servizio per i Testi normativi a disposizione degli onorevoli deputati.

#### **Comunicazione di nomina ministeriale.**

La Presidenza del Consiglio dei ministri, con lettera in data 28 novembre 2016, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 19, comma 9, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, la comunicazione concernente il conferimento al dottor Mario

Fiorentino dell'incarico di direttore della Direzione generale per il mercato, la concorrenza, il consumatore, la vigilanza e la normativa tecnica, nell'ambito del Ministero dello sviluppo economico.

Questa comunicazione è trasmessa alla I Commissione (Affari costituzionali) e alla X Commissione (Attività produttive).

#### **Richiesta di parere parlamentare su atti del Governo.**

Il Ministro delle politiche agricole alimentari e forestali, con lettera in data 17 novembre 2016, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 1, comma 40, della legge 28 dicembre 1995, n. 549, e dell'articolo 32, comma 2, della legge 28 dicembre 2001, n. 448, la richiesta di parere parlamentare sullo schema di decreto ministeriale concernente il riparto dello stanziamento iscritto nello stato di previsione della spesa del Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali per l'anno 2015, relativo a contributi ad enti, istituti, associazioni, fondazioni ed altri organismi **(364)**.

Questa richiesta è assegnata, ai sensi del comma 4 dell'articolo 143 del Regolamento, alla XIII Commissione (Agricoltura), che dovrà esprimere il prescritto parere entro il 26 dicembre 2016.

#### **Atti di controllo e di indirizzo.**

Gli atti di controllo e di indirizzo presentati sono pubblicati nell'*Allegato B* al resoconto della seduta odierna.

#### **Annunzio di risposte scritte ad interrogazioni.**

Sono pervenute alla Presidenza dai competenti Ministeri risposte scritte ad interrogazioni. Sono pubblicate nell'*Allegato B* al resoconto della seduta odierna.

*MOZIONI MASSIMILIANO BERNINI ED ALTRI N. 1-00744, TARTAGLIONE ED ALTRI N. 1-01296, BRIGNONE ED ALTRI N. 1-01440, RONDINI ED ALTRI N. 1-01441, VARGIU ED ALTRI N. 1-01442, NICCHI ED ALTRI N. 1-01443, BINETTI ED ALTRI N. 1-01444, RUSSO ED ALTRI N. 1-01445 E GIGLI ED ALTRI N. 1-01446 CONCERNENTI INIZIATIVE PER PROMUOVERE UNA CORRETTA ALIMENTAZIONE, IN PARTICOLARE AL FINE DI PREVENIRE L'OBESITÀ INFANTILE*

**Mozioni**

La Camera,

premesso che:

l'obesità infantile è un problema di notevole rilevanza sociale che in Italia colpisce un bambino su quattro ed è il risultato di un bilancio energetico positivo protratto nel tempo causato dall'ingestione di più calorie di quante se ne consumino;

secondo i dati dell'Istituto superiore della sanità, l'Italia detiene il triste primato europeo del numero di bambini sovrappeso o obesi e secondo il recente rapporto dell'osservatorio del dipartimento di sociologia e ricerca sociale dell'Università Milano Bicocca, un bambino su 4 è sovrappeso e uno su 10 è obeso. In Italia la prevalenza di sovrappeso in età pediatrica supera di circa 3 punti percentuali la media europea, con un tasso di crescita/annua dello 0,5-1 per cento, pari a quella degli Stati Uniti;

la definizione di sovrappeso e di obesità infantile è più complessa rispetto all'adulto, il cui peso ideale è calcolato in base al *bmi* (*body mass index* o indice di massa corporea) che è uguale al peso in chilogrammi diviso l'altezza in metri elevata al quadrato (Confalone, 2002);

pur avendo basso errore di osservazione, basso errore di misurazione, buona affidabilità e validità, il *body mass index* non può essere una misura sensibile dell'obesità in persone molto alte e basse ed in persone che hanno insolite composizioni di massa magra e massa grassa (Sardina, 1999);

un comitato competente, convenuto nell'*International obesity task force* nel 1999, ha determinato che – sebbene il *body mass index* non fosse una misura ideale – era comunque il più valido tra tutte le formule che calcolano l'adiposità in un individuo e perciò poteva essere usato per definire il sovrappeso e l'obesità in bambini ed adolescenti (Bellizzi, 1999);

in base a queste conclusioni, l'Organizzazione mondiale della sanità, per definire sovrappeso ed obeso un bambino, utilizza i «punti» di *body mass index* realizzati da uno studio di Cole nel 2000 e sviluppati usando diversi dati mondiali, che rappresentano, perciò, una referenza internazionale che può essere usata per comparare le diverse popolazioni mondiali;

il Ministero della salute definisce obeso un bambino il cui peso supera del 20 per cento quello ideale e in sovrappeso se lo supera del 10-20 per cento; in

alternativa, lo definisce tale quando il suo *body mass index* è maggiore del previsto;

la crescita ponderale del bambino viene calcolata facendo riferimento alle tabelle dei percentili, grafici che riuniscono i valori percentuali di peso e altezza dei bambini, distinti per sesso ed età (Confalone, 2002) e che, secondo recenti studi effettuati nel 2000 dal Nchs (Centro nazionale di statistiche per la salute statunitense), la crescita è nella norma se si pone intorno al 50° percentile, mentre, coll'allontanamento dal valore medio, aumenta il rischio di obesità: dall'85° al 95° percentile il bambino viene definito sovrappeso, mentre dal 95° percentile viene definito obeso (Kuczmarski, 2000);

diversi ed autorevoli esponenti del mondo scientifico, come il professor Franco Berrino, già direttore di dipartimento di medicina preventiva e predittiva dell'Istituto nazionale dei minori di Milano e direttore scientifico del mensile *Vita&Salute*, dichiarano che: « Gli alimenti ad alta densità calorica sono quelli che contengono molto grasso e zucchero. Questi alimenti, come merendine, biscotti da colazione, fiocchi di cereali zuccherati, e così anche le bevande zuccherate, fanno ingrassare e alterano il nostro ambiente endocrino facendo aumentare l'insulina. Queste alterazioni alla lunga fanno aumentare il rischio di ammalarsi di tumore e di varie altre malattie croniche che affliggono le popolazioni ricche »;

l'obesità infantile preoccupa in quanto i bambini obesi hanno maggiori possibilità di divenire adulti obesi e, di conseguenza, di avere un maggior rischio di sviluppare una serie di condizioni patologiche, quali i tumori (in particolare al seno, al corpo dell'utero e al colon-retto), diverse patologie croniche come le malattie cardiovascolari (ischemie, l'ictus), l'ipertensione arteriosa, il diabete tipo 2, problemi muscolo-scheletrici e respiratori;

oltre a quanto riportato nel capoverso precedente, i bambini obesi sperimentano peggiori condizioni di salute mentale e fisica; infatti, sono comuni tra

loro i problemi respiratori, l'ipertensione, la resistenza all'insulina e problemi osteoarticolari;

l'obesità comporta elevati costi per la società: costi diretti, costituiti dalle risorse spese per la diagnosi ed il trattamento dell'obesità in se stessa e delle patologie ad esso correlate, e costi indiretti, dovuti alla perdita di produttività causata dalle maggiori assenze dal lavoro delle persone obese e dalla loro morte prematura (Organizzazione mondiale della sanità 2000; Yach et al. 2006; Hu 2008);

secondo le ultime stime dell'Organizzazione mondiale della sanità, circa il 7 per cento del *budget* sanitario dei Paesi europei viene speso per malattie legate all'obesità (*EU action plan on childhood obesity 2014-2020*);

fino a due o trecento anni fa lo zucchero non faceva parte dell'alimentazione abituale dell'uomo, bensì faceva parte delle preziose spezie importate dall'oriente, dove cresceva la canna da zucchero che i mercanti veneziani vendevano a caro prezzo, soprattutto per scopi medici, o appannaggio solo delle classi più abbienti;

ci furono tentativi di coltivare la canna da zucchero anche in Europa, in particolare in Sicilia e a Madeira, ma non ebbero successo mentre la canna cresceva bene nelle terre del nuovo mondo e subito si prospettarono grandi potenzialità commerciali, a spese però delle popolazioni indigene soggiogate per la sua coltivazione o importando schiavi dall'Africa;

solo in epoca napoleonica, grazie alla coltivazione della barbabietola da zucchero, coltivabile alle nostre latitudini, si svilupparono gli zuccherifici in Europa, comportando la progressiva diminuzione dei prezzi dello zucchero che divenne alimento di tutti e di tutti i giorni, ma che fu la nemesis della schiavitù nei confronti dello stesso;

negli anni '50, grazie alle « bevande di fantasia » e agli altri beni di consumo provenienti dagli Usa, lo zucchero divenne

simbolo di modernità e di emancipazione, conquistando l'immaginario giovanile e parte delle loro abitudini alimentari;

le bevande zuccherate prima di allora venivano consumate saltuariamente (la gassosa che gli operai mescolavano al vino o alla birra, l'aranciata consumata solamente in occasione delle feste o delle vacanze), ma è stato dopo l'avvento della Coca-Cola e dei suoi distributori automatici che venne segnato il passaggio da un consumo eccezionale al consumo quotidiano e di massa;

oggi giorno è acclarato come il consumo incontrollato delle « bevande di fantasia zuccherate » sia una delle cause principali dell'obesità infantile e dell'età adulta, mentre fino a pochi decenni fa il mondo scientifico ancora dibatteva per la mancanza di prove scientifiche decisive, visto che i grandi studi che indagavano sul consumo alimentare, intervistando un campione della popolazione, riscontravano generalmente che le persone sovrappeso mangiassero meno zucchero delle magre, dimentichi del fatto che questi soggetti tendano a rispondere ai questionari alimentari dichiarando quello che dovrebbero mangiare, piuttosto di quello che mangiano effettivamente;

solo grazie ad uno studio pubblicato nel 2001 venne dimostrato che la prima causa di obesità dei bambini americani è il consumo abituale di bevande gassate e zuccherate, mentre altri studi confermarono le osservazioni anche negli adulti ed evidenziarono inoltre come causa importante di obesità è la frequentazione dei *fast-food*;

l'Organizzazione mondiale della sanità ha diffuso la raccomandazione di contenere il consumo di zucchero entro il 10 per cento delle calorie totali (circa 50 grammi di zucchero al giorno per un uomo che consumi 2.000-2.500 calorie), mentre i nuovi larn (le raccomandazioni italiane) raccomandano di contenere il consumo di zuccheri semplici, siano essi naturalmente presenti negli alimenti, come in frutta, latte, siano essi aggiunti, nell'am-

bito del 15 per cento del fabbisogno, specificando, però, che un consumo « potenzialmente legato a eventi avversi » riguarda valori superiori al 25 per cento del fabbisogno;

da agenzie stampa di aprile 2014, la stessa Organizzazione mondiale della sanità, presso la conferenza Onu di Ginevra, ha rivisto al ribasso la percentuale di consumo di zucchero dal 10 per cento al 5 per cento del totale delle calorie assunte quotidianamente, a seguito di una consultazione popolare promossa « in rete », e tale raccomandazione non esonera le aziende produttrici di alimenti, che sarebbero costrette così a commercializzare prodotti privati di una buona parte della sostanza gradevole per il palato;

le raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità sono state fortemente osteggiate dalle grandi *corporation* alimentari, insinuando che fossero adottate senza prove scientifiche e che lo stesso Ministro della salute, Beatrice Lorenzin, nel corso della presidenza di turno del Consiglio dell'Unione europea recentemente trascorsa e prima della sua partecipazione alla seconda conferenza internazionale sulla nutrizione organizzata dalla Fao, dall'Organizzazione mondiale della sanità e con la partecipazione di 190 Paesi, dichiarava: « No a *diktat* senza base scientifica. È un'aggressione alle nostre tradizioni dolciarie. Poi però viene ammessa l'invasione di biscotti, barrette e cose simili con aspartame (un edulcorante artificiale) »;

il 4 novembre 2014 presso Palazzo Chigi diversi produttori del settore alimentare hanno incontrato il Presidente del Consiglio dei ministri Renzi ed il Ministro Lorenzin; durante tale riunione si è discusso anche di zucchero ed è stato affermato che « è un falso pretesto quello di porre un freno al dilagare dell'obesità, diabete e malattie cardiovascolari attraverso azioni del genere, che penalizzano i marchi italiani. Non si risolve nulla, ci vogliono iniziative di altro tenore » e tra queste ultime l'educazione alimentare a

partire dalla scuola, alla scelta corretta dei cibi (freschi anziché confezionati), alla promozione dell'attività fisica, al sostegno della dieta mediterranea;

i limiti proposti dall'Organizzazione mondiale della sanità corrispondono a 10-12 cucchiaini al giorno di zucchero successivamente ridotto ad un massimo di 5-6, il che comporta il superamento di tali valori anche a seguito del consumo di pochi millilitri di bevande di fantasia al giorno;

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 altro e probabilmente è utilizzato come edulcorante per camuffare il gusto di alimenti di qualità scadente che altrimenti sarebbero sgradevoli;

è acclarato che una riduzione degli zuccheri significherebbe, quindi, non solo migliorare la nostra salute, ma anche contribuire indirettamente ad offrire alimenti di maggior qualità, con particolare riguardo ai più giovani verso un futuro più sano quando saranno adulti e di ridurre significativamente la spesa sanitaria legata ai fenomeni dell'obesità;

diverse grandi aziende stanno sostituendo lo zucchero con gli edulcoranti, sostanze chimiche che possiedono un alto potere dolcificante e le molecole che li compongono non appartengono alla famiglia degli zuccheri. A causa del loro potere altamente dolcificante vengono anche designati con l'aggettivo di intensi, in quanto

possiedono un potere edulcorante molto più pronunciato rispetto a quello dello zucchero;

come riportato dagli organi di stampa, in Inghilterra il *Public health England*, ramo del Ministero della salute britannico, ha lanciato una nuova campagna per il cambiamento delle abitudini alimentari dei bambini in merito al consumo di zucchero, seguendo alcuni semplici consigli e coinvolgendo i genitori ad aiutare i propri figli a dimezzare l'apporto quotidiano di zuccheri semplici;

dall'iniziativa « *Change4Life* », a seguito di un sondaggio *on line* condotto da Netmums (un portale di genitori), emerge che circa la metà (il 47 per cento) delle mamme intervistate si è detta preoccupata per gli zuccheri assunti dai figli, e un numero superiore (il 67 per cento) ha affermato che siano comunque troppi e che dalle risposte di quasi 700 madri di bambini di età compresa tra i 5 e gli 11 anni è risultato che i due terzi di esse non sanno quante sono le calorie medie consigliate ogni giorno e ignorano la differenza delle necessità caloriche tra maschi e femmine;

è la mancanza della consapevolezza di cui al capoverso precedente che determina i valori antropometrici dei bambini che sono sotto gli occhi di tutti: secondo le ultime statistiche un bambino su cinque tra 1 e 5 anni e uno su 3 tra i 10 e gli 11 anni è in sovrappeso od obeso; inoltre, tra i 5 e i 9 anni la prima causa di visita in pronto soccorso è per il dolore associato a una carie; 28 per cento dei bambini di cinque anni ha una carie e, di questi uno su quattro ne ha più di cinque;

un *report* statunitense, ove l'obesità è un problema molto serio, evidenzia che le calorie assunte tramite bevande ammontano a circa il 19 per cento delle calorie totali giornaliere, vale a dire circa 400-600 calorie al giorno in una dieta rispettivamente di 2.000 e 3.000 calorie, di queste una fonte importante è rappresentata dalle bevande zuccherate di fantasia (circa 150 calorie *die* o più a seconda degli

studi pubblicati), mentre una parte minore è rappresentato dal latte o bevande a base di latte e succhi di frutta al 100 per cento;

secondo le raccomandazioni più diffuse, peraltro giudicate troppo permissive, i bambini dovrebbero assumere circa il 10 per cento delle calorie dagli zuccheri, ma tra i 4 e i 10 anni i piccoli britannici ricavano da dolci e bibite più del 50 per cento, in media così suddivise: 17 per cento, da bevande dolci, 17 per cento da dolci, biscotti, merendine e torte alla frutta, 14 per cento da caramelle, 13 per cento da succhi di frutta, 8 per cento da cereali da colazione;

il progetto « *Change4Life* », volto a modificare le abitudini, è basato su semplici consigli che ogni genitore può fare propri, tra i quali: sostituire i cereali per la colazione zuccherati con quelli privi di zuccheri aggiunti, meglio se integrali; sostituire le bevande zuccherate con acqua, latte scremato, bibite prive di zuccheri; sostituire le merendine industriali con torte fatte in casa, frutta, verdure crude o frutta secca; sostituire il gelato con yogurt o frutta;

gli unici zuccheri semplici desiderabili sono quelli contenuti nella frutta o in altri prodotti naturali, mentre gli zuccheri complessi o carboidrati, come l'amido di pasta, riso, pane, legumi e altro, devono essere presenti in abbondanza nella dieta sino a coprire una quota del 55/75 per cento (di cui zuccheri semplici meno del 10 per cento) delle calorie giornaliere;

la sponsorizzazione della campagna di cui al capoverso precedente (lanciata il 5 gennaio 2015) pone la questione che le aziende coinvolte sono le stesse che dovrebbero rinunciare a una parte del profitto in seguito al calo di vendite, tra queste: Asda, Tesco, Co-op, Aldi, Coca-Cola (Diet Coke e Coke Zero), Morrisons, mySupermarket e Lead Association for catering in education (Laca);

è opinione dei firmatari del presente atto di indirizzo che le campagne di

promozione di una corretta alimentazione siano credibili ed efficaci solo se promosse dall'autorità sanitaria pubblica, quindi finanziata con denaro al di sopra di ogni sospetto;

rimane comunque il concetto che 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;

diversi studi e ricerche di settore hanno evidenziato come molti produttori preparino i loro alimenti/bevande al pari di veri e propri irresistibili cocktail, che ossia abbiano quel mix ideale di componenti per raggiungere il « *bliss point* » (il punto di massima « beatitudine » o piacere) e che vengano consumati in grande quantità, in particolare dai ragazzi, visto che è dimostrato come lo zucchero sia in grado di stimolare le stesse aree del cervello che sono stimolate dalla cocaina;

gli alimenti altamente processati dell'industria alimentare sono progettati per ingannare i meccanismi biologici che stanno alla base della nostra fame/sazietà e sono quindi parte integrante dell'ambiente « obesogeno », che ha causato l'esplosione dell'obesità nel mondo;

molti alimenti indirizzati dal mercato alla colazione o merenda dei ragazzi sono spesso accompagnati da « regalini », « sorpresine » e, più in generale, da una serie di *gadget* che non hanno nulla a che vedere con la qualità dell'alimento, ma che di fatto finiscono per condizionare molto le scelte dei ragazzi e delle famiglie, mentre non è altrettanto facile accostare la frutta ed alimenti affini a *gadgetistica*, sfavorendo l'alimento di qualità rispetto a quello meno indicato per una sana alimentazione;

i grassi saturi, oltre allo zucchero, risultano essere tra i maggiori indiziati dell'obesità infantile. Tra di essi, l'olio di palma, la cui composizione risulta essere,

per percentuale di grassi saturi contenuti, simile a quella del burro e del lardo. Al contrario, infatti, di altri oli vegetali (olio d'oliva, olio di semi), quelli tropicali contengono un'elevata percentuale di acidi grassi saturi (92 per cento nell'olio di cocco, 82 per cento nell'olio di palmisto e 49 per cento in quello di palma), prerogativa che conferisce all'olio consistenza solida o semi-solida a temperatura ambiente, ma che solleva non pochi dubbi sui rischi per la salute umana legati alla sua assunzione;

è risaputo che gli acidi grassi trans (TFA), insieme a quelli saturi, rappresentano un fattore di rischio per la popolazione, soprattutto infantile. Gli acidi grassi trans sono grassi insaturi presenti negli alimenti ottenuti da ruminanti e negli oli vegetali parzialmente idrogenati utilizzati nei biscotti, nelle torte, nei popcorn, nei cracker, nelle margarine e in molti altri prodotti da supermercato. Tutti cibi, insomma, che vengono mangiati principalmente dai bambini. Il loro consumo è stato associato a un aumento del rischio di malattie cardiovascolari. L'elevata assunzione di TFA rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo di cardiopatie coronariche che, secondo le stime della Commissione europea, causano ogni anno circa 660.000 decessi nell'Unione europea, ossia circa il 14 per cento della mortalità complessiva;

l'olio di palma sembrerebbe inoltre collegato, da diversi studi scientifici, a molteplici fattori di rischio sanitario: uno studio dell'Organizzazione mondiale della sanità (1 Diet Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases (Report), *World Health Organization*, 2003, p. 82,88, retrieved 13 febbraio 2013), dimostra come i principali acidi grassi (come acidi grassi saturi, l'acido miristico e l'acido palmitico) comportino un aumento del livello di colesterolo nel sangue, favorendo malattie cardiovascolari; uno studio del *Center for Science in the Public Interest* (CSPI) (*Palm oil threatening endangered species* (PDF), *Center for Science in the Public Interest*, maggio 2005. Vessby, B. 1994. INFORM

5(2): pages 182-185.) conferma il fatto che l'olio di palma aumenti i fattori di rischio cardiovascolare, poiché l'acido palmitico è uno dei grassi saturi che più aumenta il rischio di coronaropatie; recenti studi (<http://link.springer.com/article/10.1023/A:1008089715153>), che dimostrano che l'acido palmitico infiamma le membrane cellulari, induce l'aterosclerosi e ha un ruolo chiave nella produzione di un fattore necrotico che è all'origine di tumori; uno studio dell'*American Heart Association* che consiglia di limitarne l'uso per le persone che devono ridurre il livello di colesterolo. Molto importate, infine, il recentissimo studio dell'EFSA (<https://www.efsa.europa.eu/it/press/news/160503a>) in cui viene denunciato come nell'olio di palma siano contenute tre sostanze tossiche: glicidil esteri degli acidi grassi (GE), 3-monocloropropandiolo (3-MCPD), e 2-monocloropropandiolo (2-MCPD) e relativi esteri degli acidi grassi, una delle quali genotossica e cancerogena, il glicidiolo (GE), formati durante la raffinazione degli oli vegetali;

i bambini italiani, con il loro alto consumo di carni (soprattutto lavorate) e dunque di grassi saturi, alimenti di origine industriale e dolci, risultano ai primi posti in Europa per obesità, con il 20,9 per cento di bambini in sovrappeso e il 9,8 per cento obesi. Secondo il professor Franco Berrino sono proprio le proteine ad essere uno dei principali fattori di esposizione al rischio di obesità, insieme al consumo di dolci, cibo «spazzatura» e bevande zuccherate. L'indagine «La salute digestiva pediatrica in Europa» elaborata dalla *United European Gastroenterology* ha rilevato nei bambini europei un alto consumo di grassi saturi e trans, di zucchero e sale e un basso consumo di frutta, verdura e cereali integrali. Secondo i ricercatori dello *United European Gastroenterology*, l'obesità è un fattore di rischio per patologie epatiche, sempre più comuni nei bambini. La steepatite non alcolica è una di queste e colpisce, stando alle stime, il 10 per cento dei bambini europei diventando la causa di malattia epatica cronica più comune nei bambini e negli adolescenti. Patologie infantili in continuo aumento, che potrebbero essere prevenute attra-

verso il consumo di alimenti a base prevalentemente vegetale ed una corretta educazione alimentare,

impegna il Governo:

- 1) a promuovere una campagna di sensibilizzazione per mezzo di specifici *spot* sui principali organi di stampa e/o con pubblicità progresso in tv per indicare i valori di una sana alimentazione, ossia di un'alimentazione che fornisca in abbondanza tutto quello di cui si ha bisogno ma al contempo riduca le calorie, con minor presenza di grassi e zuccheri, con l'obiettivo di evitare che la piaga dell'obesità si estenda in modo irreversibile;
- 2) a chiedere ai grandi produttori di alimenti per la colazione e merenda di collaborare alla significativa riduzione della quota di zucchero saccarosio, fruttosio e sciroppo di glucosio e fruttosio contenuto negli alimenti messi in commercio, ridimensionando l'utilizzo di farine e cereali raffinati, oltre che di grassi saturi;
- 3) ad intervenire, anche assumendo iniziative a livello normativo, per porre dei limiti all'utilizzo di zucchero (saccarosio, fruttosio e sciroppo di glucosio e fruttosio) contenuto negli alimenti messi in commercio nel territorio italiano;
- 4) ad assumere iniziative normative affinché nelle confezioni dei prodotti destinati ai più giovani e nelle bevande zuccherate siano riportate etichette o scritte che indichino il rischio di obesità associato al consumo squilibrato dello zucchero (saccarosio, fruttosio e sciroppo di glucosio e fruttosio) in esso contenute;
- 5) ad assumere iniziative normative per limitare l'associazione di *gadget* agli alimenti per colazione e merende chiaramente riservate ai più piccoli;
- 6) a dare piena ed esaustiva applicazione al regolamento (UE) n. 1169/2011 al fine di garantire che i consumatori siano adeguatamente informati sugli alimenti che consumano;
- 7) ad intraprendere iniziative di carattere informativo, oltre che normative, volte a disincentivare presso i produttori l'utilizzo dell'olio di palma o palmisto come ingrediente nelle preparazioni alimentari, in vista di una sostituzione con oli che non siano nocivi per la salute e per l'ambiente e che incentivino altresì le economie nazionali e i settori agricoli interessati (olio di semi di girasole, olio d'oliva, e altro);
- 8) a sostenere e a promuovere presso le competenti sedi unionali proposte normative finalizzate a eliminare a lungo termine i TFA (*trans fats*) dalla filiera alimentare dell'Unione europea, tramite l'introduzione di un'etichettatura obbligatoria relativa al contenuto di TFA o tramite un limite giuridico imposto sul contenuto dei TFA industriali in tutti i prodotti alimentari;
- 9) a sostenere e a incoraggiare, presso le scuole e gli istituti di formazione, nell'ambito della sfera di propria competenza, progetti didattici legati all'educazione alimentare, intesa come conoscenza dei prodotti, delle etichette, della provenienza degli alimenti, della pericolosità del cibo e delle bevande con scarso apporto nutrizionale, del corretto consumo, del contrasto allo spreco, dello stile di vita attivo, nonché dell'importanza dei prodotti tipici, biologici, a « chilometro zero » e « chilometro 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;
- 10) ad assumere iniziative per garantire, in tutte le mense pubbliche o convenzionate — la cui gestione ricade nelle competenze dello Stato, comprese quelle scolastiche — un'adeguata alternativa di menù privi di alimenti di origine animale, al fine di tutelare coloro i quali assumono que-



sta scelta alimentare e potrebbero essere esclusi dalla fruizione del servizio pubblico;

- 11) ad adottare iniziative per incentivare, nei bandi di gara per gli appalti pubblici di servizi e forniture di prodotti destinati alla ristorazione collettiva, l'utilizzo dei prodotti agroalimentari e agroalimentari ecologici, provenienti, ove possibile, da filiera corta a « chilometro utile ».

(1-00744) (*Ulteriore nuova formulazione*)  
« Massimiliano Bernini, L'Abbate, Gagnarli, Gallinella, Parentela, Benedetti, Mantero, Silvia Giordano, Grillo, Carriello, Cristian Iannuzzi, Busto ».

La Camera,

premessi che:

l'obesità infantile è un problema di notevole rilevanza sociale che in Italia colpisce un bambino su quattro ed è il risultato di un bilancio energetico positivo protratto nel tempo causato dall'ingestione di più calorie di quante se ne consumino;

secondo i dati dell'Istituto superiore della sanità, l'Italia detiene il triste primato europeo del numero di bambini sovrappeso o obesi e secondo il recente rapporto dell'osservatorio del dipartimento di sociologia e ricerca sociale dell'Università Milano Bicocca, un bambino su 4 è sovrappeso e uno su 10 è obeso. In Italia la prevalenza di sovrappeso in età pediatrica supera di circa 3 punti percentuali la media europea, con un tasso di crescita/annua dello 0,5-1 per cento, pari a quella degli Stati Uniti;

la definizione di sovrappeso e di obesità infantile è più complessa rispetto all'adulto, il cui peso ideale è calcolato in base al *bmi* (*body mass index* o indice di massa corporea) che è uguale al peso in chilogrammi diviso l'altezza in metri elevata al quadrato (Confalone, 2002);

pur avendo basso errore di osservazione, basso errore di misurazione, buona affidabilità e validità, il *body mass index* non può essere una misura sensibile dell'obesità in persone molto alte e basse ed in persone che hanno insolite composizioni di massa magra e massa grassa (Sardina, 1999);

un comitato competente, convenuto nell'*International obesity task force* nel 1999, ha determinato che — sebbene il *body mass index* non fosse una misura ideale — era comunque il più valido tra tutte le formule che calcolano l'adiposità in un individuo e perciò poteva essere usato per definire il sovrappeso e l'obesità in bambini ed adolescenti (Bellizzi, 1999);

in base a queste conclusioni, l'Organizzazione mondiale della sanità, per definire sovrappeso ed obeso un bambino, utilizza i « punti » di *body mass index* realizzati da uno studio di Cole nel 2000 e sviluppati usando diversi dati mondiali, che rappresentano, perciò, una referenza internazionale che può essere usata per comparare le diverse popolazioni mondiali;

il Ministero della salute definisce obeso un bambino il cui peso supera del 20 per cento quello ideale e in sovrappeso se lo supera del 10-20 per cento; in alternativa, lo definisce tale quando il suo *body mass index* è maggiore del previsto;

la crescita ponderale del bambino viene calcolata facendo riferimento alle tabelle dei percentili, grafici che riuniscono i valori percentuali di peso e altezza dei bambini, distinti per sesso ed età (Confalone, 2002) e che, secondo recenti studi effettuati nel 2000 dal Nchs (Centro nazionale di statistiche per la salute statunitense), la crescita è nella norma se si pone intorno al 50° percentile, mentre, coll'allontanamento dal valore medio, aumenta il rischio di obesità: dall'85° al 95° percentile il bambino viene definito sovrappeso, mentre dal 95° percentile viene definito obeso (Kuczmarski, 2000);

diversi ed autorevoli esponenti del mondo scientifico, come il professor

Franco Berrino, già direttore di dipartimento di medicina preventiva e predittiva dell'Istituto nazionale dei minori di Milano e direttore scientifico del mensile *Vita&Salute*, dichiarano che: « Gli alimenti ad alta densità calorica sono quelli che contengono molto grasso e zucchero. Questi alimenti, come merendine, biscotti da colazione, fiocchi di cereali zuccherati, e così anche le bevande zuccherate, fanno ingrassare e alterano il nostro ambiente endocrino facendo aumentare l'insulina. Queste alterazioni alla lunga fanno aumentare il rischio di ammalarsi di tumore e di varie altre malattie croniche che affliggono le popolazioni ricche »;

L'obesità infantile preoccupa in quanto i bambini obesi hanno maggiori possibilità di divenire adulti obesi e, di conseguenza, di avere un maggior rischio di sviluppare una serie di condizioni patologiche, quali i tumori (in particolare al seno, al corpo dell'utero e al colon-retto), diverse patologie croniche come le malattie cardiovascolari (ischemie, l'ictus), l'ipertensione arteriosa, il diabete tipo 2, problemi muscolo-scheletrici e respiratori;

oltre a quanto riportato nel capoverso precedente, i bambini obesi sperimentano peggiori condizioni di salute mentale e fisica; infatti, sono comuni tra loro i problemi respiratori, l'ipertensione, la resistenza all'insulina e problemi osteoarticolari;

L'obesità comporta elevati costi per la società: costi diretti, costituiti dalle risorse spese per la diagnosi ed il trattamento dell'obesità in se stessa e delle patologie ad esso correlate, e costi indiretti, dovuti alla perdita di produttività causata dalle maggiori assenze dal lavoro delle persone obese e dalla loro morte prematura (Organizzazione mondiale della sanità 2000; Yach et al. 2006; Hu 2008);

secondo le ultime stime dell'Organizzazione mondiale della sanità, circa il 7 per cento del *budget* sanitario dei Paesi europei viene speso per malattie legate all'obesità (*EU action plan on childhood obesity 2014-2020*);

fino a due o trecento anni fa lo zucchero non faceva parte dell'alimentazione abituale dell'uomo, bensì faceva parte delle preziose spezie importate dall'oriente, dove cresceva la canna da zucchero che i mercanti veneziani vendevano a caro prezzo, soprattutto per scopi medici, o appannaggio solo delle classi più abbienti;

ci furono tentativi di coltivare la canna da zucchero anche in Europa, in particolare in Sicilia e a Madeira, ma non ebbero successo mentre la canna cresceva bene nelle terre del nuovo mondo e subito si prospettarono grandi potenzialità commerciali, a spese però delle popolazioni indigene soggiogate per la sua coltivazione o importando schiavi dall'Africa;

solo in epoca napoleonica, grazie alla coltivazione della barbabietola da zucchero, coltivabile alle nostre latitudini, si svilupparono gli zuccherifici in Europa, comportando la progressiva diminuzione dei prezzi dello zucchero che divenne alimento di tutti e di tutti i giorni, ma che fu la nemesis della schiavitù nei confronti dello stesso;

negli anni '50, grazie alle « bevande di fantasia » e agli altri beni di consumo provenienti dagli Usa, lo zucchero divenne simbolo di modernità e di emancipazione, conquistando l'immaginario giovanile e parte delle loro abitudini alimentari;

le bevande zuccherate prima di allora venivano consumate saltuariamente (la gassosa che gli operai mescolavano al vino o alla birra, l'aranciata consumata solamente in occasione delle feste o delle vacanze), ma è stato dopo l'avvento della Coca-Cola e dei suoi distributori automatici che venne segnato il passaggio da un consumo eccezionale al consumo quotidiano e di massa;

oggi è acclarato come il consumo incontrollato delle « bevande di fantasia zuccherate » sia una delle cause principali dell'obesità infantile e dell'età adulta, mentre fino a pochi decenni fa il mondo scientifico ancora dibatteva per la

manca di prove scientifiche decisive, visto che i grandi studi che indagavano sul consumo alimentare, intervistando un campione della popolazione, riscontravano generalmente che le persone sovrappeso mangiassero meno zucchero delle magre, dimentichi del fatto che questi soggetti tendano a rispondere ai questionari alimentari dichiarando quello che dovrebbero mangiare, piuttosto di quello che mangiano effettivamente;

solo grazie ad uno studio pubblicato nel 2001 venne dimostrato che la prima causa di obesità dei bambini americani è il consumo abituale di bevande gassate e zuccherate, mentre altri studi confermarono le osservazioni anche negli adulti ed evidenziarono inoltre come causa importante di obesità è la frequentazione dei *fast-food*;

l'Organizzazione mondiale della sanità ha diffuso la raccomandazione di contenere il consumo di zucchero entro il 10 per cento delle calorie totali (circa 50 grammi di zucchero al giorno per un uomo che consumi 2.000-2.500 calorie), mentre i nuovi larn (le raccomandazioni italiane) raccomandano di contenere il consumo di zuccheri semplici, siano essi naturalmente presenti negli alimenti, come in frutta, latte, siano essi aggiunti, nell'ambito del 15 per cento del fabbisogno, specificando, però, che un consumo « potenzialmente legato a eventi avversi » riguarda valori superiori al 25 per cento del fabbisogno;

da agenzie stampa di aprile 2014, la stessa Organizzazione mondiale della sanità, presso la conferenza Onu di Ginevra, ha rivisto al ribasso la percentuale di consumo di zucchero dal 10 per cento al 5 per cento del totale delle calorie assunte quotidianamente, a seguito di una consultazione popolare promossa « in rete », e tale raccomandazione non esonera le aziende produttrici di alimenti, che sarebbero costrette così a commercializzare prodotti privati di una buona parte della sostanza gradevole per il palato;

le raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità sono state

fortemente osteggiate dalle grandi *corporation* alimentari, insinuando che fossero adottate senza prove scientifiche e che lo stesso Ministro della salute, Beatrice Lorenzin, nel corso della presidenza di turno del Consiglio dell'Unione europea recentemente trascorsa e prima della sua partecipazione alla seconda conferenza internazionale sulla nutrizione organizzata dalla Fao, dall'Organizzazione mondiale della sanità e con la partecipazione di 190 Paesi, dichiarava: « No a *diktat* senza base scientifica. È un'aggressione alle nostre tradizioni dolciarie. Poi però viene ammessa l'invasione di biscotti, barrette e cose simili con aspartame (un edulcorante artificiale) »;

il 4 novembre 2014 presso Palazzo Chigi diversi produttori del settore alimentare hanno incontrato il Presidente del Consiglio dei ministri Renzi ed il Ministro Lorenzin; durante tale riunione si è discusso anche di zucchero ed è stato affermato che « è un falso pretesto quello di porre un freno al dilagare dell'obesità, diabete e malattie cardiovascolari attraverso azioni del genere, che penalizzano i marchi italiani. Non si risolve nulla, ci vogliono iniziative di altro tenore » e tra queste ultime l'educazione alimentare a partire dalla scuola, alla scelta corretta dei cibi (freschi anziché confezionati), alla promozione dell'attività fisica, al sostegno della dieta mediterranea;

i limiti proposti dall'Organizzazione mondiale della sanità corrispondono a 10-12 cucchiaini al giorno di zucchero successivamente ridotto ad un massimo di 5-6, il che comporta il superamento di tali valori anche a seguito del consumo di pochi millilitri di bevande di fantasia al giorno;

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 altro e probabilmente è utilizzato come edulcorante per camuffare il gusto di alimenti di qualità scadente che altrimenti sarebbero sgradevoli;

è acclarato che una riduzione degli zuccheri significherebbe, quindi, non solo migliorare la nostra salute, ma anche contribuire indirettamente ad offrire alimenti di maggior qualità, con particolare riguardo ai più giovani verso un futuro più sano quando saranno adulti e di ridurre significativamente la spesa sanitaria legata ai fenomeni dell'obesità;

diverse grandi aziende stanno sostituendo lo zucchero con gli edulcoranti, sostanze chimiche che possiedono un alto potere dolcificante e le molecole che li compongono non appartengono alla famiglia degli zuccheri. A causa del loro potere altamente dolcificante vengono anche designati con l'aggettivo di intensi, in quanto possiedono un potere edulcorante molto più pronunciato rispetto a quello dello zucchero;

come riportato dagli organi di stampa, in Inghilterra il *Public Health England*, ramo del Ministero della salute britannico, ha lanciato una nuova campagna per il cambiamento delle abitudini alimentari dei bambini in merito al consumo di zucchero, seguendo alcuni semplici consigli e coinvolgendo i genitori ad aiutare i propri figli a dimezzare l'apporto quotidiano di zuccheri semplici;

dall'iniziativa « *Change4Life* », a seguito di un sondaggio *on line* condotto da Netmums (un portale di genitori), emerge che circa la metà (il 47 per cento) delle mamme intervistate si è detta preoccupata per gli zuccheri assunti dai figli, e un numero superiore (il 67 per cento) ha affermato che siano comunque troppi e che dalle risposte di quasi 700 madri di

bambini di età compresa tra i 5 e gli 11 anni è risultato che i due terzi di esse non sanno quante sono le calorie medie consigliate ogni giorno e ignorano la differenza delle necessità caloriche tra maschi e femmine;

è la mancanza della consapevolezza di cui al capoverso precedente che determina i valori antropometrici dei bambini che sono sotto gli occhi di tutti: secondo le ultime statistiche un bambino su cinque tra 1 e 5 anni e uno su 3 tra i 10 e gli 11 anni è in sovrappeso od obeso; inoltre, tra i 5 e i 9 anni la prima causa di visita in pronto soccorso è per il dolore associato a una carie; 28 per cento dei bambini di cinque anni ha una carie e, di questi uno su quattro ne ha più di cinque;

un *report* statunitense, ove l'obesità è un problema molto serio, evidenzia che le calorie assunte tramite bevande ammontano a circa il 19 per cento delle calorie totali giornaliere, vale a dire circa 400-600 calorie al giorno in una dieta rispettivamente di 2.000 e 3.000 calorie, di queste una fonte importante è rappresentata dalle bevande zuccherate di fantasia (circa 150 calorie *die* o più a seconda degli studi pubblicati), mentre una parte minore è rappresentato dal latte o bevande a base di latte e succhi di frutta al 100 per cento;

secondo le raccomandazioni più diffuse, peraltro giudicate troppo permissive, i bambini dovrebbero assumere circa il 10 per cento delle calorie dagli zuccheri, ma tra i 4 e i 10 anni i piccoli britannici ricavano da dolci e bibite più del 50 per cento, in media così suddivise: 17 per cento, da bevande dolci, 17 per cento da dolci, biscotti, merendine e torte alla frutta, 14 per cento da caramelle, 13 per cento da succhi di frutta, 8 per cento da cereali da colazione;

il progetto « *Change4Life* », volto a modificare le abitudini, è basato su semplici consigli che ogni genitore può fare propri, tra i quali: sostituire i cereali per la colazione zuccherati con quelli privi di zuccheri aggiunti, meglio se integrali; sostituire le bevande zuccherate con acqua,

latte scremato, bibite prive di zuccheri; sostituire le merendine industriali con torte fatte in casa, frutta, verdure crude o frutta secca; sostituire il gelato con yogurt o frutta;

gli unici zuccheri semplici desiderabili sono quelli contenuti nella frutta o in altri prodotti naturali, mentre gli zuccheri complessi o carboidrati, come l'amido di pasta, riso, pane, legumi e altro, devono essere presenti in abbondanza nella dieta sino a coprire una quota del 55/75 per cento (di cui zuccheri semplici meno del 10 per cento) delle calorie giornaliere;

la sponsorizzazione della campagna di cui al capoverso precedente (lanciata il 5 gennaio 2015) pone la questione che le aziende coinvolte sono le stesse che dovrebbero rinunciare a una parte del profitto in seguito al calo di vendite, tra queste: Asda, Tesco, Co-op, Aldi, Coca-Cola (Diet Coke e Coke Zero), Morrisons, mySupermarket e Lead Association for catering in education (Laca);

è opinione dei firmatari del presente atto di indirizzo che le campagne di promozione di una corretta alimentazione siano credibili ed efficaci solo se promosse dall'autorità sanitaria pubblica, quindi finanziata con denaro al di sopra di ogni sospetto;

rimane comunque il concetto che 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;

diversi studi e ricerche di settore hanno evidenziato come molti produttori preparino i loro alimenti/bevande al pari di veri e propri irresistibili cocktail, che ossia abbiano quel mix ideale di componenti per raggiungere il « *bliss point* » (il punto di massima « beatitudine » o piacere) e che vengano consumati in grande quantità, in particolare dai ragazzi, visto

che è dimostrato come lo zucchero sia in grado di stimolare le stesse aree del cervello che sono stimolate dalla cocaina;

gli alimenti altamente processati dell'industria alimentare sono progettati per ingannare i meccanismi biologici che stanno alla base della nostra fame/sazietà e sono quindi parte integrante dell'ambiente « obesogeno », che ha causato l'esplosione dell'obesità nel mondo;

molti alimenti indirizzati dal mercato alla colazione o merenda dei ragazzi sono spesso accompagnati da « regalini », « sorpresine » e, più in generale, da una serie di *gadget* che non hanno nulla a che vedere con la qualità dell'alimento, ma che di fatto finiscono per condizionare molto le scelte dei ragazzi e delle famiglie, mentre non è altrettanto facile accostare la frutta ed alimenti affini a *gadgetistica*, sfavorendo l'alimento di qualità rispetto a quello meno indicato per una sana alimentazione;

i grassi saturi, oltre allo zucchero, risultano essere tra i maggiori indiziati dell'obesità infantile. Tra di essi, l'olio di palma, la cui composizione risulta essere, per percentuale di grassi saturi contenuti, simile a quella del burro e del lardo. Al contrario, infatti, di altri oli vegetali (olio d'oliva, olio di semi), quelli tropicali contengono un'elevata percentuale di acidi grassi saturi (92 per cento nell'olio di cocco, 82 per cento nell'olio di palmisto e 49 per cento in quello di palma), prerogativa che conferisce all'olio consistenza solida o semi-solida a temperatura ambiente, ma che solleva non pochi dubbi sui rischi per la salute umana legati alla sua assunzione;

è risaputo che gli acidi grassi trans (TFA), insieme a quelli saturi, rappresentano un fattore di rischio per la popolazione, soprattutto infantile. Gli acidi grassi trans sono grassi insaturi presenti negli alimenti ottenuti da ruminanti e negli oli vegetali parzialmente idrogenati utilizzati nei biscotti, nelle torte, nei popcorn, nei cracker, nelle margarine e in molti altri prodotti da supermercato. Tutti cibi, in-

somma, che vengono mangiati principalmente dai bambini. Il loro consumo è stato associato a un aumento del rischio di malattie cardiovascolari. L'elevata assunzione di TFA rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo di cardiopatie coronariche che, secondo le stime della Commissione europea, causano ogni anno circa 660.000 decessi nell'Unione europea, ossia circa il 14 per cento della mortalità complessiva;

L'olio di palma sembrerebbe inoltre collegato, da diversi studi scientifici, a molteplici fattori di rischio sanitario: uno studio dell'Organizzazione mondiale della sanità (1 Diet Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases (Report), *World Health Organization*, 2003, p. 82,88, retrieved 13 febbraio 2013), dimostra come i principali acidi grassi (come acidi grassi saturi, l'acido miristico e l'acido palmitico) comportino un aumento del livello di colesterolo nel sangue, favorendo malattie cardiovascolari; uno studio del *Center for Science in the Public Interest (CSPI) (Palm oil threatening endangered species (PDF), Center for Science in the Public Interest*, maggio 2005. Vessby, B. 1994. *INFORM* 5(2): pages 182-185.) conferma il fatto che l'olio di palma aumenti i fattori di rischio cardiovascolare, poiché l'acido palmitico è uno dei grassi saturi che più aumenta il rischio di coronaropatie; recenti studi (<http://link.springer.com/article/10.1023/A:1008089715153>), che dimostrano che l'acido palmitico infiamma le membrane cellulari, induce l'aterosclerosi e ha un ruolo chiave nella produzione di un fattore necrotico che è all'origine di tumori; uno studio dell'*American Heart Association* che consiglia di limitarne l'uso per le persone che devono ridurre il livello di colesterolo. Molto importate, infine, il recentissimo studio dell'EFSA (<https://www.efsa.europa.eu/it/press/news/160503a>) in cui viene denunciato come nell'olio di palma siano contenute tre sostanze tossiche: glicidil esteri degli acidi grassi (GE), 3-monocloropropandiolo (3-MCPD), e 2-monocloropropandiolo (2-MCPD) e relativi esteri degli acidi grassi, una delle quali genotossica e cancerogena, il glicidiolo (GE), formatesi durante la raffinazione degli oli vegetali;

i bambini italiani, con il loro alto consumo di carni (soprattutto lavorate) e dunque di grassi saturi, alimenti di origine industriale e dolciumi, risultano ai primi posti in Europa per obesità, con il 20,9 per cento di bambini in sovrappeso e il 9,8 per cento obesi. Secondo il professor Franco Berrino sono proprio le proteine ad essere uno dei principali fattori di esposizione al rischio di obesità, insieme al consumo di dolciumi, cibo « spazzatura » e bevande zuccherate. L'indagine « La salute digestiva pediatrica in Europa » elaborata dalla *United European Gastroenterology* ha rilevato nei bambini europei un alto consumo di grassi saturi e trans, di zucchero e sale e un basso consumo di frutta, verdura e cereali integrali. Secondo i ricercatori dello *United European Gastroenterology*, l'obesità è un fattore di rischio per patologie epatiche, sempre più comuni nei bambini. La steepatite non alcolica è una di queste e colpisce, stando alle stime, il 10 per cento dei bambini europei diventando la causa di malattia epatica cronica più comune nei bambini e negli adolescenti. Patologie infantili in continuo aumento, che potrebbero essere prevenute attraverso il consumo di alimenti a base prevalentemente vegetale ed una corretta educazione alimentare,

impegna il Governo:

- 1) a promuovere una campagna di sensibilizzazione per mezzo di specifici *spot* sui principali organi di stampa e/o con pubblicità progresso in tv per indicare i valori di una sana alimentazione, ossia di un'alimentazione che fornisca in abbondanza tutto quello di cui si ha bisogno ma al contempo riduca le calorie, con minor presenza di grassi e zuccheri, con l'obiettivo di evitare che la piaga dell'obesità si estenda in modo irreversibile;
- 2) a valutare la possibilità di chiedere ai grandi produttori di alimenti per la colazione e merenda di collaborare alla significativa riduzione della quota

- di zucchero saccarosio, fruttosio e sciroppo di glucosio e fruttosio contenuto negli alimenti messi in commercio, ridimensionando l'utilizzo di farine e cereali raffinati, oltre che di grassi saturi;
- 3) ad assumere iniziative normative per limitare l'associazione di *gadget* agli alimenti per colazione e merende chiaramente riservate ai più piccoli;
- 4) a dare piena ed esaustiva applicazione al regolamento (UE) n. 1169/2011 al fine di garantire che i consumatori siano adeguatamente informati sugli alimenti che consumano;
- 5) a sostenere e a promuovere presso le competenti sedi unionali proposte normative finalizzate a eliminare a lungo termine i TFA (*trans fats*) dalla filiera alimentare dell'Unione europea, tramite l'introduzione di un'etichettatura obbligatoria relativa al contenuto di TFA o tramite un limite giuridico imposto sul contenuto dei TFA industriali in tutti i prodotti alimentari;
- 6) a sostenere e a incoraggiare, presso le scuole e gli istituti di formazione, nell'ambito della sfera di propria competenza, progetti didattici legati all'educazione alimentare, intesa come conoscenza dei prodotti, delle etichette, della provenienza degli alimenti, della pericolosità del cibo e delle bevande con scarso apporto nutrizionale, del corretto consumo, del contrasto allo spreco, dello stile di vita attivo, nonché dell'importanza dei prodotti tipici, biologici, a « chilometro zero » e « chilometro 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;
- 7) ad assumere iniziative per garantire, in tutte le mense pubbliche o convenzionate — la cui gestione ricade nelle competenze dello Stato, comprese quelle scolastiche — un'adeguata alternativa di menù privi di alimenti di origine animale, al fine di tutelare coloro i quali assumono questa scelta alimentare e potrebbero essere esclusi dalla fruizione del servizio pubblico;
- 8) ad adottare iniziative per incentivare, nei bandi di gara per gli appalti pubblici di servizi e forniture di prodotti destinati alla ristorazione collettiva, l'utilizzo dei prodotti agroalimentari e agroalimentari ecologici, provenienti, ove possibile, da filiera corta a « chilometro utile ».
- (1-00744) (*Ulteriore nuova formulazione — Testo modificato nel corso della seduta come risultante dalla votazione per parti separate*) « Massimiliano Bernini, L'Abbate, Gagnarli, Gallinella, Parentela, Benedetti, Mantero, Silvia Giordano, Grillo, Cariello, Cristian Iannuzzi, Busto ».

La Camera,

premesso che:

L'obesità e il sovrappeso, prima considerati problemi dei soli Paesi ricchi, sono oggi in aumento anche nei Paesi a basso e medio reddito, specialmente negli insediamenti urbani, e sono ormai riconosciuti come veri e propri problemi di salute pubblica a livello mondiale;

L'eccesso ponderale è infatti un fattore di rischio per i decessi: il 65 per cento della popolazione mondiale vive in Paesi in cui sovrappeso e obesità uccidono più che il sottopeso. L'obesità è un problema sociale oltre che clinico;

secondo i dati forniti dal rapporto Eurostat, pubblicato il 20 ottobre 2016, in Europa la percentuale di adulti con obesità, che circa 10 anni fa era del 10-14 per cento, oggi arriva quasi al 16 per cento (BMI: 15,9 per cento obesi; 35,7 per cento sovrappeso; 46,1 per cento normopeso; 2,3 per cento sottopeso) con un deterioramento della salute evidenziabile in un aumento del diabete (che in Italia affligge

il 10 per cento della popolazione), dell'ipertensione, della dislipidemia, dei disturbi cardiovascolari e dell'infarto, come pure del cancro e di molte altre patologie degenerative;

in questo scenario di vera e propria epidemia di obesità, particolarmente preoccupante è il fenomeno dell'insorgenza della obesità infantile che predispone alla obesità in età adulta e che si accompagna sempre di più a patologie in età pediatrica come l'aumentata insorgenza di diabete e ipertensione; secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) i bambini in eccesso ponderale nel mondo sono quarantaquattro milioni;

lo stato di nutrizione dipende sostanzialmente dall'interazione di tre elementi: la costituzione fisica, l'ambiente culturale, lo stato economico;

emerge chiaramente il ruolo centrale dell'alimentazione e dell'assunzione dei costituenti essenziali per assicurare un equilibrato metabolismo organico, per prevenire l'insorgenza di patologie da eccesso o carenze degli elementi essenziali e per favorire una longevità qualitativamente migliore;

per questo è indispensabile che l'alimentazione poggi non solo su una semplicistica riduzione calorica ma sia programmata su basi razionali e scientifiche che tengano conto delle diverse necessità nutritive, non solo quantitative ma soprattutto qualitative, dei nutrienti, richieste dalla continua trasformazione nelle varie fasi della crescita e dall'attività mentale e fisica svolta. È evidente che le esigenze nutritive di un neonato o di un lattante non sono le stesse di un bambino di 10-11 anni;

l'impatto dell'obesità e le conseguenti ripercussioni dirette sulla salute sottolineano come sia prioritario e necessario contrastare tempestivamente tale fenomeno. L'*Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020* dell'Unione europea si inserisce proprio in quest'ottica di prevenzione e contrasto;

il sistema di sorveglianza nazionale «OKkio alla salute», promosso e finanziato dal Ministero della salute/CCM (Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie), coordinato dal Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute dell'istituto superiore di sanità e condotto in collaborazione con tutte le regioni italiane e il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, dal 2007 costituisce una solida fonte di dati epidemiologici sugli stili di vita dei bambini della scuola primaria e rappresenta la risposta istituzionale italiana al bisogno conoscitivo del problema del sovrappeso e dell'obesità nella popolazione infantile;

lo sviluppo di sistemi di sorveglianza è alla base delle strategie italiane in materia di prevenzione e promozione della salute, quali il programma governativo «Guadagnare salute» e il piano nazionale della prevenzione. L'Italia con i dati di «OKkio alla salute» partecipa, inoltre, all'iniziativa della regione europea dell'organizzazione mondiale della sanità denominata *Cosi – Childhood obesity surveillance initiative*;

dall'ultimo report del 2014 di OKkio si desume che i bambini in sovrappeso sono il 20,9 per cento e i bambini obesi sono il 9,8 per cento, compresi i bambini severamente obesi che da soli sono il 2,2 per cento. Si registrano prevalenze più alte nelle regioni del Sud e del Centro; in particolare, il dato in Campania resta preoccupante nell'ultimo report del 2014; certamente i programmi di prevenzione sono fondamentali per il contenimento del fenomeno, ma risulta altrettanto importante offrire un percorso di diagnosi e cura per i bambini che già presentano obesità spesso già con le complicazioni di tale malattia;

un dato importante che emerge dalle indagini epidemiologiche è che tale patologia si associa a condizioni sociali di fragilità, quali scarsa istruzione materna, che non riconoscono la condizione o la sottovalutano, ed è quindi un elemento di diseguaglianza in sanità;



è importante invece che tali bambini abbiano un'offerta di presa in carico del servizio sanitario nazionale che consenta loro di potere eseguire gratuitamente anche oltre i 6 anni un percorso di diagnosi e cura presso centri appositamente dedicati, individuando secondo le linee guida delle società scientifiche i parametri clinici e le correlate indagini di laboratorio e strumentali e visite specialistiche necessarie;

un approccio fondamentale è quello della prevenzione che bisogna sostenere attivando e incentivando programmi di prevenzione nelle scuole. La letteratura in tema di evidenze di efficacia (Organizzazione mondiale della sanità) afferma che la promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute (in passato considerata attività esclusiva del settore sanitario attraverso interventi di educazione sanitaria) richiede un approccio globale di sistema che coinvolga tutti i settori che con le loro politiche interagiscono sui vari determinanti di salute. In quest'ottica, « fare salute con la scuola » vuol dire quindi rimettere in discussione bisogni di salute, modelli di consumo e di spreco, attivare consapevolezza critica, ragionare sulla cultura dello « star bene » e non solo su quella del rischio. In tal modo, ragionare e progettare in tema di alimentazione, attività fisica, prevenzione dell'obesità, del tabagismo e altre dipendenze, significa parlare della promozione di una nuova « economia », parlare della appropriatezza della domanda di salute, parlare di partecipazione e di ricerca delle corresponsabilità per la salute;

per il miglioramento dello stile alimentare dei bambini, la refezione scolastica attuata secondo le linee guida nazionali del Ministero della salute costituisce un momento importante di promozione alla salute;

il piano nazionale della prevenzione 2014-2018 (intesa tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sancita nella seduta della Conferenza Stato-regioni del 13 novembre 2014), evidenzia l'importanza di:

a) adottare un approccio inter-settoriale e di configurare interventi per contesto di appartenenza (esempio *setting* scolastico, di comunità);

b) sviluppare programmi integrati tra servizi sanitari e istituzioni educative;

c) attivare le azioni nel contesto scolastico nell'ambito del modello delle « Scuole promotrici di salute »;

d) prestare attenzione all'equità e contrastare le diseguaglianze di salute;

e) promuovere il potenziamento dei fattori di protezione: *life skill, empowerment*;

f) assicurare azioni di promozione della salute, volte a favorire l'adozione di comportamenti sani, su diverse tematiche,

impegna il Governo:

- 1) a mettere in atto, entro sei mesi dall'approvazione del presente atto di indirizzo, concrete iniziative di intervento che consentano la gratuità dei percorsi diagnostici e di prevenzione dell'obesità per i minori di età inferiore ai dodici anni;
- 2) a predisporre un'attività di monitoraggio uniforme a livello nazionale per misurare il tasso di allattamento al seno in termini di percentuale delle mamme italiane che allattano e in termini di durata del periodo di allattamento e di modalità perseguite (allattamento esclusivo o misto);
- 3) a predisporre apposite iniziative di lunga prospettiva per la prevenzione e la cura dell'obesità infantile che riguardino i primissimi momenti di vita dell'individuo, in quanto è ormai scientificamente dimostrato e sostenuto dall'Organizzazione mondiale della sanità che lo stato di salute da adulti deriva anche dal tipo di nutrizione che si è portato avanti nei primi 1.000 giorni, dal concepimento ai

primi due anni di vita, per cui risulta fondamentale che la donna incinta segua un'alimentazione equilibrata per garantire un migliore apporto di nutrienti al feto, che, ove possibile, il neonato venga alimentato con l'allattamento esclusivo al seno fino ai 6 mesi e che si prosegua con una dieta specifica per i bambini che consenta il giusto apporto di micro e macro nutrienti;

- 4) ad attivarsi, quanto prima, per una rapida adozione di specifiche linee guida in materia, sul modello di altri Paesi europei, che rappresenteranno un primo passo per dare indicazioni pratiche volte ad indirizzare in maniera uniforme la pediatria italiana, per prima, e le famiglie nella corretta alimentazione da fornire ai bambini nella fascia d'età da 0 a 3 anni, con particolare riferimento all'allattamento al seno e al corretto svezzamento, e su cui è stato convocato un apposito tavolo di lavoro al Ministero della salute, il cui mandato risulta ormai scaduto;
- 5) a promuovere politiche per una sana alimentazione tra bambini e adolescenti, riducendo l'assunzione di alimenti non salutari e bevande zuccherate;
- 6) ad implementare le iniziative finalizzate a incentivare l'attività fisica e a ridurre comportamenti sedentari tra bambini e adolescenti;
- 7) a promuovere la cultura della nutrizione e della salute, anche attraverso le istituzioni scolastiche.

(1-01296) *(Nuova formulazione)* « Tartaglione, D'Incecco, Grassi, Piccione, Carnevali, Fossati, Amato, Burtone, Antezza, Cardinale, Carloni, Di Salvo, Fedi, Ferranti, Gandolfi, Giuliani, Tino Iannuzzi, Lenzi, Manfredi, Minnucci, Mongiello, Morani, Patriarca, Realacci, Ribaldo, Paolo Rossi,

Sgambato, Tullo, Valiante, Venittelli, Zampa, Zoggia, Iori, Paola Bragantini, Casati, Miotto, Sbrollini, Capone ».

La Camera,

premesso che:

nel mondo, « sono circa diciotto milioni le persone che muoiono ogni anno per malattie cardiovascolari, i cui maggiori fattori predisponenti sono il diabete e l'ipertensione dovuti soprattutto alla crescente prevalenza di sovrappeso e obesità, che insieme al sottopeso, la malnutrizione e le malattie infettive, rappresentano i maggiori problemi di salute per i paesi in via di sviluppo ». Ciò secondo gli studi pubblicati da P. Hossain, B. Kowar, M. El Nahas, nel documento *Obesity and Diabetes in the Developing World*;

difatti, dal secondo dopoguerra, la tradizione e la cultura alimentare dei paesi industrializzati ha subito un profondo cambiamento. Fra i bambini dai due ai diciotto anni, la principale fonte delle calorie provenienti dall'assunzione di bevande era il latte, mentre oggi, con la maggiore disponibilità di cibo, si è progressivamente diffuso il consumo di cibi pronti, spesso poveri di fibre e ricchi di grassi, ad alta densità calorica e di bevande zuccherate;

il progressivo cambiamento dello stile della vita e dei ritmi lavorativi ha portato a profonde modificazioni delle abitudini alimentari familiari, con la diffusione nella popolazione infantile di un'alimentazione scorretta, con eccessivo consumo di calorie, proteine di origine animale, grassi saturi, sodio e carenza di glucidi complessi, fibra, vitamine e sali minerali;

anche nel nostro Paese il fenomeno dell'obesità rappresenta un problema di salute dei singoli individui e in termini di spesa sanitaria pubblica. L'obesità, oltre a ridurre la qualità della vita, rappresenta un fattore di rischio per molte malattie

croniche, come ipertensione, diabete di tipo 2 e malattie cardiovascolari, il cui trattamento richiede un notevole impiego di risorse: si calcola che in Italia siano 5,5 milioni le persone obese con un costo annuo stimato in 9 miliardi di euro in spesa sanitaria, calo di produttività e assenteismo dal lavoro per le persone adulte, e mortalità precoce;

più del sessanta per cento dei suddetti costi, si stima che siano dovuti a ricoveri ospedalieri e ciò indica quanto l'obesità sia la reale responsabile di una serie di gravi patologie che comportano una ridotta aspettativa di vita e un notevole aggravio per il servizio sanitario nazionale;

devono inoltre essere considerati tra i costi attribuibili all'obesità, il minor rendimento scolastico, la futura discriminazione lavorativa, i problemi psicosociali e la scarsa qualità della vita nei bambini e negli adolescenti;

infatti, è preoccupante il dato sull'obesità infantile, essendo l'Italia, uno dei Paesi più colpiti da questo fenomeno: un bambino su tre ha problemi di sovrappeso, con percentuali maggiori nelle regioni del Sud;

è accertato che un bambino obeso ha un rischio elevato di sviluppare malattie croniche in età adulta. Le statistiche sulla prevalenza di obesi e in sovrappeso in Italia sono rilevate da vari studi con metodologie diverse. In Italia, il sistema di monitoraggio « Okkio alla Salute » del Centro nazionale di prevenzione e controllo delle malattie (Ccm) del Ministero della salute (raccolta dati antropometrici e sugli stili di vita, dei bambini delle terza classe primaria 8-9 anni di età,) ha riportato che il 22,9 per cento dei bambini in questa fascia di età è in sovrappeso e l'11,1 per cento in condizioni di obesità (dati relativi all'anno 2010);

l'Organizzazione mondiale della sanità ha lanciato un appello, invitando i governi ad assumere un ruolo attivo nel monitoraggio e nell'introduzione di san-

zioni contro la produzione, la distribuzione e la promozione del così detto « cibo spazzatura »;

il documento, fa emergere una situazione allarmante: le grandi industrie del settore alimentare sfruttano il *marketing* e il *web* attraverso i *social media*, per proporre i propri prodotti per lo più ipercalorici (ricchi di zuccheri, sale e grassi). Dunque, si evidenzia un preciso legame tra *marketing* di alimenti e bevande ipercaloriche e obesità di bambini e adolescenti e si segnala la negativa pratica degli « *advergames* », ossia i giochi con protagonisti gli alimenti stessi. A tale proposito l'Organizzazione mondiale della sanità, ha lanciato un appello con un documento per far cessare le campagne *marketing* e pubblicitarie rivolte ai bambini via internet;

allo scopo di ridurre il rischio di sovrappeso e obesità, è dunque necessario che il Ministero della salute metta in atto un accurato studio per considerare l'impegno, da parte delle aziende che immettono sul mercato bevande e cibi molto zuccherati, all'inserimento di pubblicità riportante l'avvertenza sui rischi per la salute, al fine di rendere informati e consapevoli i consumatori;

il capo direttore della divisione malattie non trasmissibili e promozione della salute all'Oms Europa, spiega: « Più del 60 per cento dei bambini che è in sovrappeso prima della pubertà, resterà in sovrappeso anche da giovane e si stima che in Europa circa il 25 per cento dei bambini in età scolare sia già sovrappeso o obeso. Un fattore chiave per malattie cardiovascolari, cancro e diabete »;

se da una parte è vero che l'insegnamento delle regole per una corretta alimentazione è in capo ai genitori, si ritiene fondamentale educare i bambini a una corretta ed equilibrata alimentazione attraverso la scuola, poiché in età scolare s'impostano e consolidano le abitudini alimentari del bambino. Pertanto, è in questa fase della vita che la famiglia e la scuola

devono contribuire allo sviluppo di uno stile alimentare salutare, che permanga nell'età adulta;

il 7 febbraio 2015, nell'ambito di Expo 2015, « Verso la Carta di Milano », il Governo italiano, la direzione generale per lo studente, l'integrazione e la partecipazione del dipartimento per il sistema educativo di istruzione e di formazione del Miur, ha organizzato e coordinato il tavolo « Educazione alimentare: un investimento per il futuro », promuovendo la definizione degli obiettivi propri dell'educazione alimentare, dei contenuti che la caratterizzano e delle metodologie didattiche più adeguate alle quali far corrispondere una serie d'impegni che avrebbero dovuti essere assunti;

tuttavia, nonostante le « linee guida per l'educazione alimentare nella scuola italiana » emanate nel 2011 e riaffermate a Expo 2015, gli obiettivi non solo non sono stati raggiunti, ma non è dato sapere quali siano state ad oggi le scuole che abbiano realizzato attività all'interno del piano di offerta formativa, permettendo ai giovani di acquisire competenze chiave sulle quali fondare uno stile di vita sano;

l'educazione alimentare in ambito scolastico ha un ruolo importante nella promozione della corretta alimentazione. Inoltre, è importante sottolineare che nei bambini e ragazzi in età scolare, oltre alle scorrette abitudini alimentari c'è una componente che non va sottovalutata, come l'eccessiva sedentarietà;

sia la classe medica che gli studi internazionali più accreditati ritengono che la corretta alimentazione e l'attività fisica sportiva o ricreativa siano da considerarsi la prevenzione primaria rispetto al rischio di sviluppare in età adulta malattie cronico-degenerative, cioè malattie legate al sovrappeso e obesità;

la promozione di una dieta salutare e dell'attività fisica durante l'infanzia e nell'età scolare non solo contribuisce a una migliore salute mentale, fisica e sociale, ma fornisce maggiori capacità di

svolgere le attività quotidiane, gettando le basi per una migliore salute per il corso della vita,

impegna il Governo:

- 1) a mettere in atto, con gli strumenti di competenza, interventi di sensibilizzazione mirati a modificare sia gli stili alimentari che i livelli di attività fisica della popolazione;
- 2) a promuovere campagne di sensibilizzazione, finalizzate a una sana e corretta alimentazione con lo scopo di informare la popolazione sui rischi dell'obesità;
- 3) ad individuare criteri volti a introdurre limitazioni alla pubblicità televisiva, radiofonica e via *web* relativa a cibo e bevande con elevato quantitativo di zucchero;
- 4) a dare piena applicazione al regolamento europeo (CE) n. 1169/2011, in materia di informazione sugli alimenti ai consumatori;
- 5) ad assumere iniziative volte al consumo consapevole, facendo sì che le aziende – produttrici di alimenti ad alto contenuto di grassi e basso valore nutrizionale e di bevande ricche di zuccheri e anidride carbonica –, adottino una specifica etichettatura riportante la dicitura « può essere dannoso per la salute » con l'obiettivo di contribuire a ridurre il consumo, in particolar modo da parte dei minori, e con lo scopo di contrastare eventuali malattie legate all'obesità e al sovrappeso;
- 6) ad assumere iniziative per il finanziamento di progetti per le scuole volti a garantire un'ampia scelta di attività sportive, anche pomeridiane e aggiuntive rispetto a quelle previste dal piano dell'offerta formativa, con l'obiettivo di stimolare il valore educativo per gli

effetti positivi sulla salute, di una costante attività fisica unita a una buona e sana alimentazione;

- 7) ad assumere iniziative — ferma restando l'autonomia delle scuole nella definizione dei piani dell'offerta formativa — volte a promuovere l'educazione alimentare presso le scuole di ogni ordine e grado, fornendo ai docenti gli strumenti necessari per raggiungere gli obiettivi legati a sani stili di vita attraverso programmi mirati di sana e corretta alimentazione e i benefici dell'attività fisica nonché all'apprendimento dei problemi legati al disordine alimentare, quali anoressia e bulimia;
- 8) ad assumere un ruolo attivo nel monitoraggio di interventi e progetti scolastici legati all'educazione alimentare;
- 9) ad assumere iniziative volte a promuovere e incentivare la cultura sportiva extrascolastica, quale valore educativo/sociale, con l'obiettivo di sensibilizzare i più giovani a un sano e completo sviluppo di corretti stili di vita, mediante la corretta alimentazione e lo sport, valutando l'erogazione di un contributo finanziario annuale, rivolto alle famiglie in condizioni economiche meno favorevoli che intendono far praticare uno sport ai propri figli, tra i tre e i diciotto anni.

(1-01440) « Brignone, Civati, Andrea Maestri, Matarrelli, Pastorino, Artini, Baldassarre, Bechis, Segoni, Turco ».

*(Mozione non iscritta all'ordine del giorno ma vertente su materia analoga).*

La Camera,

premessi che:

nel mondo, « sono circa diciotto milioni le persone che muoiono ogni anno per malattie cardiovascolari, i cui maggiori

fattori predisponenti sono il diabete e l'ipertensione dovuti soprattutto alla crescente prevalenza di sovrappeso e obesità, che insieme al sottopeso, la malnutrizione e le malattie infettive, rappresentano i maggiori problemi di salute per i paesi in via di sviluppo ». Ciò secondo gli studi pubblicati da P. Hossain, B. Kowar, M. El Nahas, nel documento *Obesity and Diabetes in the Developing World*;

difatti, dal secondo dopoguerra, la tradizione e la cultura alimentare dei paesi industrializzati ha subito un profondo cambiamento. Fra i bambini dai due ai diciotto anni, la principale fonte delle calorie provenienti dall'assunzione di bevande era il latte, mentre oggi, con la maggiore disponibilità di cibo, si è progressivamente diffuso il consumo di cibi pronti, spesso poveri di fibre e ricchi di grassi, ad alta densità calorica e di bevande zuccherate;

il progressivo cambiamento dello stile della vita e dei ritmi lavorativi ha portato a profonde modificazioni delle abitudini alimentari familiari, con la diffusione nella popolazione infantile di un'alimentazione scorretta, con eccessivo consumo di calorie, proteine di origine animale, grassi saturi, sodio e carenza di glucidi complessi, fibra, vitamine e sali minerali;

anche nel nostro Paese il fenomeno dell'obesità rappresenta un problema di salute dei singoli individui e in termini di spesa sanitaria pubblica. L'obesità, oltre a ridurre la qualità della vita, rappresenta un fattore di rischio per molte malattie croniche, come ipertensione, diabete di tipo 2 e malattie cardiovascolari, il cui trattamento richiede un notevole impiego di risorse: si calcola che in Italia siano 5,5 milioni le persone obese con un costo annuo stimato in 9 miliardi di euro in spesa sanitaria, calo di produttività e assenteismo dal lavoro per le persone adulte, e mortalità precoce;

più del sessanta per cento dei suddetti costi, si stima che siano dovuti a ricoveri ospedalieri e ciò indica quanto

l'obesità sia la reale responsabile di una serie di gravi patologie che comportano una ridotta aspettativa di vita e un notevole aggravio per il servizio sanitario nazionale;

devono inoltre essere considerati tra i costi attribuibili all'obesità, il minor rendimento scolastico, la futura discriminazione lavorativa, i problemi psicosociali e la scarsa qualità della vita nei bambini e negli adolescenti;

infatti, è preoccupante il dato sull'obesità infantile, essendo l'Italia, uno dei Paesi più colpiti da questo fenomeno: un bambino su tre ha problemi di sovrappeso, con percentuali maggiori nelle regioni del Sud;

è accertato che un bambino obeso ha un rischio elevato di sviluppare malattie croniche in età adulta. Le statistiche sulla prevalenza di obesi e in sovrappeso in Italia sono rilevate da vari studi con metodologie diverse. In Italia, il sistema di monitoraggio « Okkio alla Salute » del Centro nazionale di prevenzione e controllo delle malattie (Ccm) del Ministero della salute (raccolta dati antropometrici e sugli stili di vita, dei bambini delle terza classe primaria 8-9 anni di età,) ha riportato che il 22,9 per cento dei bambini in questa fascia di età è in sovrappeso e l'11,1 per cento in condizioni di obesità (dati relativi all'anno 2010);

L'Organizzazione mondiale della sanità ha lanciato un appello, invitando i governi ad assumere un ruolo attivo nel monitoraggio e nell'introduzione di sanzioni contro la produzione, la distribuzione e la promozione del così detto « cibo spazzatura »;

il documento, fa emergere una situazione allarmante: le grandi industrie del settore alimentare sfruttano il *marketing* e il *web* attraverso i *social media*, per proporre i propri prodotti per lo più ipercalorici (ricchi di zuccheri, sale e grassi). Dunque, si evidenzia un preciso legame tra *marketing* di alimenti e bevande ipercaloriche e obesità di bambini e

adolescenti e si segnala la negativa pratica degli « *advergames* », ossia i giochi con protagonisti gli alimenti stessi. A tale proposito l'Organizzazione mondiale della sanità, ha lanciato un appello con un documento per far cessare le campagne *marketing* e pubblicitarie rivolte ai bambini via internet;

allo scopo di ridurre il rischio di sovrappeso e obesità, è dunque necessario che il Ministero della salute metta in atto un accurato studio per considerare l'impegno, da parte delle aziende che immettono sul mercato bevande e cibi molto zuccherati, all'inserimento di pubblicità riportante l'avvertenza sui rischi per la salute, al fine di rendere informati e consapevoli i consumatori;

il capo direttore della divisione malattie non trasmissibili e promozione della salute all'Oms Europa, spiega: « Più del 60 per cento dei bambini che è in sovrappeso prima della pubertà, resterà in sovrappeso anche da giovane e si stima che in Europa circa il 25 per cento dei bambini in età scolare sia già sovrappeso o obeso. Un fattore chiave per malattie cardiovascolari, cancro e diabete »;

se da una parte è vero che l'insegnamento delle regole per una corretta alimentazione è in capo ai genitori, si ritiene fondamentale educare i bambini a una corretta ed equilibrata alimentazione attraverso la scuola, poiché in età scolare s'impostano e consolidano le abitudini alimentari del bambino. Pertanto, è in questa fase della vita che la famiglia e la scuola devono contribuire allo sviluppo di uno stile alimentare salutare, che permanga nell'età adulta;

il 7 febbraio 2015, nell'ambito di Expo 2015, « Verso la Carta di Milano », il Governo italiano, la direzione generale per lo studente, l'integrazione e la partecipazione del dipartimento per il sistema educativo di istruzione e di formazione del Miur, ha organizzato e coordinato il tavolo « Educazione alimentare: un investimento per il futuro », promuovendo la definizione degli obiettivi propri dell'educazione ali-

mentare, dei contenuti che la caratterizzano e delle metodologie didattiche più adeguate alle quali far corrispondere una serie d'impegni che avrebbero dovuti essere assunti;

tuttavia, nonostante le « linee guida per l'educazione alimentare nella scuola italiana » emanate nel 2011 e riaffermate a Expo 2015, gli obiettivi non solo non sono stati raggiunti, ma non è dato sapere quali siano state ad oggi le scuole che abbiano realizzato attività all'interno del piano di offerta formativa, permettendo ai giovani di acquisire competenze chiave sulle quali fondare uno stile di vita sano;

l'educazione alimentare in ambito scolastico ha un ruolo importante nella promozione della corretta alimentazione. Inoltre, è importante sottolineare che nei bambini e ragazzi in età scolare, oltre alle scorrette abitudini alimentari c'è una componente che non va sottovalutata, come l'eccessiva sedentarietà;

sia la classe medica che gli studi internazionali più accreditati ritengono che la corretta alimentazione e l'attività fisica sportiva o ricreativa siano da considerarsi la prevenzione primaria rispetto al rischio di sviluppare in età adulta malattie cronico-degenerative, cioè malattie legate al sovrappeso e obesità;

la promozione di una dieta salutare e dell'attività fisica durante l'infanzia e nell'età scolare non solo contribuisce a una migliore salute mentale, fisica e sociale, ma fornisce maggiori capacità di svolgere le attività quotidiane, gettando le basi per una migliore salute per il corso della vita,

impegna il Governo:

- 1) a mettere in atto, con gli strumenti di competenza, interventi di sensibilizzazione mirati a modificare sia gli stili alimentari che i livelli di attività fisica della popolazione;
- 2) a promuovere campagne di sensibilizzazione, finalizzate a una sana e cor-

retta alimentazione con lo scopo di informare la popolazione sui rischi dell'obesità;

- 3) ad individuare criteri volti a introdurre limitazioni alla pubblicità televisiva, radiofonica e via *web* relativa a cibo e bevande con elevato quantitativo di zucchero;
- 4) a dare piena applicazione al regolamento europeo (CE) n. 1169/2011, in materia di informazione sugli alimenti ai consumatori;
- 5) compatibilmente con i vincoli di bilancio, ad assumere iniziative per il finanziamento di progetti per le scuole volti a garantire un'ampia scelta di attività sportive, anche pomeridiane e aggiuntive rispetto a quelle previste dal piano dell'offerta formativa, con l'obiettivo di stimolare il valore educativo per gli effetti positivi sulla salute, di una costante attività fisica unita a una buona e sana alimentazione;
- 6) a valutare l'opportunità di assumere iniziative — ferma restando l'autonomia delle scuole nella definizione dei piani dell'offerta formativa — volte a promuovere l'educazione alimentare presso le scuole di ogni ordine e grado, fornendo ai docenti gli strumenti necessari per raggiungere gli obiettivi legati a sani stili di vita attraverso programmi mirati di sana e corretta alimentazione e i benefici dell'attività fisica nonché all'apprendimento dei problemi legati al disordine alimentare, quali anoressia e bulimia;
- 7) ad assumere un ruolo attivo nel monitoraggio di interventi e progetti scolastici legati all'educazione alimentare;
- 8) a valutare l'opportunità di assumere iniziative volte a promuovere e incentivare la cultura sportiva extrascolastica, quale valore educativo/sociale, con l'obiettivo di sensibilizzare i più giovani a un sano e completo sviluppo

di corretti stili di vita, mediante la corretta alimentazione e lo sport, valutando l'erogazione di un contributo finanziario annuale, rivolto alle famiglie in condizioni economiche meno favorevoli che intendono far praticare uno sport ai propri figli, tra i tre e i diciotto anni.

(1-01440) (*Testo modificato nel corso della seduta*) « Brignone, Civati, Andrea Maestri, Matarrelli, Pastorino, Artini, Baldassarre, Bechis, Segoni, Turco ».

(*Mozione non iscritta all'ordine del giorno ma vertente su materia analoga*).

La Camera,

premessi che:

nell'ultimo rapporto predisposto dalla commissione incaricata dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) di formulare proposte per fermare l'obesità infantile viene sottolineato che molti bambini oggi crescono in ambienti sempre più insalubri, che favoriscono l'aumento di peso, grazie alla globalizzazione e all'urbanizzazione. Si tratta di una tendenza che riguarda tutte le fasce sociali sia nelle nazioni povere sia in quelle ricche. Il fattore che più incide nei Paesi in via di sviluppo è la diffusione dei cibi malsani e delle bevande analcoliche;

secondo i dati, tra il 1990 e il 2014, la percentuale di bambini di età inferiore ai cinque anni in sovrappeso è passata dal 4,8 per cento al 6,1 per cento, il che significa, in numeri assoluti, da 31 a 41 milioni. Durante lo stesso periodo, nei paesi a basso o medio reddito il numero di bambini in sovrappeso è più che raddoppiato, passando da 7,5 milioni a 15,5 milioni. Sulla base dei dati 2014, quasi la metà (48 per cento) di tutti i bambini con meno di cinque anni in sovrappeso e obesi vive in Asia e un quarto in Africa (il

numero è quasi raddoppiato, rispetto al 1990, passando da 5,4 milioni a 10,3 milioni);

il rapporto dell'Oms formula una serie di raccomandazioni rivolte ai Governi, per invertire la tendenza. Si tratta di promuovere l'assunzione di cibi sani e di scoraggiare il *junk food* mediante una tassazione efficace sulle bevande zuccherate, predisponendo anche dei limiti anche al *marketing*;

in merito all'educazione e all'informazione delle persone, l'Oms afferma che la cultura della nutrizione e della salute dovrebbero far parte dell'istruzione scolastica, facendo in modo che le informazioni e le linee guida nutrizionali siano diffuse in modo semplice, comprensibile e accessibile a tutti i gruppi sociali. Un supporto agli sforzi di alfabetizzazione in materia di nutrizione e salute potrebbe venire dall'adozione di un sistema standardizzato di etichetta nutrizionale, obbligatoria per alimenti confezionati e bevande. Un sistema di etichettatura facile da capire, come quello basato sui colori del semaforo o sulla classificazione a stelle, viene ritenuto un aiuto, seppur di per sé non sufficiente, all'educazione nutrizionale;

per i bambini delle scuole primarie (6-10 anni), si stima un 24 per cento di bimbi in sovrappeso e un 12 per cento obeso. Fra gli aspetti più critici rilevati vale la pena citare che l'11 per cento dei bambini non fa la prima colazione e il 28 per cento la fa in maniera non adeguata, l'82 per cento fa una merenda a scuola qualitativamente non corretta, il 23 per cento dei genitori dichiara che i propri figli non consumano giornalmente frutta e verdura (solo il 2 per cento dei bambini ne mangia più di 4 porzioni al giorno), il 41 per cento dei bambini beve ogni giorno bevande zuccherate (il 17 per cento più di una volta al giorno), solo 1 bambino su 10 ha un livello di attività fisica raccomandato per la sua età, mentre 1 su 2 trascorre più di due ore al giorno davanti al televisore o a videogiochi e ha un televisore in camera. Infine, circa 4 madri su 10



di bambini con sovrappeso/obesità non ritengono che il proprio figlio abbia un peso eccessivo;

come riportato in uno studio pubblicato sull'*International Journal of Food Science and Nutrition*, i bambini (in media) traggono oltre il 40 per cento dell'energia quotidiana dai grassi e, consumano una quantità di frutta e verdura più bassa rispetto a quanto raccomandato dalle linee guida. Come riportato dagli studi « la dieta poco sana comincia già nei primi anni di vita, con un eccesso di proteine, carboidrati semplici, grassi saturi e sodio, e un basso consumo di ferro e fibra alimentare. Se si compara la prevalenza del sovrappeso tra i bambini di sette anni in 17 Paesi europei, l'Italia, assieme alla Grecia e alla Spagna, ha i valori più alti »;

un problema particolarmente grave è quello dell'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;

dai dati pubblicati emerge che chi è obeso in età infantile lo è spesso anche da adulto; aumenta quindi il rischio di sviluppare precocemente fattori di rischio di natura cardiovascolare (ipertensione, malattie coronariche, tendenza all'infarto) e condizioni di alterato metabolismo, come il diabete di tipo 2 o l'ipercolesterolemia;

il problema dell'obesità in pediatria è stato molto studiato, ma gli studi controllati (EBM) sugli interventi esclusivamente medici, come ad esempio le diete, sono stati un fallimento soprattutto nella valutazione delle recidive dopo 3 e 5 anni;

il problema dell'obesità cosiddetta essenziale, cioè senza cause endocrine evidenti, si evidenzia fra i 3 e i 7-8 anni, cioè quando i bimbi sono in carico al pediatra di famiglia, che rileva sistematicamente con le visite filtro il discostamento dalle linee di crescita corrette;

gli studi dimostrano come sia molto importante, se non fondamentale, l'allattamento al seno, ma è necessario che i piccoli pazienti siano seguiti in maniera, corretta nel « periodo critico » (3-8 anni) dai pediatri di famiglia, che devono poter avere facile accesso ad accertamenti di II livello in maniera rapida e diretta, evitando i cronici tempi di latenza di 6 mesi,

impegna il Governo:

- 1) a predisporre iniziative affinché siano mantenute e potenziate le visite « filtro » effettuate dai pediatri per tutti i bambini (0-14) e siano predisposti protocolli che prevedano contatti con gli specialisti ospedalieri, con gli insegnanti, al fine di programmi condivisi di educazione alimentare e di avvio all'attività motoria, e con le società sportive per offrire strumenti di intervento anche mirato;
- 2) a predisporre strumenti normativi che facilitino la presa in carico del bambino obeso o in sovrappeso che necessiti di cure primarie-cure ospedaliere come previsto dalla legge della regione Lombardia di evoluzione del sistema socio sanitario lombardo n. 23 del 2015;
- 3) a promuovere, attraverso strumenti divulgativi, uno stile alimentare più corretto finalizzato ad una concreta essenzialità, al fine di rendere l'opzione dell'alimentazione più sana la più semplice.

(1-01441) « Rondini, Fedriga, Allasia, Attaguile, Borghesi, Bossi, Busin, Caparini, Castiello, Giancarlo Giorgetti, Grimoldi, Guidesi, Invernizzi, Molteni, Pagano, Picchi, Gianluca Pini, Saltamartini, Simonetti ».

(Mozione non iscritta all'ordine del giorno ma vertente su materia analoga).

La Camera,

premessi che:

nell'ultimo rapporto predisposto dalla commissione incaricata dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) di formulare proposte per fermare l'obesità infantile viene sottolineato che molti bambini oggi crescono in ambienti sempre più insalubri, che favoriscono l'aumento di peso, grazie alla globalizzazione e all'urbanizzazione. Si tratta di una tendenza che riguarda tutte le fasce sociali sia nelle nazioni povere sia in quelle ricche. Il fattore che più incide nei Paesi in via di sviluppo è la diffusione dai cibi malsani e di bevande analcoliche;

secondo i dati, tra il 1990 e il 2014, la percentuale di bambini di età inferiore ai cinque anni in sovrappeso è passata dal 4,8 per cento al 6,1 per cento, il che significa, in numeri assoluti, da 31 a 41 milioni. Durante lo stesso periodo, nei paesi a basso o medio reddito il numero di bambini in sovrappeso è più che raddoppiato, passando da 7,5 milioni a 15,5 milioni. Sulla base dei dati 2014, quasi la metà (48 per cento) di tutti i bambini con meno di cinque anni in sovrappeso e obesi vive in Asia e un quarto in Africa (il numero è quasi raddoppiato, rispetto al 1990, passando da 5,4 milioni a 10,3 milioni);

il rapporto dell'Oms formula una serie di raccomandazioni rivolte ai Governi, per invertire la tendenza. Si tratta di promuovere l'assunzione di cibi sani e di scoraggiare il *junk food* mediante una tassazione efficace sulle bevande zuccherate, predisponendo anche dei limiti anche al *marketing*;

in merito all'educazione e all'informazione delle persone, l'Oms afferma che la cultura della nutrizione e della salute dovrebbero far parte dell'istruzione scolastica, facendo in modo che le informazioni e le linee guida nutrizionali siano diffuse in modo semplice, comprensibile e accessibile a tutti i gruppi sociali. Un supporto agli sforzi di alfabetizzazione in materia di

nutrizione e salute potrebbe venire dall'adozione di un sistema standardizzato di etichetta nutrizionale, obbligatoria per alimenti confezionati e bevande. Un sistema di etichettatura facile da capire, come quello basato sui colori del semaforo o sulla classificazione a stelle, viene ritenuto un aiuto, seppur di per sé non sufficiente, all'educazione nutrizionale;

per i bambini delle scuole primarie (6-10 anni), si stima un 24 per cento di bimbi in sovrappeso e un 12 per cento obeso. Fra gli aspetti più critici rilevati vale la pena citare che l'11 per cento dei bambini non fa la prima colazione e il 28 per cento la fa in maniera non adeguata, l'82 per cento fa una merenda a scuola qualitativamente non corretta, il 23 per cento dei genitori dichiara che i propri figli non consumano giornalmente frutta e verdura (solo il 2 per cento dei bambini ne mangia più di 4 porzioni al giorno), il 41 per cento dei bambini beve ogni giorno bevande zuccherate (il 17 per cento più di una volta al giorno), solo 1 bambino su 10 ha un livello di attività fisica raccomandato per la sua età, mentre 1 su 2 trascorre più di due ore al giorno davanti al televisore o a videogiochi e ha un televisore in camera. Infine, circa 4 madri su 10 di bambini con sovrappeso/obesità non ritengono che il proprio figlio abbia un peso eccessivo;

come riportato in uno studio pubblicato sull'*International Journal of Food Science and Nutrition*, i bambini (in media) traggono oltre il 40 per cento dell'energia quotidiana dai grassi e, consumano una quantità di frutta e verdura più bassa rispetto a quanto raccomandato dalle linee guida. Come riportato dagli studi « la dieta poco sana comincia già nei primi anni di vita, con un eccesso di proteine, carboidrati semplici, grassi saturi e sodio, e un basso consumo di ferro e fibra alimentare. Se si compara la prevalenza del sovrappeso tra i bambini di sette anni in 17 Paesi europei, l'Italia, assieme alla Grecia e alla Spagna, ha i valori più alti »;

un problema particolarmente grave è quello dell'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;

dai dati pubblicati emerge che chi è obeso in età infantile lo è spesso anche da adulto; aumenta quindi il rischio di sviluppare precocemente fattori di rischio di natura cardiovascolare (ipertensione, malattie coronariche, tendenza all'infarto) e condizioni di alterato metabolismo, come il diabete di tipo 2 o l'ipercolesterolemia;

il problema dell'obesità in pediatria è stato molto studiato, ma gli studi controllati (EBM) sugli interventi esclusivamente medici, come ad esempio le diete, sono stati un fallimento soprattutto nella valutazione delle recidive dopo 3 e 5 anni;

il problema dell'obesità cosiddetta essenziale, cioè senza cause endocrine evidenti, si evidenzia fra i 3 e i 7-8 anni, cioè quando i bimbi sono in carico al pediatra di famiglia, che rileva sistematicamente con le visite filtro il discostamento dalle linee di crescita corrette;

gli studi dimostrano come sia molto importante, se non fondamentale, l'allattamento al seno, ma è necessario che i piccoli pazienti siano seguiti in maniera corretta nel « periodo critico » (3-8 anni) dai pediatri di famiglia, che devono poter avere facile accesso ad accertamenti di II livello in maniera rapida e diretta, evitando i cronici tempi di latenza di 6 mesi,

impegna il Governo:

1) a valutare l'opportunità di predisporre iniziative affinché siano mantenute e potenziate le visite « filtro » effettuate dai pediatri per tutti i bambini (0-14) e siano predisposti protocolli che prevedano contatti con gli specialisti ospedalieri, con gli insegnanti, al fine di programmi condivisi di educazione alimentare e di avvio all'attività motoria, e con le società sportive per offrire strumenti di intervento anche mirato;

2) a valutare l'opportunità di predisporre strumenti normativi che facilitino la presa in carico del bambino obeso o in sovrappeso che necessiti di cure primarie-cure ospedaliere come previsto dalla legge della regione Lombardia di evoluzione del sistema socio sanitario lombardo n. 23 del 2015;

3) a promuovere, attraverso strumenti divulgativi, uno stile alimentare più corretto finalizzato ad una concreta essenzialità, al fine di rendere l'opzione dell'alimentazione più sana la più semplice.

(1-01441) (*Testo modificato nel corso della seduta*) « Rondini, Fedriga, Allasia, Attaguile, Borghesi, Bossi, Busin, Caparini, Castiello, Giancarlo Giorgetti, Grimoldi, Guidesi, Invernizzi, Molteni, Pagano, Picchi, Gianluca Pini, Saltamartini, Simonetti ».

(*Mozione non iscritta all'ordine del giorno ma vertente su materia analoga*).

La Camera,

premesso che:

l'obesità rappresenta di per sé stessa una « condizione patologica » che richiede un trattamento terapeutico. Già nel secolo scorso le compagnie americane di *life insurance* avevano calcolato con precisione la riduzione di aspettativa di vita dei pazienti sovrappeso e l'avevano correlata all'entità del sovrappeso stesso, modificando in tal modo i premi assicurativi individuali;

le società scientifiche internazionali hanno ormai da tempo trovato una metodica standard di valutazione del sovrappeso, basata sull'eccedenza del BMI (*Body mass index*) rispetto alla norma. In relazione all'entità dell'eccedenza, il paziente viene classificato « sovrappeso (+10-20 per cento) » o « francamente obeso (sopra il 20 per cento di scostamento) »;

le obesità rappresentano una patologia che determina grave e crescente allarme sociale: la loro diffusione tra la popolazione incrementa l'incidenza di una ampia gamma di patologie: da quelle cardiache, vascolari e respiratorie, a quelle oste-articolari, a quelle dismetaboliche, a quelle tumorali;

in alcuni Paesi del mondo (ad esempio, in USA), la diffusione delle obesità sta raggiungendo livelli di guardia sempre più preoccupanti e tali da indurre le autorità sanitarie al lancio di grandi campagne per la prevenzione e l'educazione alla corretta alimentazione;

nella sanità occidentale, i costi sanitari/anno di un gruppo di pazienti obesi sarebbero di circa il 25 per cento superiori rispetto a quelli di un corrispondente gruppo di riferimento normopeso, con carichi economici drammatici per i sistemi di *Welfare* occidentali (solo in Italia, il numero dei pazienti obesi, sfiorerebbe la cifra di 5 milioni);

l'Italia ha vissuto a lungo una situazione di privilegio legata alle abitudini alimentari storiche. In Italia sino agli anni sessanta era diffusissima la cosiddetta «dieta mediterranea», considerata tra le forme più equilibrate di alimentazione, come confermato dal famoso «*Seven Countries Study*» dell'americano Keys (1969), che ha rappresentato una pietra miliare nello studio della corretta alimentazione mondiale;

negli ultimi decenni, anche in Italia, si è verificato un radicale mutamento delle abitudini alimentari generali della popolazione, con progressivo abbandono della classica dieta «mediterranea» e viraggio verso apporti alimentari ipercalorici, poveri di scorie e squilibrati nei rapporti tra zuccheri, grassi e proteine;

la conseguenza è che oggi, anche in Italia è esploso il dramma delle obesità infantili, con indici di prevalenza del sovrappeso nell'età scolare primaria (6-10 anni) che sfiorano il 25 per cento e sfondano il muro del 10 per cento per l'obesità franca;

tali modifiche delle abitudini alimentari sono in parte figlie di complessive modifiche delle abitudini di vita della popolazione, con ricorso sempre più frequente a prodotti preconfezionati o pasti tipo «*fast food*», associati ad uso di bevande gassate zuccherate e a diete molto povere di scorie per la tendenza ad escludere frutta e verdura dalla dieta;

assai spesso il «bambino che mangia male» ha poi complessivi stili di vita non equilibrati: fa poco sport e, oltre alla sedentarietà dell'attività scolastica, trascorre diverse ore al giorno davanti al computer, al televisore e ai videogiochi. Sempre più spesso è figlio di genitori «sovrappeso o obesi», che danno poca o nessuna importanza alla situazione di sovrappeso del figlio;

la conseguenza dell'abbandono della dieta mediterranea e del mutamento degli stili di vita è facilmente visibile per le strade italiane dove ormai è sempre più diffuso il «paesaggio antropico americano» rappresentato dalle famiglie con genitori obesi che portano a spasso figli altrettanto sovrappeso;

sarebbe davvero difficile (e ingiusto) individuare un «responsabile unico» del peggioramento delle abitudini alimentari nel nostro Paese: la stessa industria alimentare tende ad «secondare» le nuove richieste del mercato, restando, tuttavia, sempre sensibile a tutti gli «allarmi sanitari», anche a quelli che appaiono meno giustificati;

le stesse «campagne contro» che ciclicamente vengono scatenate per «impallinare» qualche ingrediente alimentare (l'ultima in ordine di tempo è stata quella, contro l'utilizzo dell'olio di palma) certificano in realtà l'atteggiamento dell'opinione pubblica italiana, talora più propenso ad individuare «nemici mortali», da inserire in improbabili liste di proscrizione, che risolvano miracolosamente tutti i problemi, piuttosto che ad accettare un'analisi ragionata della situazione, che suggerisca rimedi assai meno immediati e semplici, ma sicuramente più efficaci;

tutte le indicazioni delle società scientifiche concordano invece — come si è già spiegato — nell'indicare la genesi « plurifattoriale » dell'obesità che, pertanto, non può essere trattata e liquidata come un fenomeno facilmente aggredibile, ma deve invece essere trattata culturalmente, socialmente, e sotto il profilo sanitario con la piena consapevolezza del necessario approccio multifattoriale;

al netto delle obesità correlate a patologie disfunzionali della sfera, endocrina o comunque conseguenza diretta o indiretta di condizioni fisiche particolari, è del tutto evidente come le motivazioni psico-comportamentali rappresentino il *trigger* più frequente della patologia da accumulo di peso;

è indubbio che le azioni di « educazione alimentare » abbiano una grande importanza, in particolar modo se rivolte alla corretta alimentazione dell'età perinatale e pediatrica, che è quella in cui maggiormente pesa l'atteggiamento culturale delle famiglie;

alla « cultura nutrizionale » deve peraltro essere associato una altrettanto ottimale cultura « della salute corporea » che indichi un « *goal standard* » nel mantenimento del corretto peso corporeo a tutte le età anagrafiche, ma in modo particolare in quella infantile, dove è alto il rischio dello sviluppo della obesità un tempo definita, iperplastica, quella più difficile da trattare;

ciò significa che la cultura dell'apporto calorico quantitativo e qualitativo equilibrato in età infantile deve andare di pari passo con la cultura dello sport e del movimento, che già nelle scuole dell'infanzia e nelle alimentari dovrebbe costituire un elemento fondamentale del *background* educativo;

il sovrappeso in età infantile rischia infatti assai spesso di innescare un ulteriore « circolo vizioso » per cui il bambino che si sente « inadatto » alla socializzazione con i propri coetanei, sceglie comportamenti di autoesclusione, dedicando il

proprio tempo ad attività isolate e sedentarie che riducono i consumi calorici e stimolano il ricorso « consolatorio » all'importo smodato di cibo;

l'indirizzo organizzativo verso il tempo prolungato della scuola italiana comporta il sempre più frequente ricorso alla refezione scolastica, che dovrebbe pertanto rappresentare un momento di collaborazione e di integrazione tra le famiglie e il sistema dell'istruzione, rivolto a garantire apporti alimentari bilanciati ed equilibrati con gli introiti della restante giornata;

non può certo essere trascurato l'intervento psicologico di supporto; prescindendo dai non rari casi in cui i disturbi dell'alimentazione configurano vere e proprie patologie psichiche, è del tutto evidente come l'orientamento ad un adeguato percorso dietetico e di nutrizione passa sempre attraverso una crescita di consapevolezza delle famiglie e dei bambini, sostenuta da momenti collettivi ed individuali di supporto psicologico finalizzati alla creazione di « modelli complessivi » di nuovi stili di vita accettati (e talora controdeduttivi) e di percorsi individuali di consolidamento;

molto spesso l'obesità diventa una patologia sociale che non coinvolge soltanto il bambino (o l'adulto) che ne viene colpito, ma l'intero ambiente familiare e sociale di riferimento;

in definitiva, la sconfitta dell'obesità non è mai in un trattamento terapeutico e dietetico « temporaneo », ma è nell'acquisizione di regole esistenziali ed alimentari destinate a durare nel tempo, proteggendo il bambino e l'adulto dal rischio di altalene di peso; nocive sotto tutti i punti di vista,

impegna il Governo:

- 1) ad attivare tutte le possibili azioni di prevenzione contro il sovrappeso, in particolare verso quello che colpisce le età infantili;

- 2) a promuovere campagne di sensibilizzazione delle famiglie sui rischi del sovrappeso e sui corretti stili alimentari e di vita, in particolare insistendo sull'adeguatezza degli apporti alimentari qualitativi e quantitativi in età prescolare;
- 3) ad assumere iniziative per introdurre nelle scuole l'insegnamento dei corretti stili di vita che consenta di orientare i bambini e i giovani verso abitudini coerenti con la difesa della salute fisica e psichica;
- 4) a promuovere l'attivazione di ogni possibile rapporto di collaborazione tra le scuole e le famiglie, orientato ad integrare l'alimentazione offerta dalla refezione scolastica nella dieta quotidiana equilibrata del bambino;
- 5) a garantire attività motorie e sportive scolastiche degne di tal norme, combattendo la esagerata tendenza alla sedentarietà degli stili di vita in età infantile;
- 6) a garantire servizi scolastici sanitari e di supporto psicosociale che consentano il monitoraggio complessivo e l'intercettamento precoce della patologia da sovrappeso e il conseguente indirizzo verso stili comportamentali alimentari ed essenziali che abbassino il rischio;
- 7) a potenziare le azioni di « presa in carico » complessiva delle famiglie a rischio di obesità per monitorarne i comportamenti e per supportarne i percorsi di rieducazione.

(1-01442) « Vargiu, Monchiero, Quintarelli, Librandi, Matarrese, Catania, Menorello, Palese ».

(Mozione non iscritta all'ordine del giorno ma vertente su materia analoga).

La Camera,

premesso che:

è già da molto tempo che le autorità sanitarie di molti Paesi, evidenziano la « pericolosità » dello zucchero che viene aggiunto ai cibi, e in particolare nelle merendine, biscotti e bibite gassate, ossia alimenti e bevande destinate soprattutto ai più giovani;

l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ha rivisto le sue linee guida sull'assunzione dello zucchero presente negli alimenti. Le raccomandazioni dell'Oms riguardano in particolare l'assunzione di monosaccaridi (glucosio e fruttosio) e disaccaridi (saccarosio), aggiunti ad alimenti e bevande, e di zuccheri naturalmente presenti in molti alimenti e soprattutto bevande, e prevedono la limitazione dell'assunzione di zuccheri semplici (quali quelli tipici delle merendine) al 10 per cento del fabbisogno calorico giornaliero, con l'esortazione a ridurre ulteriormente questa soglia a meno del 5 per cento. E questo con particolare attenzione ai più giovani;

a queste linee guida dell'Oms, sono seguite le raccomandazioni della « *Food and Drug Administration* » americana, che ha portato in riduzione anche le sue indicazioni;

nonostante questo, e in controtendenza, il Ministero della salute ha dichiarato che le linee guida dell'Oms appaiono eccessivamente restrittive soprattutto allorché propongono una riduzione del consumo di zuccheri semplici al di sotto del 5 per cento, facendo così risultare l'Italia come l'unico Paese dell'Unione europea ad essersi dichiarato in disaccordo con le suddette raccomandazioni;

il 19 novembre 2014, come riportato anche dalle agenzie di stampa, la ministra Lorenzin, parlando a margine della seconda Conferenza internazionale sulla nutrizione, dichiarava riguardo alle citate nuove raccomandazioni dell'Oms sullo zucchero: « No a *diktat* senza base scientifica. È un'aggressione alle nostre tradizioni dolciarie (...) Dobbiamo fare

esattamente l'opposto, cioè proporre il modello della dieta mediterranea, educare famiglie e bambini in età scolare a mangiare bene e anche a fare una giusta attività fisica. Ma non è facendo questo tipo di divieto che noi costruiamo la cultura dell'alimentazione »;

è di questi giorni il Rapporto *Food Sustainability Index* (Fsi), voluto dalla Fondazione Barilla e realizzato da *The Economist Intelligence Unit*. Si tratta di un indice che analizza le scelte alimentari nei vari Paesi, non tanto sulla base del gusto, quanto della sostenibilità dell'intero sistema, con l'analisi di 58 parametri che consentono di capire dove si mangi « meglio ». Per quanto riguarda gli aspetti nutrizionali, siamo il terzo Paese per ipernutrizione e al secondo posto per sovrappeso e obesità nella fascia di età tra i 2 e i 18 anni;

secondo un rapporto dell'Osservatorio del dipartimento di sociologia e ricerca sociale dall'università Milano Bicocca, un bambino su 4 in Italia è sovrappeso, e uno su 10 obeso. La prevalenza di sovrappeso in età pediatrica in Italia supera la media europea, con un tasso di crescita annua dello 0,5-1 per cento, pari a quella degli Stati Uniti;

secondo il Rapporto « *Fiscal policies for Diet and Prevention of Noncommunicable Diseases* (Ncds) » dell'Oms, indagini alimentari nazionali indicano che le bevande e gli alimenti ad alto contenuto di zuccheri liberi possono essere una delle principali fonti di calorie inutili nella dieta, in particolare nel caso di bambini, adolescenti e giovani adulti;

il medesimo rapporto mostra come un aumento di almeno il 20 per cento del prezzo di vendita al dettaglio di bevande zuccherate si tradurrebbe in una riduzione proporzionale dei consumi. E un calo del consumo significherebbe minore assunzione di zuccheri « liberi » e calorie complessive, una migliore nutrizione e un minor numero di persone che soffrono di sovrappeso, obesità, diabete e carie. Vale la pena ricordare che il consumo dei

suddetti zuccheri liberi incide molto sull'aumento globale delle persone che soffrono di obesità e diabete;

un certo numero di Paesi ha già adottato misure fiscali sui prodotti non salutari, tra cui il Messico, che ha imposto una tassa sulle bevande non alcoliche con aggiunta di zucchero, e l'Ungheria, che l'ha impostata sui prodotti confezionati con elevata percentuale di zuccheri, sale o livelli di caffeina. Il Regno Unito e l'Irlanda del Nord hanno annunciato l'intenzione di applicare le tasse sulle bevande zuccherate;

un ulteriore aspetto importante è quello che inevitabilmente lega l'alimentazione al disagio sociale ed economico. Proprio due anni fa la Commissione parlamentare per l'infanzia e l'adolescenza ha approvato il documento conclusivo dell'indagine conoscitiva sulla povertà e il disagio minorile, dove si segnalava la diffusione di due fattori di rischio molto significativi per la salute dei minori: l'obesità e il sovrappeso, e come questi fattori di rischio risultassero strettamente correlati al concetto di povertà come assenza o carenza di opportunità. Ciò comporta, tra l'altro, che il divario sociale si traduce in un divario di salute;

una criticità, emersa nel corso dell'indagine conoscitiva sopra citata, ha riguardato le mense scolastiche, che spesso risultano scarsamente accessibili ai minori che vivono in nuclei familiari con difficoltà economiche. Sotto questo aspetto è stata sottolineata l'opportunità di offrire un servizio gratuito alle famiglie e ai bambini in condizioni di povertà certificata;

il documento conclusivo della commissione parlamentare, ha quindi evidenziato come le regioni del Sud hanno una quota decisamente più alta di cittadini e bambini obesi o in sovrappeso, quindi a rischio di ammalarsi di diabete. Il documento conclusivo ricorda come « nelle regioni del Sud, quindi, tende ad affermarsi un modello nutrizionale sempre più simile a quello esistente nei Paesi del Sud del mondo, in cui si abbandona la tradizione

alimentare nazionale a favore di un consumo eccessivo dal cosiddetto *funk food*, il cibo ipercalorico a scarso valore nutrizionale, che però vanta un costo basso »;

proprio con riferimento ai cibi « spazzatura » (*junkfood*), non può non rilevarsi come la pubblicità di detti cibi « spazzatura », rivolta anche ai bambini, contribuisce all'eccessivo consumo di *snack* nell'alimentazione quotidiana che ha snaturato la cultura del rispetto e della conservazione del cibo, che è stata falsata dalla grandi aziende multinazionali nella composizione dei valori nutrizionali come, per esempio, nell'alterazione del contenuto dei grassi, degli zuccheri e del sale, al fine di rendere il cibo « appetitoso » e maggiormente prossimo al consumo immediato;

sarebbe invece necessario incentivare l'alimentazione di qualità e a minor impatto ambientale;

per ottenere cambiamenti durevoli è necessario anche un approccio finalizzato all'adozione di comportamenti alimentari corretti e al cambiamento degli stili di vita. E sotto questo aspetto un ruolo decisivo può e deve essere svolto dalla scuola;

vale ricordare che circa l'11 per cento dei bambini non fa la prima colazione e il 28 per cento la fa in maniera non adeguata, l'82 per cento fa una merenda a scuola qualitativamente non corretta, il 41 per cento dei bambini beve ogni giorno bevande zuccherate. Così come è importante educare i bambini fin da piccoli alla pratica dello sport;

è peraltro indispensabile prestare maggiore attenzione ai crescenti disturbi del comportamento alimentare. Spesso i primi sintomi di questi disturbi insorgono proprio in età evolutiva. In questi anni si è registrato un aumento del tasso di incidenza e, contemporaneamente, un abbassamento dell'età di insorgenza di questi fenomeni. Anche in questo caso è fondamentale il ruolo che può essere svolto dalle scuole, anche alla luce del fatto che

questi disturbi non riguardano più solo gli adolescenti, ma che si stiano diffondendo anche in età pre-adolescenziale;

una corretta educazione alimentare attraverso un'appropriata conoscenza dei principi alimentari e la promozione di un sano rapporto con il cibo, aiuterebbe i ragazzi a sviluppare consapevolezza critica verso messaggi mediatici sbagliati che associano bellezza e magrezza, e li accompagnerebbe verso un equilibrato sviluppo e un benessere psico-fisico. Mirati progetti nelle scuole e campagne di sensibilizzazione servirebbero a prevenire anche queste patologie sempre più diffuse,

impegna il Governo

- 1) a promuovere iniziative per le raccomandazioni contenute nelle linee guida emanate dall'Organizzazione mondiale della sanità di cui in premessa, sulla riduzione dello zucchero presente negli alimenti, con particolare riferimento ai consumatori più giovani;
- 2) ad avviare tutte le iniziative utili volte a prevedere la gratuità dei percorsi e degli approfondimenti diagnostici e di prevenzione dell'obesità a favore dei minori;
- 3) ad assumere le opportune iniziative al fine di migliorare l'etichettatura nutrizionale dei prodotti alimentari, rendendo più facile la lettura delle etichette e più intelligibili le informazioni, con particolare riguardo ai contenuti in grassi, grassi saturi, zuccheri, sale;
- 4) a prevedere l'avvio di campagne di educazione alimentare e di informazione sull'importanza dei comportamenti alimentari corretti e di una alimentazione di qualità, nonché sul tema degli sprechi alimentari;
- 5) ad assumere iniziative per prevedere opportune forme di disincentivazione,



anche attraverso il ricorso alla leve fiscale, del cosiddetto *junk food*, o cibo « spazzatura »;

- 6) ad avviare le iniziative necessarie, anche prevedendo lo stanziamento di risorse finanziarie quale contributo a favore degli enti locali, volte a favorire l'utilizzo di alimenti di qualità, di prodotti biologici e degli alimenti a filiera corta nelle mense scolastiche, in conseguenza della loro migliore qualità e dei loro maggiori benefici ambientali;
- 7) a predisporre più efficaci iniziative per la lotta alla deprivazione alimentare, e per il diritto al cibo di qualità, anche attivandosi, d'intesa con gli enti territoriali, al fine di garantire il servizio della mensa scolastica gratuita per le famiglie e ai bambini in condizioni di povertà certificata;
- 8) ad avviare opportuni progetti di sensibilizzazione nelle scuole, per favorire un'appropriata conoscenza dei principi alimentari e la promozione di un sano rapporto con il cibo, nonché per sviluppare consapevolezza critica verso messaggi mediatici sbagliati che associano bellezza e magrezza, e che possono favorire i disturbi del comportamento alimentare.

(1-01443) « Nicchi, Gregori, Pannarale, Airaudo, Franco Bordo, Costantino, D'Attorre, Duranti, Daniele Farina, Fassina, Fava, Ferrara, Folino, Fratianni, Carlo Galli, Giancarlo Giordano, Kronbichler, Marcon, Martelli, Melilla, Paglia, Palazzotto, Pellegrino, Piras, Placido, Quaranta, Ricciatti, Sannicandro, Scotto, Zarratti ».

(*Mozione non iscritta all'ordine del giorno ma vertente su materia analoga.*)

La Camera,

premessi che:

è già da molto tempo che le autorità sanitarie di molti Paesi, evidenziano la « pericolosità » dello zucchero che viene aggiunto ai cibi, e in particolare nelle merendine, biscotti e bibite gassate, ossia alimenti e bevande destinate soprattutto ai più giovani;

l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ha rivisto le sue linee guida sull'assunzione dello zucchero presente negli alimenti. Le raccomandazioni dell'Oms riguardano in particolare l'assunzione di monosaccaridi (glucosio e fruttosio) e disaccaridi (saccarosio), aggiunti ad alimenti e bevande, e di zuccheri naturalmente presenti in molti alimenti e soprattutto bevande, e prevedono la limitazione dell'assunzione di zuccheri semplici (quali quelli tipici delle merendine) al 10 per cento del fabbisogno calorico giornaliero, con l'esortazione a ridurre ulteriormente questa soglia a meno del 5 per cento. E questo con particolare attenzione ai più giovani;

a queste linee guida dell'Oms, sono seguite le raccomandazioni della « *Food and Drug Administration* » americana, che ha portato in riduzione anche le sue indicazioni;

nonostante questo, e in controtendenza, il Ministero della salute ha dichiarato che le linee guida dell'Oms appaiono eccessivamente restrittive soprattutto allorché propongono una riduzione del consumo di zuccheri semplici al di sotto del 5 per cento, facendo così risultare l'Italia come l'unico Paese dell'Unione europea ad essersi dichiarato in disaccordo con le suddette raccomandazioni;

il 19 novembre 2014, come riportato anche dalle agenzie di stampa, la ministra Lorenzin, parlando a margine della seconda Conferenza internazionale sulla nutrizione, dichiarava riguardo alle citate nuove raccomandazioni dell'Oms sullo zucchero: « No a *diktat* senza base scientifica. È un'aggressione alle nostre tradizioni dolciarie (...) Dobbiamo fare

esattamente l'opposto, cioè proporre il modello della dieta mediterranea, educare famiglie e bambini in età scolare a mangiare bene e anche a fare una giusta attività fisica. Ma non è facendo questo tipo di divieto che noi costruiamo la cultura dell'alimentazione »;

è di questi giorni il Rapporto *Food Sustainability Index* (Fsi), voluto dalla Fondazione Barilla e realizzato da *The Economist Intelligence Unit*. Si tratta di un indice che analizza le scelte alimentari nei vari Paesi, non tanto sulla base del gusto, quanto della sostenibilità dell'intero sistema, con l'analisi di 58 parametri che consentono di capire dove si mangi « meglio ». Per quanto riguarda gli aspetti nutrizionali, siamo il terzo Paese per ipernutrizione e al secondo posto per sovrappeso e obesità nella fascia di età tra i 2 e i 18 anni;

secondo un rapporto dell'Osservatorio del dipartimento di sociologia e ricerca sociale dall'università Milano Bicocca, un bambino su 4 in Italia è sovrappeso, e uno su 10 obeso. La prevalenza di sovrappeso in età pediatrica in Italia supera la media europea, con un tasso di crescita annua dello 0,5-1 per cento, pari a quella degli Stati Uniti;

secondo il Rapporto « *Fiscal policies for Diet and Prevention of Noncommunicable Diseases* (NcDs) » dell'Oms, indagini alimentari nazionali indicano che le bevande e gli alimenti ad alto contenuto di zuccheri liberi possono essere una delle principali fonti di calorie inutili nella dieta, in particolare nel caso di bambini, adolescenti e giovani adulti;

il medesimo rapporto mostra come un aumento di almeno il 20 per cento del prezzo di vendita al dettaglio di bevande zuccherate si tradurrebbe in una riduzione proporzionale dei consumi. E un calo del consumo significherebbe minore assunzione di zuccheri « liberi » e calorie complessive, una migliore nutrizione e un minor numero di persone che soffrono di sovrappeso, obesità, diabete e carie. Vale la pena ricordare che il consumo dei

suddetti zuccheri liberi incide molto sull'aumento globale delle persone che soffrono di obesità e diabete;

un certo numero di Paesi ha già adottato misure fiscali sui prodotti non salutari, tra cui il Messico, che ha imposto una tassa sulle bevande non alcoliche con aggiunta di zucchero, e l'Ungheria, che l'ha impostata sui prodotti confezionati con elevata percentuale di zuccheri, sale o livelli di caffeina. Il Regno Unito e l'Irlanda del Nord hanno annunciato l'intenzione di applicare le tasse sulle bevande zuccherate;

un ulteriore aspetto importante è quello che inevitabilmente lega l'alimentazione al disagio sociale ed economico. Proprio due anni fa la Commissione parlamentare per l'infanzia e l'adolescenza ha approvato il documento conclusivo dell'indagine conoscitiva sulla povertà e il disagio minorile, dove si segnalava la diffusione di due fattori di rischio molto significativi per la salute dei minori: l'obesità e il sovrappeso, e come questi fattori di rischio risultassero strettamente correlati al concetto di povertà come assenza o carenza di opportunità. Ciò comporta, tra l'altro, che il divario sociale si traduce in un divario di salute;

una criticità, emersa nel corso dell'indagine conoscitiva sopra citata, ha riguardato le mense scolastiche, che spesso risultano scarsamente accessibili ai minori che vivono in nuclei familiari con difficoltà economiche. Sotto questo aspetto è stata sottolineata l'opportunità di offrire un servizio gratuito alle famiglie e ai bambini in condizioni di povertà certificata;

il documento conclusivo della commissione parlamentare, ha quindi evidenziato come le regioni del Sud hanno una quota decisamente più alta di cittadini e bambini obesi o in sovrappeso, quindi a rischio di ammalarsi di diabete. Il documento conclusivo ricorda come « nelle regioni del Sud, quindi, tende ad affermarsi un modello nutrizionale sempre più simile a quello esistente nei Paesi del Sud del mondo, in cui si abbandona la tradizione

alimentare nazionale a favore di un consumo eccessivo dal cosiddetto *funk food*, il cibo ipercalorico a scarso valore nutrizionale, che però vanta un costo basso »;

proprio con riferimento ai cibi « spazzatura » (*junkfood*), non può non rilevarsi come la pubblicità di detti cibi « spazzatura », rivolta anche ai bambini, contribuisce all'eccessivo consumo di *snack* nell'alimentazione quotidiana che ha snaturato la cultura del rispetto e della conservazione del cibo, che è stata falsata dalla grandi aziende multinazionali nella composizione dei valori nutrizionali come, per esempio, nell'alterazione del contenuto dei grassi, degli zuccheri e del sale, al fine di rendere il cibo « appetitoso » e maggiormente prossimo al consumo immediato;

sarebbe invece necessario incentivare l'alimentazione di qualità e a minor impatto ambientale;

per ottenere cambiamenti durevoli è necessario anche un approccio finalizzato all'adozione di comportamenti alimentari corretti e al cambiamento degli stili di vita. E sotto questo aspetto un ruolo decisivo può e deve essere svolto dalla scuola;

vale ricordare che circa l'11 per cento dei bambini non fa la prima colazione e il 28 per cento la fa in maniera non adeguata, l'82 per cento fa una merenda a scuola qualitativamente non corretta, il 41 per cento dei bambini beve ogni giorno bevande zuccherate. Così come è importante educare i bambini fin da piccoli alla pratica dello sport;

è peraltro indispensabile prestare maggiore attenzione ai crescenti disturbi del comportamento alimentare. Spesso i primi sintomi di questi disturbi insorgono proprio in età evolutiva. In questi anni si è registrato un aumento del tasso di incidenza e, contemporaneamente, un abbassamento dell'età di insorgenza di questi fenomeni. Anche in questo caso è fondamentale il ruolo che può essere svolto dalle scuole, anche alla luce del fatto che

questi disturbi non riguardano più solo gli adolescenti, ma che si stiano diffondendo anche in età pre-adolescenziale;

una corretta educazione alimentare attraverso un'appropriata conoscenza dei principi alimentari e la promozione di un sano rapporto con il cibo, aiuterebbe i ragazzi a sviluppare consapevolezza critica verso messaggi mediatici sbagliati che associano bellezza e magrezza, e li accompagnerebbe verso un equilibrato sviluppo e un benessere psico-fisico. Mirati progetti nelle scuole e campagne di sensibilizzazione servirebbero a prevenire anche queste patologie sempre più diffuse,

impegna il Governo

- 1) a promuovere iniziative per le raccomandazioni contenute nelle linee guida emanate dall'Organizzazione mondiale della sanità di cui in premessa, sulla riduzione dello zucchero presente negli alimenti, con particolare riferimento ai consumatori più giovani;
- 2) ad avviare tutte le iniziative utili volte a prevedere la gratuità dei percorsi e degli approfondimenti diagnostici e di prevenzione dell'obesità a favore dei minori;
- 3) a prevedere l'avvio di campagne di educazione alimentare e di informazione sull'importanza dei comportamenti alimentari corretti e di una alimentazione di qualità, nonché sul tema degli sprechi alimentari;
- 4) a valutare la possibilità di assumere iniziative per prevedere opportune forme di disincentivazione, anche attraverso il ricorso alla leve fiscale, del cosiddetto *junk food*, o cibo « spazzatura »;
- 5) a valutare la possibilità di avviare le iniziative necessarie, anche prevedendo lo stanziamento di risorse finanziarie quale contributo a favore degli enti locali, volte a favorire l'utilizzo di alimenti di qualità, di prodotti

biologici e degli alimenti a filiera corta nelle mense scolastiche, in conseguenza della loro migliore qualità e dei loro maggiori benefici ambientali;

- 6) a predisporre più efficaci iniziative per la lotta alla deprivazione alimentare, e per il diritto al cibo di qualità, anche attivandosi, d'intesa con gli enti territoriali, al fine di garantire il servizio della mensa scolastica gratuita per le famiglie e ai bambini in condizioni di povertà certificata;
- 7) ad avviare opportuni progetti di sensibilizzazione nelle scuole, per favorire un'appropriata conoscenza dei principi alimentari e la promozione di un sano rapporto con il cibo, nonché per sviluppare consapevolezza critica verso messaggi mediatici sbagliati che associano bellezza e magrezza, e che possono favorire i disturbi del comportamento alimentare.

(1-01443) *(Testo modificato nel corso della seduta, come risultante dalla votazione per parti separate)*  
« Nicchi, Gregori, Pannarale, Airaudo, Franco Bordo, Costantino, D'Attorre, Duranti, Daniele Farina, Fassina, Fava, Ferrara, Folino, Fratianni, Carlo Galli, Giancarlo Giordano, Kronbichler, Marcon, Martelli, Melilla, Paglia, Palazzotto, Pellegrino, Piras, Placido, Quaranta, Ricciatti, Sannicandro, Scotto, Zarratti ».

*(Mozione non iscritta all'ordine del giorno ma vertente su materia analoga).*

La Camera,

premessi che:

L'obesità infantile (OI) può essere considerata a buon diritto come una piaga del 21° secolo, che si è manifestata in un solo cambio generazionale. Stando alle cifre, l'obesità infantile rappresenta il pa-

radosso dei nostri tempi: 60 miliardi di euro per ipernutrirci, 30 miliardi di euro in messaggi dei *mass media* per convincerci a mangiare cibo ipercalorico e 45 miliardi di euro in attività fisiche o diete per ridurre i guasti. Il cambio di abitudini alimentari rappresenta la più radicale trasformazione ambientale degli ultimi 50 anni;

in Italia, l'elevato incremento del fenomeno dell'obesità nei fanciulli attorno ai 6 anni impone l'adozione di programmi di prevenzione precoce. Urge un'attività di sensibilizzazione dei genitori attraverso semplici azioni preventive per ridurre la prevalenza di eccesso ponderale, azioni basate ovviamente su evidenze scientifiche. La Società Italiana di Pediatria (SIP), la Società di Pediatria Preventiva e Sociale (SIPPS) insieme al Ministero della Salute con il Progetto « MiVoglioBene » hanno da tempo individuato dieci azioni di prevenzione primaria, da attuare in sinergia tra genitori e pediatri sin dai primi giorni di vita del bambino: 6 azioni riguardano la nutrizione (allattamento al seno esclusivo per almeno 6 mesi, svezzamento a partire dai 6 mesi, apporto proteico controllato nei primi 2 anni, esclusione di bevande contenenti calorie, eliminazione del biberon dai 24 mesi, uso di un atlante fotografico delle porzioni alimentari corrette), 3 riguardano lo stile di vita (mezzi di trasporto, giochi di movimento, controllo della sedentarietà), solo 1 riguarda l'identificazione preventiva dell'insorgenza di un « precoce aumento dell'adiposità (*early adiposity rebound*) » tramite il controllo della curva della crescita e dell'indice della massa corporea (curva del BMI: *body mass index*);

dal punto di vista epidemiologico l'obesità è il disturbo nutrizionale più frequente nei Paesi occidentali. 41 milioni di bambini sotto i 5 anni in sovrappeso e obesi. In Asia quasi la metà, il 25 per cento in Africa. Ma anche i paesi ad alto reddito non se la passano meglio. Il rapporto della commissione ECHO (*Ending Childhood Obesity*) dell'Organizzazione mondiale della sanità, frutto di due anni di

lavoro e presentato in gennaio 2016, disegna uno scenario inquietante, soprattutto nei paesi in via di sviluppo: dal 1990 al 2014, infatti, il numero di bambini in sovrappeso è raddoppiato da 7,5 a 15,5 milioni;

in una recente indagine statistica condotta in Italia dall'istituto nazionale della nutrizione e dall'ISTAT, si rileva che circa il 25 per cento della popolazione infantile italiana è in sovrappeso. La prevalenza del sovrappeso infantile ha mostrato un lento e progressivo incremento negli anni. Si è passati dal 6 per cento degli anni '60 al 15 per cento degli anni '80, al 20 per cento degli anni '90, al 25 per cento degli anni dopo il 2000. Si rileva un continuo incremento di questa percentuale: il dato più allarmante è che l'obesità comparsa nell'età evolutiva persista nell'età adulta in una percentuale variabile dal 40 per cento al 60 per cento. La persistenza di obesità nell'età adulta dipende da diversi fattori che includono età d'insorgenza, grado di obesità e presenza di obesità in almeno uno dei genitori;

quanto ai fattori di rischio, attualmente, la prevalenza di sovrappeso e obesità infantile a 6 anni in Italia è paragonabile a quella delle età successive (circa il 25 per cento); non ci sono differenze significative tra i sessi, mentre invece ci sono variazioni significative tra le diverse aree geografiche. La prevenzione, per essere efficace, è bene che cominci nei primissimi anni di vita, se non già dalla nascita;

i principali fattori di rischio per l'obesità infantile sono stati identificati dagli studi scientifici e sono classificabili in fattori familiari e individuali. Tra i fattori familiari, i più importanti sono la presenza di obesità nei genitori e lo stile di vita familiare. Tra quelli individuali, c'è una scorretta alimentazione nei primissimi anni (iper calorica, eccesso di proteine, grassi e zuccheri semplici) e un eccesso di attività sedentaria associato a una riduzione dell'attività motoria;

quanto alla prevenzione primaria i programmi preventivi adottati hanno

avuto scarso successo in quanto, indirizzati prevalentemente o unicamente alla classe medica, sono riusciti a coinvolgere minimamente le altre componenti sociali (famiglia, scuola, media, istituzioni, aziende commerciali). Solo azioni coordinate, nell'ambito di campagne a largo raggio, possono avere *chance* di successo. Senza però dimenticare che i giovani oggi sono circondati da un ambiente che è stato definito: « tossico ed obesigenico », per cui non è sufficiente un intervento sul singolo bambino, ma occorre innestare un processo positivo di ecologia alimentare, che generi comportamenti corretti ad ampio raggio e favorisca stili di vita più sani, in cui i bambini recuperino il gusto del gioco di movimento, quasi completamente soppiantato dai giochi elettronici;

nella realtà italiana, il pediatra di libera scelta (PLS) può essere una figura cruciale della prevenzione dell'obesità, poiché il suo ruolo è fondamentale nell'acquisizione precoce di corrette abitudini alimentari e stili di vita. Pertanto, rappresenta la figura professionale che possiede i migliori requisiti in questo contesto: in genere conosce bene la famiglia, segue il bambino dalla nascita fino almeno ai 6 anni di vita (età di esclusiva) utilizzando al riguardo i bilanci di salute (8 visite di controllo a tempi codificati nei primi 6 anni di vita), vale a dire momenti istituzionalmente dedicati alla prevenzione. Inoltre, ha ulteriori frequenti occasioni di contatto con il bambino e la sua famiglia per rafforzare il suo ruolo educativo e per interpretare il *pattern* di crescita del bambino, comunicandone ai genitori eventuali deviazioni dalla norma. Il pediatra di libera scelta può diventare con la sua insostituibile presenza l'attore principale nella prevenzione della patologia cronica. Perché ciò si realizzi serve il completamento della « rivoluzione del ruolo », peraltro già in atto negli ultimi anni, che vada oltre la pur indispensabile gestione e cura della patologia acuta e il mero regime dei controlli di *routine*;

sebbene siano noti alla comunità scientifica internazionale i pilastri della

prevenzione precoce dell'obesità, ad oggi nessun progetto è stato applicato su vasta scala ai giovani italiani. Ciò può dipendere anche da lacune organizzative, e la pediatria di libera scelta nel nostro Paese può rappresentare una risorsa non comune. È indubitabile che alcuni pediatri di libera scelta, e forse molti, siano già sensibilizzati al problema e si adoperino attivamente nella pratica quotidiana, in base alle loro conoscenze e abilità individuali. La novità del progetto sussiste nel definire una « finestra » di presunta maggiore efficacia per le singole azioni, differente per ognuna di esse;

dal punto di vista dell'eziopatogenesi, considerando l'alta percentuale di insuccesso a lungo termine nel trattamento dell'obesità in età adulta, è necessario intervenire sui fattori di rischio eziopatogenetici dell'obesità, già nella prima infanzia. Fisiologicamente il bambino mostra una grande stabilità di accrescimento ponderale, staturale e della massa adiposa. Il rapporto dinamico evolutivo tra massa magra e massa grassa è finemente regolato da un sistema integrato di relazioni psico-neuro-endocrino-immunitarie (PNEI), influenzate da: familiarità, scelte alimentari, dispendio energetico e relazioni psico-affettive;

sul piano della familiarità, solo nell'1 per cento dei bambini l'obesità è dipendente da sindrome genetica in senso stretto. Nel 99 per cento dei casi l'obesità infantile è primitiva o essenziale. Per familiarità, si deve intendere l'insieme dei fattori interagenti nell'ambiente familiare, spesso dipendenti dalla presenza di obesità parentale. I dati riportati in letteratura forniscono prove consistenti sul ruolo delle abitudini nutrizionali della famiglia obesa, in relazione all'influenza esercitata dai genitori sull'entità dell'apporto alimentare e sulle scelte alimentari dei figli. L'evenienza di uno o più genitori con eccesso ponderale rappresenta un rischio maggiore di obesità nei figli. La percentuale è del 34 per cento se entrambi i genitori sono obesi; è del 25 per cento se solo uno dei genitori è obeso; scende al 18

per cento se nessuno dei due genitori presenta eccesso ponderale;

L'analisi delle preferenze alimentari del bambino obeso mostra la tendenza ad assumere una quota eccessiva di lipidi, proporzionale al proprio livello di adiposità ed al grado di adiposità riscontrato nella madre. Lo stretto legame che unisce metabolicamente il bambino alla madre inizia già nella vita fetale. La formazione dei centri ipotalamici responsabili della regolazione della fame e sazietà inizia, nel feto, nel 1°-2° trimestre di gravidanza. Nel 3° trimestre il numero degli adipociti aumenta. L'evoluzione embrionale è, quindi, significativamente influenzata dalla situazione nutrizionale ed endocrino-metabolica della madre, che costituisce un fattore associato alla comparsa di obesità nel bambino. La correzione degli errori alimentari materni durante la gravidanza è il primo « step » preventivo dell'obesità infantile;

dal punto di vista dell'alimentazione in gravidanza numerose evidenze scientifiche hanno ripetutamente evidenziato come il diabete non insulino-dipendente e l'obesità durante la gravidanza rappresentino fattori favorevoli la comparsa di obesità infantile. Nella donna normopeso in gravidanza, un aumento medio di 9-11 chilogrammi rispetto al peso iniziale (qualunque esso sia), ha sicuramente un ruolo protettivo nei confronti del successivo sviluppo di obesità. Viceversa, l'incremento di peso oltre questo valore e l'ipernutrizione nel 3° trimestre di gravidanza, sono adipo-genetici. È opportuno, quindi, programmare una dieta ipocalorica bilanciata durante l'intera gravidanza delle donne obese e prescrivere una dieta normo-calorica nel 3° trimestre di gestazione delle donne normopeso; ulteriori fattori di rischio in gravidanza sono, a parere dei presentatori del presente atto di indirizzo, i tossici assunti con gli alimenti. Tuttavia, pochi sono gli studi sulla correlazione tra tossici alimentari, nutrizione in gravidanza e possibili effetti sul sistema nervoso immunitario ed endocrino fetale;

l'ipotesi è che il feto subisca effetti disregolativi da carico tossico alimentare e da carenze qualitative presenti nella dieta materna, soprattutto se contiene cibo manipolato industrialmente. Ulteriori fattori materni di rischio sono rappresentati dai disturbi flogistici cronici intestinali, in particolare da disbiosi putrefattiva, stipsi ed intolleranze alimentari. Le recenti ricerche in ambito psico-neuro-endocrino-immunitario evidenziano come le citochine pro infiammatorie, la leptina ed altri neuro-ormoni possano svolgere un ruolo centrale nella modulazione del metabolismo della cellula adiposa; è la qualità del rapporto madre-figlio ad operare questa diversificazione. La lentezza di sviluppo e la prolungata dipendenza materna, programmata naturalmente, è giustificata dal vantaggio che ne deriva nell'apprendimento e nella maturazione psico-comportamentale. Il bambino allattato su sua richiesta, prende ogni volta piccole quantità di latte. Non ha, quindi, bisogno di riserve;

le esigenze nutrizionali del bambino nella seconda infanzia sono differenti da quelle del lattante. In natura, nessun mammifero consuma in nessuna epoca della vita il latte di un'altra specie. Nel caso dell'uomo, il consumo di latte di altra specie (mucca in particolare) sin dai primissimi anni di vita è considerato fisiologico e raccomandato dall'industria alimentare nonostante il latte vaccino sia previsto in natura per la crescita del vitello e sia molto diverso per composizione da quello umano;

sul piano dell'allattamento artificiale il latte vaccino contiene una quantità eccessiva di proteine. L'allattamento al seno appartiene a questo progetto naturale e fornisce al bambino un alimento adeguato alle proprie esigenze nutrizionali, immunitarie e di sviluppo. Il latte umano è molto ricco di acqua e povero di grassi e proteine. Contiene in prevalenza caseina, piuttosto che lattoglobuline. La caseina, in presenza dei succhi gastrici, può formare nello stomaco grossi coaguli (latte cagliato) che inducono sazietà per circa 4 ore dopo

la poppata. Contiene lipidi in quantità lievemente superiore al latte umano rappresentati prevalentemente da grassi saturi; un ulteriore fattore di rischio per il lattante nutrito con latte vaccino deriva dalla carenza del *mix* vitaminico essenziale, tipica del latte vaccino, che contiene dal 50 all'80 per cento in meno rispetto al fabbisogno. Il maggior apporto calorico, l'eccesso di proteine e grassi saturi, le difficoltà digestive indotte e lo stress immunitario da intolleranza squilibrano l'asse neuro-immuno-endocrino di regolazione dell'adipogenesi normalmente presente fino ai 2 anni di vita. L'indispensabile ricorso al biberon, caratteristico dell'allattamento artificiale, provoca una riduzione del dispendio energetico neonatale rappresentando un'ulteriore fattore di rischio adipogenetico;

per quanto concerne l'allattamento al seno il neonato sfrutta al 100 per cento il minor contenuto di proteine del latte materno, caratterizzato dalla prevalenza di lattoglobuline rispetto alla caseina. La maggior presenza in glicidi (in particolare lattosio) facilmente digeribili, migliora l'utilizzazione proteica e l'assorbimento del calcio. Il ridotto contenuto in lipidi modula, invece, la durata della poppata. Il minor valore calorico viene compensato dal lattante, che succhia più a lungo il seno materno, soprattutto nella parte finale della poppata, più ricca in lipidi, per ottenere il desiderato apporto calorico. Mentre il latte vaccino è caratterizzato da una composizione fissa di nutrienti, la composizione del latte materno cambia in progressione con la crescita del neonato, adattandosi alle sue esigenze. È evidente che solo con un allattamento a richiesta e non ad orari fissi il bambino può autoregolarsi, imparando a modulare il meccanismo fame/sazietà. Impegnerà, inoltre, uno sforzo importante nell'atto di suzione regolando il dispendio energetico;

l'allattamento a richiesta e lo sforzo della suzione vengono indicati come protettivi nei confronti dell'insorgenza di obesità infantile. L'esperienza suggerisce che il prezioso contributo in simbiotici di

specie e in IgA secretorie fornite al lattante con il colostro e successivamente con il latte materno, svolga un ruolo fondamentale nella maturazione del sistema immunitario intestinale (GALT). Si ritiene che durante lo svezzamento la mucosa intestinale del neonato, mantenutasi integra grazie a queste preziose componenti, consenta la graduale introduzione di antigeni alimentari;

vi sono quattro errori più frequenti nella dieta dei bambini obesi; è stato posto l'accento su alcuni indicatori specifici degli stili alimentari dei bambini obesi per comprendere il legame tra stile di alimentazione e salute. In particolare sono stati esaminati i dati su:

colazione non adeguata; nel 2012 la quota di bambini e ragazzi di 3-17 anni che fa una colazione non adeguata era pari al 9,9 per cento sono soprattutto i ragazzi di 11-17 anni a caratterizzarsi per questo comportamento alimentare (16,7 per cento), mentre tra i più piccoli di 3-10 anni tale quota scende al 3,9 per cento;

consumo di *snack* almeno una volta al giorno; riguarda il 14,2 per cento dei 3-17enni, con quote più elevate registrate anche in questo caso tra i più grandi (11,4 per cento 3-10 anni contro 17,4 per cento 11-17 anni). Anche per il consumo giornaliero di *snack* si ripropone la stessa associazione inversa, con il titolo di studio delle madri: la percentuale di consumo di *snack* aumenta man mano che si abbassa il livello di istruzione;

consumo giornaliero di verdura, ortaggi e frutta: la quota di bambini e ragazzi che consuma 4 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è pari al 12 per cento mentre il 63,2 per cento si caratterizza per un consumo più basso, cioè fino a 3 porzioni;

consumo di più di mezzo litro di bevande gassate al giorno: i dati del 2012 rilevano la relazione con il titolo di studio delle madri; la quota di consumatori quotidiani di più di mezzo litro di bevande gassate tra i ragazzi di 11-17 anni è pari

al 4,7 per cento se le madri sono laureate, al 10,4 per cento se hanno il diploma di scuola superiore all'8,6 per cento se completato solo la scuola dell'obbligo;

va poi tenuto conto del ruolo degli zuccheri nella dieta del bambino obeso; lo zucchero per molti secoli non ha fatto parte dell'alimentazione abituale dell'uomo, al suo posto si usava soprattutto il miele. Rientrava tra le spezie importate dall'oriente e rivendute a caro prezzo;

tentativi di coltivare la canna da zucchero anche in Europa, in particolare in Sicilia non dettero buoni risultati, solo grazie alla coltivazione della barbabietola da zucchero si svilupparono gli zuccherifici in Europa, con l'ovvia diminuzione dei prezzi dello zucchero e l'aumento del suo consumo, divenuto più accessibile;

dopo l'avvento delle bibite zuccherate e gassate (e dei distributori automatici), si è passati al consumo quotidiano e di massa; oggi è acclarato come il consumo incontrollato delle « bevande di fantasia zuccherate » sia una delle cause principali dell'obesità infantile e dell'età adulta, mentre fino a pochi decenni fa il mondo scientifico ancora dibatteva per la mancanza di prove scientifiche decisive. Grazie ad uno studio pubblicato nel 2001, è stato dimostrato che la prima causa di obesità dei bambini americani è il consumo abituale di bevande gassate e zuccherate, mentre altri studi confermano le osservazioni anche negli adulti ed evidenziano che causa importante di obesità è la frequentazione dei *fast-food*;

l'organizzazione mondiale della sanità Oms ha diffuso la raccomandazione di contenere il consumo di zucchero entro il 10 per cento delle calorie totali (circa 50 grammi di zucchero al giorno per un uomo che consumi 2.000-2.500 kilocalorie), mentre i nuovi livelli di assunzione dei nutrienti... — LARN — (le raccomandazioni italiane) raccomandano di contenere il consumo di zuccheri semplici, siano essi naturalmente presenti negli alimenti, come in frutta, latte, siano essi aggiunti, nell'ambito del 15 per cento del



fabbisogno, specificando però che un consumo « potenzialmente legato a eventi avversi » riguarda valori superiori al 25 per cento del fabbisogno. Nell'aprile 2014, l'Oms rivisto al ribasso la percentuale di consumo di zucchero dal 10 per cento al 5 per cento del totale delle calorie assunte quotidianamente;

le raccomandazioni dell'Oms sono state osteggiate dalle grandi *corporation* alimentari, che le ritengono prive di prove scientifiche;

vanno anche considerate le conseguenze dell'obesità infantile sul piano della salute fisica; l'Oms preoccupa in quanto i bambini obesi hanno maggiori possibilità di divenire adulti obesi e di conseguenza di avere un maggior rischio di sviluppare una serie di condizioni patologiche, quali i tumori (in particolare al seno, al corpo dell'utero e al colon-retto), diverse patologie croniche come le malattie cardiovascolari (ischemie, ictus), l'ipertensione arteriosa, il diabete tipo 2, problemi muscolo-scheletrici e respiratori;

è necessario tenere conto del fatto che circa il 50 per cento degli adolescenti obesi (con indici di massa corporea pari o superiore al 95° percentile) tende a diventare un adulto obeso. Inoltre, i fattori di rischio per le malattie degli adulti che sono associati con l'obesità nei bambini e negli adolescenti persistono in età adulta o aumentano in termini di prevalenza all'aumentare del peso. Non vanno dimenticate le conseguenze sul piano emotivo e sociale dell'obesità, tra cui bassa autostima e ridotte relazioni sociali. I bambini obesi sono a rischio di stigmatizzazione ed esclusione sociale, con conseguente maggiore rischio di abbandono scolastico, più basso rendimento scolastico, ridotta stabilità occupazionale e più basso livello di retribuzione salariale. Peraltro, i bambini obesi sperimentano peggiori condizioni di salute mentale e fisica, infatti sono comuni tra loro i problemi respiratori, l'ipertensione, la resistenza all'insulina e problemi osteo-articolari;

si rilevano inoltre complicanze immedie: sul piano psicologico, si notano

disturbi del comportamento correlati al peso corporeo. Le immagini fisiche che i *mass* inedia trasmettono come modelli estetici da emulare non hanno nulla che faccia pensare ad una forma fisica che una volta sarebbe stata identificata come quella di un bambino sano, magari appena un po' « rotondetto ». Oggi l'immagine prevalente della perfetta forma fisica ha tratti quasi anoressici, per cui è facile immaginare il disagio del ragazzo rispetto ai modelli di successo vincente. Il bambino obeso diventa così un caso emblematico di esposizione alla emarginazione, per incapacità di rispondere ai canoni estetici del momento. Si espone alle ironie dei compagni, a forme di bullismo da non sottovalutare, a complessi di inferiorità che appaiono come vere e proprie forme di depressione infantile, che paradossalmente inducono i bambini a cercare ancor più nel cibo la loro soddisfazione;

vanno considerati altresì i problemi ortopedici: le alterazioni scheletriche sono dovute all'eccessivo sovraccarico sulle cartilagini di crescita non ancora saldate degli arti inferiori. Esse riguardano con maggior frequenza il ginocchio valgo e il piede piatto funzionale o piede piatto valgo essenziale. Sotto il peso eccessivo, la volta plantare appare appiattita e slargata; la testa dell'astragalo e lo scafoide sporgono medialmente ed il tallone è in valgo. Il cedimento dell'arco plantare, a volte più accentuato in un piede, può determinare lievi asimmetrie delle anche (triangoli della taglia) e risultare in atteggiamenti scoliotici. Altre alterazioni scheletriche possono essere rappresentate dalla malattia di Blount e dalla epifisiolisi dell'anca;

si rilevano anche i problemi respiratori: la maggior parte dei bambini obesi non presenta disturbi respiratori clinicamente evidenti. La dispnea dopo esercizio fisico è causata da un aumentato lavoro cardiaco dovuto al sovraccarico e ad una limitazione funzionale respiratoria dovuta al maggior lavoro dei muscoli respiratori. Infatti, la parete toracica offre più resistenza ed il diaframma deve muoversi contro una aumentata pressione addomi-

nale. D'altra parte, l'ipossia e l'ipercapnia dopo sforzo riducono la contrattilità muscolare ed accelerano l'insorgenza di fatica muscolare;

va inoltre tenuto conto dei problemi gastroenterologici: in età evolutiva l'obesità avrebbe un ruolo determinante nella formazione di calcoli biliari nell'8-33 per cento dei casi. Si stima che adolescenti obesi abbiano un rischio quadruplicato di sviluppare calcolosi rispetto ad adolescenti normopeso. L'aumentata attività lipolitica nei soggetti obesi conduce ad alterazioni epatiche. Circa il 20-25 per cento dei bambini obesi presenta iper-transaminasemia e sono riscontrabili segni ecografici di steatosi epatica. Il peggioramento dello stato di obesità, la sua durata, ed il sesso maschile favoriscono la progressione della steatosi verso una fibrosi. Sia l'ipertransaminasemia che la steatosi sono condizioni reversibili con il calo ponderale;

si rilevano altresì i problemi neurologici: lo *pseudotumor cerebri* è caratterizzato da cefalea, vomito e disturbi della visione. L'aumentata pressione intra-addominale causa aumento della pressione polmonare che si ripercuote sulla emodinamica cerebrale per una aumentata resistenza al ritorno venoso. L'obesità è presente nel 30-80 per cento dei bambini con *pseudotumor cerebri*. Si evidenziano anche alterazioni dell'accrescimento. L'obesità semplice in età pediatrica comporta quasi sempre un aumento staturale per l'età cronologica ed una avanzata maturazione ossea. Tant'è che, in presenza di un bambino con obesità di grado elevato e ritardo staturale, una volta esclusa una bassa statura familiare, devono essere sempre ricercati altri segni e caratteristiche tali da porre correttamente una diagnosi differenziale tra obesità primaria e secondaria a patologia endocrina o sindromica. Spesso, soprattutto nelle femmine, è presente uno sviluppo sessuale anticipato. Le carte di crescita del bambino obeso mostrano che durante la prepubertà, i soggetti obesi, sia maschi che femmine, presentano una statura superiore a quella della popolazione normopeso. A partire dall'età di 13 e 12.5

anni, rispettivamente per i maschi e per le femmine, il vantaggio staturale viene gradatamente perduto fino all'età adulta in cui i soggetti obesi vedono pareggiare la loro statura definitiva con quella della popolazione normale;

vanno anche considerate le conseguenze a medio e lungo termine: le complicanze metaboliche sono strettamente collegate alla insulino-resistenza (IR) ed alla topografia del grasso. Questa associazione predispone precocemente alla intolleranza ai carboidrati ed al diabete tipo II (DB2). L'obesità nel periodo adolescenziale presenta un maggior rischio metabolico in quanto, in questo periodo della vita, come è noto, esiste una resistenza all'insulina « fisiologica »;

si evidenziano altresì i fattori di rischio per la patologia cardiovascolare. Alle luce di nuove acquisizioni, oggi l'obesità può essere intesa come una vera e propria patologia flogogena innescante processi aterosclerotici precoci sganciati dai tradizionali fattori di rischio aterogeno che nel tempo conducono alla patologia cardio e cerebrovascolare. È oramai dimostrato che il tessuto adiposo produce TNF-alfa, IL-6 ed IL-1beta. Il TNF-alfa è un potente stimolatore della espressione di adesine endoteliali. La IL-6 induce la riduzione di NO, il *recruitment* dei leucociti, agisce come un co-stimolatore della produzione sia di fibrinogeno che di PAI-1. L'endotelio, così attivato, risponde con l'espressione di molecole specifiche, definite adesine o molecole di adesione endoteliale che permettono il contenimento e la successiva eliminazione dello stimolo stesso;

sul piano della spesa pubblica, l'obesità comporta elevati costi per la società: costi diretti, costituiti dalle risorse spese per la diagnosi ed il trattamento dell'obesità in se stessa e delle patologie ad esso correlate, e costi indiretti, dovuti alla perdita di produttività causata dalle maggiori assenze dal lavoro delle persone obese e dalla loro morte prematura. Secondo le ultime stime per l'Oms circa il 7 per cento

del *budget* sanitario dei Paesi europei viene speso per malattie legate all'obesità;

un paziente obeso ha un impatto sulle casse del sistema sanitario nazionale fino al 51 per cento in più rispetto a uno normopeso. E in Italia, dove la percentuale di obesi supera il 20 per cento della popolazione, i chili in eccesso hanno un costo sanitario di 2,5 miliardi di euro all'anno. In assenza di una chiara azione dei *policy maker*, il fenomeno è destinato a crescere, rischiando di mettere a dura prova non solo la salute degli italiani, ma anche la sostenibilità finanziaria del sistema sanitario;

le questioni sottese al sovrappeso e all'obesità sono, quindi, un problema di massima importanza per i sistemi sanitari, specialmente in un Paese come l'Italia che, insieme a Grecia e Stati Uniti, vince il primato dell'eccesso ponderale tra le generazioni più giovani, dove un bambino su tre è sovrappeso o obeso. L'obesità è fortemente legata alle condizioni socio-economiche, specialmente nelle donne. Problema ancor più grande se si considera l'importanza del ruolo femminile sulle generazioni future, nell'*imprinting* metabolico e nella formazione delle abitudini alimentari;

la recente crisi economica ha ulteriormente pesato sulle abitudini alimentari, aumentando il consumo di cibo spazzatura e il ricorso ai prodotti *discount*, spesso pre-cotti, fortemente processati, abbondanti in grassi saturi, zuccheri aggiusti e sale. Numerosi studi evidenziano che durante le crisi economiche il prezzo per chilocaloria scende in relazione all'aumento della densità calorica dei cibi consumati e contemporaneamente diminuisce il consumo di frutta e verdura, secondo l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE), dal 2008 in Italia e in altri Paesi colpiti dalla crisi questo fenomeno è stato molto marcato. Questo ha comportato una totale inversione rispetto alla situazione del passato: mentre nei secoli precedenti i poveri erano magri a causa della scarsità di cibo as-

sunto e i ricchi frequentemente erano obesi a causa dell'eccesso di cibo assunto, oggi i poveri sono obesi a causa del cibo spazzatura, mentre i ricchi sono magri perché controllano la propria alimentazione, che è comunque di qualità più elevata e meglio bilanciata;

per quanto concerne la cura, vanno evidenziati:

a) l'approccio educativo, in quanto secondo molti esperti, questo 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. Gli alimenti altamente processati dell'industria alimentare sono progettati per ingannare i meccanismi biologici che stanno alla base della nostra fame/sazietà e sono quindi parte integrante dell'ambiente « obesogeno » che ha causato l'esplosione dell'obesità nel mondo. Molti alimenti indirizzati dal mercato alla colazione o merenda dei ragazzi sono spesso accompagnati da « regalini », « sorpresine » e più in generale da una serie di *gadget* che non hanno nulla a che vedere con la qualità dell'alimento ma che di fatto finiscono per condizionare molto le scelte dei ragazzi e delle famiglie, mentre non è altrettanto facile accostare la frutta ed alimenti affini a *gadgetistica*, sfavorendo l'alimento di qualità rispetto a quello meno indicato per una sana alimentazione;

b) la terapia dietetica poiché il metodo classico di trattamento dell'obesità infantile prevede, come nell'adulto, l'impostazione di un regime dietetico con apporto calorico ridotto rispetto al fabbisogno energetico per età sesso ed attività fisica. È raccomandata una dieta bilanciata, moderatamente ipocalorica, costruita sulla base delle tavole relative al dispendio energetico a riposo (REE) stabilita dalla Fao/Oms. Il ridotto apporto calorico si basa fondamentalmente sulla diminuzione della percentuale lipidica. Nel lattante e nel bambino in rapida crescita, fino a 2 anni, tuttavia, non è consigliabile

abbassare la quota lipidica sotto il 30 per cento delle calorie totali;

*c)* è dimostrato che il ricorso al « cibo spazzatura » da parte dei bambini dipende anche dalla quantità di ore passate davanti alla televisione ed alla scarsa cultura alimentare della famiglia. Il maggior carico tossico alimentare ed il progressivo instaurarsi di carenze in micronutrienti provoca e sostiene l'obesità infantile. Si può definire il bambino obeso come ipernutrito in macronutrienti ed iponutrito in micronutrienti. Per questa ragione l'intervento dietetico deve estendersi all'ambiente familiare attraverso una corretta informazione ed educazione alimentare dell'intero gruppo parentale e degli insegnanti. È auspicabile che siano i genitori *in primis* ad introdurre gradualmente le modificazioni dello stile alimentare consigliate dal pediatra e/o dal dietologo. È ovviamente necessario che i cibi sconsigliati al bambino non siano facilmente accessibili e che tutta la famiglia si adegui alle indicazioni dietetiche previste;

*d)* la terapia farmacologica in quanto, l'approccio farmacologico con anoressizzanti centrali è sconsigliato in età evolutiva,

impegna il Governo:

- 1) ad aggiornare e a prevedere un'applicazione estesa, obbligatoria e permanente in ambito scolastico del progetto « MiVoglioBene » predisposto dal Ministero della salute assieme alla Società italiana di pediatria (SIP) e la Società di pediatria preventiva e sociale (SIPPS) con il quale sono state individuate dieci azioni di prevenzione primaria, attuate in sinergia da genitori e pediatra sin dai primi giorni di vita del bambino;
- 2) ad assumere iniziative per riconsiderare la composizione dei menù delle scuole per garantire qualità dei prodotti tenendo conto delle esigenze dei bambini, alla luce delle più recenti evidenze scientifiche sull'argomento;
- 3) ad assumere iniziative per accrescere il ruolo e i compiti del pediatra di libera scelta (PLS) quale attore principale nella prevenzione della patologia dell'obesità infantile in ambito familiare, introducendo l'obbligatorietà del controllo della curva della crescita e dell'indice della massa corporea;
- 4) a rilanciare l'attività fisica nelle scuole, quale obbligo necessario allo sviluppo equilibrato dei minori e a favorirla anche in ambito extrascolastico, eventualmente valutando l'ampliamento delle agevolazioni fiscali ed economiche volte a favorire la pratica sportiva;
- 5) a promuovere una campagna di sensibilizzazione, per mezzo di specifici *spot* sui principali organi di stampa e/o con pubblicità progresso in tv, per indicare i valori di una sana alimentazione, con l'obiettivo di evitare che la piaga dell'obesità si estenda in modo irreversibile;
- 6) a collaborare con le industrie alimentari per un miglioramento della qualità nutrizionale dei prodotti confezionati, anche assumendo iniziative affinché da parte dei produttori ci sia una significativa riduzione della quota di zucchero saccarosio contenuto negli alimenti messi in commercio e ridimensionando l'utilizzo di farine e cereali raffinati, oltre che di grassi saturi, nonché di lieviti non naturali, con particolare riferimento agli alimenti per la colazione e la merenda dei minori;
- 7) ad assumere iniziative normative affinché nelle confezioni dei prodotti destinati ai più giovani e nelle bevande gassate zuccherate siano riportate etichette o scritte che indichino il rischio di obesità associato al consumo squilibrato dello zucchero (saccarosio, fruttosio e sciroppo di glucosio e fruttosio) in esso contenuto;
- 8) ad assumere iniziative normative per limitare l'associazione di *gadget* agli

alimenti per colazione e merende chiaramente riservate ai più piccoli;

- 9) a dare piena ed esaustiva applicazione al regolamento (UE) n. 1169/2011 al fine di garantire che i consumatori siano adeguatamente informati sugli alimenti che consumano.

(1-01444) « Binetti, Calabrò, Bosco ».

(*Mozione non iscritta all'ordine del giorno ma vertente su materia analoga*).

La Camera,

premesso che:

L'obesità infantile (OI) può essere considerata a buon diritto come una piaga del 21° secolo, che si è manifestata in un solo cambio generazionale. Stando alle cifre, l'obesità infantile rappresenta il paradosso dei nostri tempi: 60 miliardi di euro per ipernutrirci, 30 miliardi di euro in messaggi dei *mass media* per convincerci a mangiare cibo ipercalorico e 45 miliardi di euro in attività fisiche o diete per ridurre i guasti. Il cambio di abitudini alimentari rappresenta la più radicale trasformazione ambientale degli ultimi 50 anni;

in Italia, l'elevato incremento del fenomeno dell'obesità nei fanciulli attorno ai 6 anni impone l'adozione di programmi di prevenzione precoce. Urge un'attività di sensibilizzazione dei genitori attraverso semplici azioni preventive per ridurre la prevalenza di eccesso ponderale, azioni basate ovviamente su evidenze scientifiche. La Società Italiana di Pediatria (SIP), la Società di Pediatria Preventiva e Sociale (SIPPS) insieme al Ministero della Salute con il Progetto « MiVoglioBene » hanno da tempo individuato dieci azioni di prevenzione primaria, da attuare in sinergia tra genitori e pediatri sin dai primi giorni di vita del bambino: 6 azioni riguardano la nutrizione (allattamento al seno esclusivo per almeno 6 mesi, svezzamento a partire dai 6 mesi, apporto proteico controllato nei primi 2 anni, esclusione di bevande

contenenti calorie, eliminazione del biberon dai 24 mesi, uso di un atlante fotografico delle porzioni alimentari corrette), 3 riguardano lo stile di vita (mezzi di trasporto, giochi di movimento, controllo della sedentarietà), solo 1 riguarda l'identificazione preventiva dell'insorgenza di un « precoce aumento dell'adiposità (*early adiposity rebound*) » tramite il controllo della curva della crescita e dell'indice della massa corporea (curva del BMI: *body mass index*);

dal punto di vista epidemiologico l'obesità è il disturbo nutrizionale più frequente nei Paesi occidentali. 41 milioni di bambini sotto i 5 anni in sovrappeso e obesi. In Asia quasi la metà, il 25 per cento in Africa. Ma anche i paesi ad alto reddito non se la passano meglio. Il rapporto della commissione ECHO (*Ending Childhood Obesity*) dell'Organizzazione mondiale della sanità, frutto di due anni di lavoro e presentato in gennaio 2016, disegna uno scenario inquietante, soprattutto nei paesi in via di sviluppo: dal 1990 al 2014, infatti, il numero di bambini in sovrappeso è raddoppiato da 7,5 a 15,5 milioni;

in una recente indagine statistica condotta in Italia dall'istituto nazionale della nutrizione e dall'ISTAT, si rileva che circa il 25 per cento della popolazione infantile italiana è in sovrappeso. La prevalenza del sovrappeso infantile ha mostrato un lento e progressivo incremento negli anni. Si è passati dal 6 per cento degli anni '60 al 15 per cento degli anni '80, al 20 per cento degli anni '90, al 25 per cento degli anni dopo il 2000. Si rileva un continuo incremento di questa percentuale: il dato più allarmante è che l'obesità comparsa nell'età evolutiva persista nell'età adulta in una percentuale variabile dal 40 per cento al 60 per cento. La persistenza di obesità nell'età adulta dipende da diversi fattori che includono età d'insorgenza, grado di obesità e presenza di obesità in almeno uno dei genitori;

quanto ai fattori di rischio, attualmente, la prevalenza di sovrappeso e obe-

sità infantile a 6 anni in Italia è paragonabile a quella delle età successive (circa il 25 per cento); non ci sono differenze significative tra i sessi, mentre invece ci sono variazioni significative tra le diverse aree geografiche. La prevenzione, per essere efficace, è bene che cominci nei primissimi anni di vita, se non già dalla nascita;

i principali fattori di rischio per l'obesità infantile sono stati identificati dagli studi scientifici e sono classificabili in fattori familiari e individuali. Tra i fattori familiari, i più importanti sono la presenza di obesità nei genitori e lo stile di vita familiare. Tra quelli individuali, c'è una scorretta alimentazione nei primissimi anni (iper calorica, eccesso di proteine, grassi e zuccheri semplici) e un eccesso di attività sedentaria associato a una riduzione dell'attività motoria;

quanto alla prevenzione primaria i programmi preventivi adottati hanno avuto scarso successo in quanto, indirizzati prevalentemente o unicamente alla classe medica, sono riusciti a coinvolgere minimamente le altre componenti sociali (famiglia, scuola, media, istituzioni, aziende commerciali). Solo azioni coordinate, nell'ambito di campagne a largo raggio, possono avere *chance* di successo. Senza però dimenticare che i giovani oggi sono circondati da un ambiente che è stato definito: « tossico ed obesigenico », per cui non è sufficiente un intervento sul singolo bambino, ma occorre innestare un processo positivo di ecologia alimentare, che generi comportamenti corretti ad ampio raggio e favorisca stili di vita più sani, in cui i bambini recuperino il gusto del gioco di movimento, quasi completamente soppiantato dai giochi elettronici;

nella realtà italiana, il pediatra di libera scelta (PLS) può essere una figura cruciale della prevenzione dell'obesità, poiché il suo ruolo è fondamentale nell'acquisizione precoce di corrette abitudini alimentari e stili di vita. Pertanto, rappresenta la figura professionale che possiede i migliori requisiti in questo contesto: in

genere conosce bene la famiglia, segue il bambino dalla nascita fino almeno ai 6 anni di vita (età di esclusiva) utilizzando al riguardo i bilanci di salute (8 visite di controllo a tempi codificati nei primi 6 anni di vita), vale a dire momenti istituzionalmente dedicati alla prevenzione. Inoltre, ha ulteriori frequenti occasioni di contatto con il bambino e la sua famiglia per rafforzare il suo ruolo educativo e per interpretare il *pattern* di crescita del bambino, comunicandone ai genitori eventuali deviazioni dalla norma. Il pediatra di libera scelta può diventare con la sua insostituibile presenza l'attore principale nella prevenzione della patologia cronica. Perché ciò si realizzi serve il completamento della « rivoluzione del ruolo », peraltro già in atto negli ultimi anni, che vada oltre la pur indispensabile gestione e cura della patologia acuta e il mero regime dei controlli di *routine*;

sebbene siano noti alla comunità scientifica internazionale i pilastri della prevenzione precoce dell'obesità, ad oggi nessun progetto è stato applicato su vasta scala ai giovani italiani. Ciò può dipendere anche da lacune organizzative, e la pediatria di libera scelta nel nostro Paese può rappresentare una risorsa non comune. È indubitabile che alcuni pediatri di libera scelta, e forse molti, siano già sensibilizzati al problema e si adoperino attivamente nella pratica quotidiana, in base alle loro conoscenze e abilità individuali. La novità del progetto sussiste nel definire una « finestra » di presunta maggiore efficacia per le singole azioni, differente per ognuna di esse;

dal punto di vista dell'eziopatogenesi, considerando l'alta percentuale di insuccesso a lungo termine nel trattamento dell'obesità in età adulta, è necessario intervenire sui fattori di rischio eziopatogenetici dell'obesità, già nella prima infanzia. Fisiologicamente il bambino mostra una grande stabilità di accrescimento ponderale, staturale e della massa adiposa. Il rapporto dinamico evolutivo tra massa magra e massa grassa è finemente regolato da un sistema integrato di relazioni psico-

neuro-endocrino-immunitarie (PNEI), influenzate da: familiarità, scelte alimentari, dispendio energetico e relazioni psico-affettive;

sul piano della familiarità, solo nell'1 per cento dei bambini l'obesità è dipendente da sindrome genetica in senso stretto. Nel 99 per cento dei casi l'obesità infantile è primitiva o essenziale. Per familiarità, si deve intendere l'insieme dei fattori interagenti nell'ambiente familiare, spesso dipendenti dalla presenza di obesità parentale. I dati riportati in letteratura forniscono prove consistenti sul ruolo delle abitudini nutrizionali della famiglia obesa, in relazione all'influenza esercitata dai genitori sull'entità dell'apporto alimentare e sulle scelte alimentari dei figli. L'evenienza di uno o più genitori con eccesso ponderale rappresenta un rischio maggiore di obesità nei figli. La percentuale è del 34 per cento se entrambi i genitori sono obesi; è del 25 per cento se solo uno dei genitori è obeso; scende al 18 per cento se nessuno dei due genitori presenta eccesso ponderale;

L'analisi delle preferenze alimentari del bambino obeso mostra la tendenza ad assumere una quota eccessiva di lipidi, proporzionale al proprio livello di adiposità ed al grado di adiposità riscontrato nella madre. Lo stretto legame che unisce metabolicamente il bambino alla madre inizia già nella vita fetale. La formazione dei centri ipotalamici responsabili della regolazione della fame e sazietà inizia, nel feto, nel 1°-2° trimestre di gravidanza. Nel 3° trimestre il numero degli adipociti aumenta. L'evoluzione embrionale è, quindi, significativamente influenzata dalla situazione nutrizionale ed endocrino-metabolica della madre, che costituisce un fattore associato alla comparsa di obesità nel bambino. La correzione degli errori alimentari materni durante la gravidanza è il primo « *step* » preventivo dell'obesità infantile;

dal punto di vista dell'alimentazione in gravidanza numerose evidenze scientifiche hanno ripetutamente eviden-

ziato come il diabete non insulino-dipendente e l'obesità durante la gravidanza rappresentino fattori favorenti la comparsa di obesità infantile. Nella donna normopeso in gravidanza, un aumento medio di 9-11 chilogrammi rispetto al peso iniziale (qualunque esso sia), ha sicuramente un ruolo protettivo nei confronti del successivo sviluppo di obesità. Viceversa, l'incremento di peso oltre questo valore e l'ipernutrizione nel 3° trimestre di gravidanza, sono adipo-genetici. È opportuno, quindi, programmare una dieta ipocalorica bilanciata durante l'intera gravidanza delle donne obese e prescrivere una dieta normo-calorica nel 3° trimestre di gestazione delle donne normopeso; ulteriori fattori di rischio in gravidanza sono, a parere dei presentatori del presente atto di indirizzo, i tossici assunti con gli alimenti. Tuttavia, pochi sono gli studi sulla correlazione tra tossici alimentari, nutrizione in gravidanza e possibili effetti sul sistema nervoso immunitario ed endocrino fetale;

l'ipotesi è che il feto subisca effetti disregolativi da carico tossico alimentare e da carenze qualitative presenti nella dieta materna, soprattutto se contiene cibo manipolato industrialmente. Ulteriori fattori materni di rischio sono rappresentati dai disturbi flogistici cronici intestinali, in particolare da disbiosi putrefattiva, stipsi ed intolleranze alimentari. Le recenti ricerche in ambito psico-neuro-endocrino-immunitario evidenziano come le citochine pro infiammatorie, la leptina ed altri neuro-ormoni possano svolgere un ruolo centrale nella modulazione del metabolismo della cellula adiposa; è la qualità del rapporto madre-figlio ad operare questa diversificazione. La lentezza di sviluppo e la prolungata dipendenza materna, programmata naturalmente, è giustificata dal vantaggio che ne deriva nell'apprendimento e nella maturazione psico-comportamentale. Il bambino allattato su sua richiesta, prende ogni volta piccole quantità di latte. Non ha, quindi, bisogno di riserve;

le esigenze nutrizionali del bambino nella seconda infanzia sono differenti da quelle del lattante. In natura, nessun mammifero consuma in nessuna epoca della vita il latte di un'altra specie. Nel caso dell'uomo, il consumo di latte di altra specie (mucca in particolare) sin dai primissimi anni di vita è considerato fisiologico e raccomandato dall'industria alimentare nonostante il latte vaccino sia previsto in natura per la crescita del vitello e sia molto diverso per composizione da quello umano;

sul piano dell'allattamento artificiale il latte vaccino contiene una quantità eccessiva di proteine. L'allattamento al seno appartiene a questo progetto naturale e fornisce al bambino un alimento adeguato alle proprie esigenze nutrizionali, immunitarie e di sviluppo. Il latte umano è molto ricco di acqua e povero di grassi e proteine. Contiene in prevalenza caseina, piuttosto che lattoglobuline. La caseina, in presenza dei succhi gastrici, può formare nello stomaco grossi coaguli (latte cagliato) che inducono sazietà per circa 4 ore dopo la poppata. Contiene lipidi in quantità lievemente superiore al latte umano rappresentati prevalentemente da grassi saturi; un ulteriore fattore di rischio per il lattante nutrito con latte vaccino deriva dalla carenza del *mix* vitaminico essenziale, tipica del latte vaccino, che contiene dal 50 all'80 per cento in meno rispetto al fabbisogno. Il maggior apporto calorico, l'eccesso di proteine e grassi saturi, le difficoltà digestive indotte e lo stress immunitario da intolleranza squilibrano l'asse neuro-immuno-endocrino di regolazione dell'adipogenesi normalmente presente fino ai 2 anni di vita. L'indispensabile ricorso al biberon, caratteristico dell'allattamento artificiale, provoca una riduzione del dispendio energetico neonatale rappresentando un'ulteriore fattore di rischio adipogenetico;

per quanto concerne l'allattamento al seno il neonato sfrutta al 100 per cento il minor contenuto di proteine del latte materno, caratterizzato dalla prevalenza di lattoglobuline rispetto alla caseina. La

maggior presenza in glicidi (in particolare lattosio) facilmente digeribili, migliora l'utilizzazione proteica e l'assorbimento del calcio. Il ridotto contenuto in lipidi modula, invece, la durata della poppata. Il minor valore calorico viene compensato dal lattante, che succhia più a lungo il seno materno, soprattutto nella parte finale della poppata, più ricca in lipidi, per ottenere il desiderato apporto calorico. Mentre il latte vaccino è caratterizzato da una composizione fissa di nutrienti, la composizione del latte materno cambia in progressione con la crescita del neonato, adattandosi alle sue esigenze. È evidente che solo con un allattamento a richiesta e non ad orari fissi il bambino può autoregolarsi, imparando a modulare il meccanismo fame/sazietà. Impegnerà, inoltre, uno sforzo importante nell'atto di suzione regolando il dispendio energetico;

l'allattamento a richiesta e lo sforzo della suzione vengono indicati come protettivi nei confronti dell'insorgenza di obesità infantile. L'esperienza suggerisce che il prezioso contributo in simbiotici di specie e in IgA secretorie fornite al lattante con il colostro e successivamente con il latte materno, svolga un ruolo fondamentale nella maturazione del sistema immunitario intestinale (GALT). Si ritiene che durante lo svezzamento la mucosa intestinale del neonato, mantenutasi integra grazie a queste preziose componenti, consenta la graduale introduzione di antigeni alimentari;

vi sono quattro errori più frequenti nella dieta dei bambini obesi; è stato posto l'accento su alcuni indicatori specifici degli stili alimentari dei bambini obesi per comprendere il legame tra stile di alimentazione e salute. In particolare sono stati esaminati i dati su:

colazione non adeguata; nel 2012 la quota di bambini e ragazzi di 3-17 anni che fa una colazione non adeguata era pari al 9,9 per cento sono soprattutto i ragazzi di 11-17 anni a caratterizzarsi per questo comportamento alimentare (16,7 per cento), mentre tra i più piccoli di 3-10 anni tale quota scende al 3,9 per cento;



consumo di *snack* almeno una volta al giorno; riguarda il 14,2 per cento dei 3-17enni, con quote più elevate registrate anche in questo caso tra i più grandi (11,4 per cento 3-10 anni contro 17,4 per cento 11-17 anni). Anche per il consumo giornaliero di *snack* si ripropone la stessa associazione inversa, con il titolo di studio delle madri: la percentuale di consumo di *snack* aumenta man mano che si abbassa il livello di istruzione;

consumo giornaliero di verdura, ortaggi e frutta: la quota di bambini e ragazzi che consuma 4 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è pari al 12 per cento mentre il 63,2 per cento si caratterizza per un consumo più basso, cioè fino a 3 porzioni;

consumo di più di mezzo litro di bevande gassate al giorno: i dati del 2012 rilevano la relazione con il titolo di studio delle madri; la quota di consumatori quotidiani di più di mezzo litro di bevande gassate tra i ragazzi di 11-17 anni è pari al 4,7 per cento se le madri sono laureate, al 10,4 per cento se hanno il diploma di scuola superiore all'8,6 per cento se completato solo la scuola dell'obbligo;

va poi tenuto conto del ruolo degli zuccheri nella dieta del bambino obeso; lo zucchero per molti secoli non ha fatto parte dell'alimentazione abituale dell'uomo, al suo posto si usava soprattutto il miele. Rientrava tra le spezie importate dall'oriente e rivendute a caro prezzo;

tentativi di coltivare la canna da zucchero anche in Europa, in particolare in Sicilia non dettero buoni risultati, solo grazie alla coltivazione della barbabietola da zucchero si svilupparono gli zuccherifici in Europa, con l'ovvia diminuzione dei prezzi dello zucchero e l'aumento del suo consumo, divenuto più accessibile;

dopo l'avvento delle bibite zuccherate e gassate (e dei distributori automatici), si è passati al consumo quotidiano e di massa; oggi è acclarato come il consumo incontrollato delle « bevande di fantasia zuccherate » sia una delle cause

principali dell'obesità infantile e dell'età adulta, mentre fino a pochi decenni fa il mondo scientifico ancora dibatteva per la mancanza di prove scientifiche decisive. Grazie ad uno studio pubblicato nel 2001, è stato dimostrato che la prima causa di obesità dei bambini americani è il consumo abituale di bevande gassate e zuccherate, mentre altri studi confermano le osservazioni anche negli adulti ed evidenziano che causa importante di obesità è la frequentazione dei *fast-food*;

l'organizzazione mondiale della sanità Oms ha diffuso la raccomandazione di contenere il consumo di zucchero entro il 10 per cento delle calorie totali (circa 50 grammi di zucchero al giorno per un uomo che consumi 2.000-2.500 chilocalorie), mentre i nuovi livelli di assunzione dei nutrienti... — LARN — (le raccomandazioni italiane) raccomandano di contenere il consumo di zuccheri semplici, siano essi naturalmente presenti negli alimenti, come in frutta, latte, siano essi aggiunti, nell'ambito del 15 per cento del fabbisogno, specificando però che un consumo « potenzialmente legato a eventi avversi » riguarda valori superiori al 25 per cento del fabbisogno. Nell'aprile 2014, l'Oms rivisto al ribasso la percentuale di consumo di zucchero dal 10 per cento al 5 per cento del totale delle calorie assunte quotidianamente;

le raccomandazioni dell'Oms sono state osteggiate dalle grandi *corporation* alimentari, che le ritengono prive di prove scientifiche;

vanno anche considerate le conseguenze dell'obesità infantile sul piano della salute fisica; l'Oms preoccupa in quanto i bambini obesi hanno maggiori possibilità di divenire adulti obesi e di conseguenza di avere un maggior rischio di sviluppare una serie di condizioni patologiche, quali i tumori (in particolare al seno, al corpo dell'utero e al colon-retto), diverse patologie croniche come le malattie cardiovascolari (ischemie, ictus), l'ipertensione arteriosa, il diabete tipo 2, problemi muscolo-scheletrici e respiratori;

è necessario tenere conto del fatto che circa il 50 per cento degli adolescenti obesi (con indici di massa corporea pari o superiore al 95° percentile) tende a diventare un adulto obeso. Inoltre, i fattori di rischio per le malattie degli adulti che sono associati con l'obesità nei bambini e negli adolescenti persistono in età adulta o aumentano in termini di prevalenza all'aumentare del peso. Non vanno dimenticate le conseguenze sul piano emotivo e sociale dell'obesità, tra cui bassa autostima e ridotte relazioni sociali. I bambini obesi sono a rischio di stigmatizzazione ed esclusione sociale, con conseguente maggiore rischio di abbandono scolastico, più basso rendimento scolastico, ridotta stabilità occupazionale e più basso livello di retribuzione salariale. Peraltro, i bambini obesi sperimentano peggiori condizioni di salute mentale e fisica, infatti sono comuni tra loro i problemi respiratori, l'ipertensione, la resistenza all'insulina e problemi osteo-articolari;

si rilevano inoltre complicanze immediate: sul piano psicologico, si notano disturbi del comportamento correlati al peso corporeo. Le immagini fisiche che i *mass inedia* trasmettono come modelli estetici da emulare non hanno nulla che faccia pensare ad una forma fisica che una volta sarebbe stata identificata come quella di un bambino sano, magari appena un po' « rotondetto ». Oggi l'immagine prevalente della perfetta forma fisica ha tratti quasi anoressici, per cui è facile immaginare il disagio del ragazzo rispetto ai modelli di successo vincente. Il bambino obeso diventa così un caso emblematico di esposizione alla emarginazione, per incapacità di rispondere ai canoni estetici del momento. Si espone alle ironie dei compagni, a forme di bullismo da non sottovalutare, a complessi di inferiorità che appaiono come vere e proprie forme di depressione infantile, che paradossalmente inducono i bambini a cercare ancor più nel cibo la loro soddisfazione;

vanno considerati altresì i problemi ortopedici: le alterazioni scheletriche sono dovute all'eccessivo sovraccarico sulle car-

tilagini di crescita non ancora saldate degli arti inferiori. Esse riguardano con maggior frequenza il ginocchio valgo e il piede piatto funzionale o piede piatto valgo essenziale. Sotto il peso eccessivo, la volta plantare appare appiattita e slargata; la testa dell'astragalo e lo scafoide sporgono medialmente ed il tallone è in valgo. Il cedimento dell'arco plantare, a volte più accentuato in un piede, può determinare lievi asimmetrie delle anche (triangoli della taglia) e risultare in atteggiamenti scoliotici. Altre alterazioni scheletriche possono essere rappresentate dalla malattia di Blount e dalla epifisiolisi dell'anca;

si rilevano anche i problemi respiratori: la maggior parte dei bambini obesi non presenta disturbi respiratori clinicamente evidenti. La dispnea dopo esercizio fisico è causata da un aumentato lavoro cardiaco dovuto al sovraccarico e ad una limitazione funzionale respiratoria dovuta al maggior lavoro dei muscoli respiratori. Infatti, la parete toracica offre più resistenza ed il diaframma deve muoversi contro una aumentata pressione addominale. D'altra parte, l'ipossia e l'ipercapnia dopo sforzo riducono la contrattilità muscolare ed accelerano l'insorgenza di fatica muscolare;

va inoltre tenuto conto dei problemi gastroenterologici: in età evolutiva l'obesità avrebbe un ruolo determinante nella formazione di calcoli biliari nell'8-33 per cento dei casi. Si stima che adolescenti obesi abbiano un rischio quadruplicato di sviluppare calcoli rispetto ad adolescenti normopeso. L'aumentata attività lipolitica nei soggetti obesi conduce ad alterazioni epatiche. Circa il 20-25 per cento dei bambini obesi presenta iper-transaminasemia e sono riscontrabili segni ecografici di steatosi epatica. Il peggioramento dello stato di obesità, la sua durata, ed il sesso maschile favoriscono la progressione della steatosi verso una fibrosi. Sia l'ipertransaminasemia che la steatosi sono condizioni reversibili con il calo ponderale;

si rilevano altresì i problemi neurologici: lo *pseudotumor cerebri* è caratte-

rizzato da cefalea, vomito e disturbi della visione. L'aumentata pressione intra-addominale causa aumento della pressione polmonare che si ripercuote sulla emodinamica cerebrale per una aumentata resistenza al ritorno venoso. L'obesità è presente nel 30-80 per cento dei bambini con *pseudotumor cerebri*. Si evidenziano anche alterazioni dell'accrescimento. L'obesità semplice in età pediatrica comporta quasi sempre un aumento staturale per l'età cronologica ed una avanzata maturazione ossea. Tant'è che, in presenza di un bambino con obesità di grado elevato e ritardo staturale, una volta esclusa una bassa statura familiare, devono essere sempre ricercati altri segni e caratteristiche tali da porre correttamente una diagnosi differenziale tra obesità primaria e secondaria a patologia endocrina o sindromica. Spesso, soprattutto nelle femmine, è presente uno sviluppo sessuale anticipato. Le carte di crescita del bambino obeso mostrano che durante la prepubertà, i soggetti obesi, sia maschi che femmine, presentano una statura superiore a quella della popolazione normopeso. A partire dall'età di 13 e 12,5 anni, rispettivamente per i maschi e per le femmine, il vantaggio staturale viene gradatamente perduto fino all'età adulta in cui i soggetti obesi vedono pareggiare la loro statura definitiva con quella della popolazione normale;

vanno anche considerate le conseguenze a medio e lungo termine: le complicanze metaboliche sono strettamente collegate alla insulino-resistenza (IR) ed alla topografia del grasso. Questa associazione predispone precocemente alla intolleranza ai carboidrati ed al diabete tipo II (DB2). L'obesità nel periodo adolescenziale presenta un maggior rischio metabolico in quanto, in questo periodo della vita, come è noto, esiste una resistenza all'insulina « fisiologica »;

si evidenziano altresì i fattori di rischio per la patologia cardiovascolare. Alle luce di nuove acquisizioni, oggi l'obesità può essere intesa come una vera e propria patologia flogogena innescante processi aterosclerotici precoci sganciati

dai tradizionali fattori di rischio aterogeno che nel tempo conducono alla patologia cardio e cerebrovascolare. È oramai dimostrato che il tessuto adiposo produce TNF-alfa, IL-6 ed IL-1beta. Il TNF-alfa è un potente stimolatore della espressione di adesine endoteliali. La IL-6 induce la riduzione di NO, il *recruitment* dei leucociti, agisce come un co-stimolatore della produzione sia di fibrinogeno che di PAI-1. L'endotelio, così attivato, risponde con l'espressione di molecole specifiche, definite adesine o molecole di adesione endoteliale che permettono il contenimento e la successiva eliminazione dello stimolo stesso;

sul piano della spesa pubblica, l'obesità comporta elevati costi per la società: costi diretti, costituiti dalle risorse spese per la diagnosi ed il trattamento dell'obesità in se stessa e delle patologie ad esso correlate, e costi indiretti, dovuti alla perdita di produttività causata dalle maggiori assenze dal lavoro delle persone obese e dalla loro morte prematura. Secondo le ultime stime per l'Oms circa il 7 per cento del *budget* sanitario dei Paesi europei viene speso per malattie legate all'obesità;

un paziente obeso ha un impatto sulle casse del sistema sanitario nazionale fino al 51 per cento in più rispetto a uno normopeso. E in Italia, dove la percentuale di obesi supera il 20 per cento della popolazione, i chili in eccesso hanno un costo sanitario di 2,5 miliardi di euro all'anno. In assenza di una chiara azione dei *policy maker*, il fenomeno è destinato a crescere, rischiando di mettere a dura prova non solo la salute degli italiani, ma anche la sostenibilità finanziaria del sistema sanitario;

le questioni sottese al sovrappeso e all'obesità sono, quindi, un problema di massima importanza per i sistemi sanitari, specialmente in un Paese come l'Italia che, insieme a Grecia e Stati Uniti, vince il primato dell'eccesso ponderale tra le generazioni più giovani, dove un bambino su tre è sovrappeso o obeso. L'obesità è fortemente legata alle condizioni socio-

economiche, specialmente nelle donne. Problema ancor più grande se si considera l'importanza del ruolo femminile sulle generazioni future, nell'*imprinting* metabolico e nella formazione delle abitudini alimentari;

la recente crisi economica ha ulteriormente pesato sulle abitudini alimentari, aumentando il consumo di cibo spazzatura e il ricorso ai prodotti *discount*, spesso pre-cotti, fortemente processati, abbondanti in grassi saturi, zuccheri aggiusti e sale. Numerosi studi evidenziano che durante le crisi economiche il prezzo per chilocaloria scende in relazione all'aumento della densità calorica dei cibi consumati e contemporaneamente diminuisce il consumo di frutta e verdura, secondo l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE), dal 2008 in Italia e in altri Paesi colpiti dalla crisi questo fenomeno è stato molto marcato. Questo ha comportato una totale inversione rispetto alla situazione del passato: mentre nei secoli precedenti i poveri erano magri a causa della scarsità di cibo assunto e i ricchi frequentemente erano obesi a causa dell'eccesso di cibo assunto, oggi i poveri sono obesi a causa del cibo spazzatura, mentre i ricchi sono magri perché controllano la propria alimentazione, che è comunque di qualità più elevata e meglio bilanciata;

per quanto concerne la cura, vanno evidenziati:

a) l'approccio educativo, in quanto secondo molti esperti, questo 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. Gli alimenti altamente processati dell'industria alimentare sono progettati per ingannare i meccanismi biologici che stanno alla base della nostra fame/sazietà e sono quindi parte integrante dell'ambiente «obesogeno» che ha causato l'esplosione dell'obesità nel mondo. Molti alimenti indirizzati dal mercato alla colazione o me-

renda dei ragazzi sono spesso accompagnati da «regalini», «sorpresine» e più in generale da una serie di *gadget* che non hanno nulla a che vedere con la qualità dell'alimento ma che di fatto finiscono per condizionare molto le scelte dei ragazzi e delle famiglie, mentre non è altrettanto facile accostare la frutta ed alimenti affini a *gadgetistica*, sfavorendo l'alimento di qualità rispetto a quello meno indicato per una sana alimentazione;

b) la terapia dietetica poiché il metodo classico di trattamento dell'obesità infantile prevede, come nell'adulto, l'impostazione di un regime dietetico con apporto calorico ridotto rispetto al fabbisogno energetico per età sesso ed attività fisica. È raccomandata una dieta bilanciata, moderatamente ipocalorica, costruita sulla base delle tavole relative al dispendio energetico a riposo (REE) stabilita dalla Fao/Oms. Il ridotto apporto calorico si basa fondamentalmente sulla diminuzione della percentuale lipidica. Nel lattante e nel bambino in rapida crescita, fino a 2 anni, tuttavia, non è consigliabile abbassare la quota lipidica sotto il 30 per cento delle calorie totali;

c) è dimostrato che il ricorso al «cibo spazzatura» da parte dei bambini dipende anche dalla quantità di ore passate davanti alla televisione ed alla scarsa cultura alimentare della famiglia. Il maggior carico tossico alimentare ed il progressivo instaurarsi di carenze in micronutrienti provoca e sostiene l'obesità infantile. Si può definire il bambino obeso come ipernutrito in macronutrienti ed iponutrito in micronutrienti. Per questa ragione l'intervento dietetico deve estendersi all'ambiente familiare attraverso una corretta informazione ed educazione alimentare dell'intero gruppo parentale e degli insegnanti. È auspicabile che siano i genitori *in primis* ad introdurre gradualmente le modificazioni dello stile alimentare consigliate dal pediatra e/o dal dietologo. È ovviamente necessario che i cibi sconsigliati al bambino non siano facilmente accessibili e che tutta la famiglia si adegui alle indicazioni dietetiche previste;

d) la terapia farmacologica in quanto, l'approccio farmacologico con anoressizzanti centrali è sconsigliato in età evolutiva,

impegna il Governo:

- 1) ad aggiornare e a prevedere un'applicazione estesa, obbligatoria e permanente in ambito scolastico del progetto « MiVoglioBene » predisposto dal Ministero della salute assieme alla Società italiana di pediatria (SIP) e la Società di pediatria preventiva e sociale (SIPPS) con il quale sono state individuate dieci azioni di prevenzione primaria, attuate in sinergia da genitori e pediatra sin dai primi giorni di vita del bambino;
- 2) ad assumere iniziative per riconsiderare la composizione dei menù delle scuole per garantire qualità dei prodotti tenendo conto delle esigenze dei bambini, alla luce delle più recenti evidenze scientifiche sull'argomento;
- 3) ad assumere iniziative per accrescere il ruolo e i compiti del pediatra di libera scelta (PLS) quale attore principale nella prevenzione della patologia dell'obesità infantile in ambito familiare, introducendo l'obbligatorietà del controllo della curva della crescita e dell'indice della massa corporea;
- 4) a rilanciare l'attività fisica nelle scuole, quale obbligo necessario allo sviluppo equilibrato dei minori e a favorirla anche in ambito extrascolastico, eventualmente valutando l'ampliamento delle agevolazioni fiscali ed economiche volte a favorire la pratica sportiva;
- 5) a promuovere una campagna di sensibilizzazione, per mezzo di specifici *spot* sui principali organi di stampa e/o con pubblicità progresso in tv, per indicare i valori di una sana alimentazione, con l'obiettivo di evitare che la piaga dell'obesità si estenda in modo irreversibile;

- 6) a valutare la possibilità di collaborare con le industrie alimentari per un miglioramento della qualità nutrizionale dei prodotti confezionati, anche assumendo iniziative affinché da parte dei produttori ci sia una significativa riduzione della quota di zucchero saccarosio contenuto negli alimenti messi in commercio e ridimensionando l'utilizzo di farine e cereali raffinati, oltre che di grassi saturi, nonché di lieviti non naturali, con particolare riferimento agli alimenti per la colazione e la merenda dei minori;
- 7) ad assumere iniziative normative per limitare l'associazione di *gadget* agli alimenti per colazione e merende chiaramente riservate ai più piccoli;
- 8) a dare piena ed esaustiva applicazione al regolamento (UE) n. 1169/2011 al fine di garantire che i consumatori siano adeguatamente informati sugli alimenti che consumano.

(1-01444) (*Testo modificato nel corso della seduta*) « Binetti, Calabrò, Bosco ».

(*Mozione non iscritta all'ordine del giorno ma vertente su materia analoga*).

La Camera,

premesso che:

la dichiarazione universale di diritti umani adottata dall'Onu il 10 dicembre 1948 all'articolo 25 sancisce che ogni individuo ha diritto, tra l'altro, ad una sana e adeguata alimentazione;

l'Organizzazione mondiale della sanità e la Fao – *Food and Agriculture Organization* – hanno dato una precisa definizione di educazione alimentare come « processo informativo ed educativo per mezzo del quale si persegue il generale miglioramento dello stato di nutrizione degli individui attraverso la promozione di adeguate abitudini alimentari, l'eliminazione dei comportamenti alimentari scor-

retti, l'utilizzazione di manipolazioni più igieniche degli alimenti ed un efficiente utilizzo delle risorse alimentari »;

affrontare le tematiche legate alla produzione, all'uso e al consumo del cibo è considerato, ormai da tempo, fondamentale anche al livello delle istituzioni europee, al fine di accrescere competenze e consapevolezza in materia di sana alimentazione e per contribuire all'individuazione di strategie volte a garantire *Food safety* e *Food Security* per le popolazioni del pianeta;

lo sviluppo delle società tecnologicamente avanzate ha determinato l'affermarsi di stili di vita caratterizzati dal progressivo aumento delle attività sedentarie e da una conseguente minore riduzione del consumo energetico e del fabbisogno di apporto di cibo; gli stessi cambiamenti culturali non sono rilevabili nei consumi alimentari che, in alcuni casi, rimangono invariati, ove non aumentano;

la diffusione di pratiche negative legate all'alimentazione ha determinato una diffusione di sovrappeso e obesità tra la popolazione dei Paesi sviluppati e ha portato, in particolar modo nella fascia adolescenziale, alla diffusione dei disturbi dell'alimentazione — quali bulimia e anoressia;

secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) i bambini in eccesso ponderale nel mondo sono 44 milioni;

in Italia, il fenomeno dell'obesità infantile sta assumendo dimensioni preoccupanti; si stima che i bambini tra i 6 e gli 11 anni con problemi di eccesso ponderale, in Italia, siano ben 1.100.000. Il 12 per cento dei bambini risulta obeso, mentre il 24 per cento è in sovrappeso: più di un bambino su tre, quindi, ha un peso superiore a quello che dovrebbe avere per la sua età;

nel rapporto « Obesità in bambini e giovani: Una crisi nella sanità pubblica » scritto da un gruppo di esperti internazionali (IOTF) facente capo alla Who (World Health Organization), ed in colla-

borazione con la Iaso (l'Associazione internazionale per lo studio sull'obesità), sono state identificate le principali tendenze sociali che contribuiscono all'aumento dell'obesità infantile, evidenziando che questa è il risultato di diverse cause che interagiscono tra loro tra le quali si possono individuare in via principale sedentarietà, cattiva alimentazione e fattori genetici;

in Italia, il tasso di sedentarietà è tre volte superiore a quello degli altri Paesi europei. Secondo i pediatri il dato allarmante riguarda in particolare i sedentari assoluti, ovvero coloro che non praticano né sport né qualunque tipo di attività fisica. I bambini tendono ormai a muoversi poco, non giocano nei parchi o nei cortili, passano la maggior parte del loro tempo libero davanti alla tv o a un *tablet*, si rileva un aumento dell'uso del trasporto motorizzato. Al contrario, l'attività fisica l'esercizio fisico per i bambini è di fondamentale importanza non solo ai fini del dimagrimento, ma soprattutto in rapporto agli effetti che questa determina sulla redistribuzione delle proporzioni tra massa grassa (tessuto adiposo) e massa magra (tessuto muscolare);

nelle abitudini alimentari dei bambini si registra un aumento della quantità e varietà degli alimenti grassi ed energetici, l'aumento dell'uso di ristoranti e *fast-food* per pranzare e cenare, un incremento dell'uso di bibite analcoliche dolci e gasate come sostituto dell'acqua; il tutto sostenuto da una crescente invasività delle campagne pubblicitarie destinate all'infanzia e all'adolescenza che esortano al consumo di questi prodotti;

sovrappeso e obesità rappresentano fattori di rischio dell'insorgenza di malattie croniche quali: malattie cardiache e respiratorie, diabete mellito non-insulino dipendente o diabete di Tipo 2, ipertensione e alcune forme di cancro, come anche il rischio di morte precoce;

nell'ambito delle strategie europee di contrasto delle malattie croniche una alimentazione non corretta è stata indivi-

duata tra i quattro principali fattori di rischio all'insorgenza di malattie cronicodegenerative;

le nuove grandi patologie sociali quali obesità, malattie cardiovascolari, tumori, sono caratteristiche delle moderne società e sono strettamente connesse alle abitudini alimentari;

l'osservazione delle dinamiche sociali ha dimostrato come la salute fisica e l'educazione del singolo contribuiscano fortemente alla salute anche della comunità: a tal fine, appare di rilevante importanza tener presente che una sana educazione alimentare determina rapporti con il cibo costruttivi e sereni e non distruttivi e che una sana e corretta alimentazione, un corretto rapporto con il cibo, a partire già dall'età infantile, producono i loro effetti in età adulta;

l'iperalimentazione nei primi due anni di vita, oltre a causare un aumento di volume delle cellule adipose (ipertrofia), determina anche un aumento del loro numero (iperplasia): da adulti, pertanto, si avrà una maggiore predisposizione all'obesità ed una difficoltà a scendere di peso o a mantenerlo nei limiti, perché sarà possibile ridurre le dimensioni delle cellule, ma non sarà possibile eliminarle. Intervenire durante l'età evolutiva è quindi di fondamentale importanza, perché dà la garanzia di risultati migliori e duraturi; vi sono poi conseguenze più gravi cui è associata l'obesità infantile, alcune ad insorgenza precoce come i problemi di tipo respiratorio, articolare, disturbi dell'apparato digerente, e altre di natura psicologica, come la perdita di autostima e la non accettazione di sé, altre ancora ad insorgenza tardiva come le disfunzioni di natura cardiocircolatoria, muscoloscheletrica, metabolica e disturbi alimentari, fino allo sviluppo di tumori del tratto gastroenterico;

in questo contesto si impone la necessità di approfondire l'analisi delle tematiche legate al cibo a partire da quelle fisiologiche, immediatamente individuabili,

ma anche in relazione all'idea di cibo come portatore di significati psicologici, sociali e culturali;

risulta di fondamentale importanza che, ad una corretta e attenta educazione all'alimentazione, si affianchi anche l'educazione alla attività fisica, motoria nella scuola e sportiva in generale, per il mantenimento di un equilibrato consumo energetico e di un buon stato di salute;

la scuola, nell'ambito del suo ruolo istituzionale di agenzia educativa e formativa, deve assumere il compito di agente propulsore di progetti e iniziative volte ad approfondire la sensibilità verso le tematiche della salute e della sana alimentazione e della riduzione degli sprechi;

da anni, sono attivati progetti di educazione alimentare nelle istituzioni scolastiche, a livello territoriale in collaborazione con gli enti locali, ma soprattutto a livello nazionale, europeo e internazionale, collaborando con agenzie quali l'Oms;

il Ministero dell'istruzione dell'università e della ricerca partecipa in accordo con il Ministero della salute, al progetto « OKKIO alla salute » finalizzato alla raccolta di dati sulla prevalenza di eccesso ponderale, esercizio fisico e sedentarietà dei bambini della terza classe della scuola primaria nel contesto scolastico e in quello familiare; dati con i quali l'Italia partecipa all'iniziativa della regione europea dell'Oms denominata « COSI - *Childhood Obesity Surveillance Initiative* »;

in materia di educazione alimentare è stato avviato dal Ministero dell'istruzione dell'università e della ricerca tra il 2009 e il 2012, il *Programma Nazionale Pluriennale « Scuola e Cibo - Piani di educazione Scolastica Alimentare »*, volto ad inserire l'educazione alimentare come materia trasversale e interdisciplinare, con l'intento di sviluppare temi sia dell'educazione alimentare che dell'educazione al movimento e allo sport, anche nell'ambito del tema dell'interculturalità e dell'educazione allo sviluppo sostenibile;

il sistema scolastico rappresenta il naturale soggetto che può farsi portatore delle istanze di innovazione e riappropriazione emotiva e culturale del patrimonio alimentare del Paese inteso non solo come valorizzazione dei singoli prodotti, ma anche delle relazioni che legano questi alle persone, alle tradizioni, allo sviluppo economico e all'industria;

nel corso degli anni, l'esperienza ha mostrato l'importanza di far convergere i molteplici progetti che sono stati messi in atto localmente al fine di non disperderne la ricchezza ma anche la capacità di incidenza;

una corretta educazione alle scelte alimentari consapevoli è una scommessa educativa da cui non si può prescindere: l'educazione alimentare non rappresenta soltanto una risorsa legata alle modalità di assunzione del cibo ma, tanto più in un Paese come l'Italia, attraversato da tradizioni culinarie così variegata e numerose, un tratto di appartenenza alla comunità, un motivo e una causa di identità, un legame forte con la terra e la cultura, con il proprio linguaggio, con le tradizioni; in particolare, è importante che il rapporto dei bambini con il cibo rafforzi in loro il senso della memoria e porti la comunità a mantenere, confermare, e tenere vive le nostre tradizioni;

la dieta mediterranea non a caso è stata dichiarata patrimonio immateriale dell'umanità dall'Unesco proprio in quanto frutto di tradizioni radicate in un tempo lontano, fondate sulla grande biodiversità che caratterizza il nostro territorio; nel volume «*The Mediterranean Diet – An Evidence Based Approach*» edito da Elsevier, curato dagli scienziati in nutrizione del prestigioso King's College di Londra, redatto con la collaborazione di scienziati di tutto il mondo, la dieta mediterranea, viene individuata come strumento essenziale per la promozione della salute capace di cogliere le nuove esigenze della società odierna e delle modifiche dello stile di vita, tra cui certamente troviamo la riduzione della spesa calorica;

la valorizzazione delle tradizioni ha importanti ricadute anche sul piano economico: non va dimenticato che gli italiani esportano all'estero, oltre i prodotti, anche la propria competenza e le proprie conoscenze nel settore agroalimentare;

la specificità del sistema italiano, capace di rispettare la tradizione, ma anche di introdurre innovazioni, ha dato vita ad un sistema culturale alimentare ed enogastronomico di alta qualità diffuso tra la popolazione italiana e storicamente molto apprezzata all'estero, che rappresenta per il sistema Paese e per i singoli un ingente patrimonio di inestimabile valore;

gli importanti cambiamenti che i consumi alimentari stanno subendo, per cui da consumi quantitativamente caratterizzati stanno diventando sempre di più connotati qualitativamente, hanno influito sui metodi di coltivazione, di preparazione e conservazione dei cibi;

l'obiettivo dell'educazione alimentare, oltre a quello di informare in merito alle abitudini alimentari affinché queste migliorino e si conformino a stili di vita più sane ed equilibrate, non può prescindere dall'approfondimento dello studio e della conoscenza dei sistemi di coltivazione delle materie prime e di produzione, preparazione e conservazione dei cibi;

non è possibile ignorare le ricadute economiche, ambientali e sociali determinate dall'impatto che le produzioni agroalimentari hanno sull'ambiente, sui territori, sull'organizzazione sociale e sulle abitudini culturali;

in questo senso, la produzione agroalimentare, così come tutta la filiera produttiva legata all'alimentazione e al cibo, non può prescindere dall'ispirare la propria azione ai concetti di sostenibilità, sicurezza, valori etici, valori nutritivi, valorizzazione del territorio;

non si devono trascurare inoltre gli aspetti connessi alla legalità, sia nella fase della produzione delle materie prime, che



nella fase di lavorazione delle stesse per la produzione di alimenti che in quella della distribuzione;

non sono da sottovalutare gli aspetti connessi alla conoscenza delle caratteristiche specifiche legate alla conservabilità dei cibi e alla stretta connessione con le tematiche dello spreco alimentare;

un ruolo importante nel momento informativo e formativo lo rivestono sicuramente le agenzie educative — quali scuola e famiglia, ma anche i servizi sanitari presenti sui territori — ma non si può ignorare il ruolo fondamentale degli operatori professionali del settore agro-alimentare e, non ultimo, il mondo dei *media* e della comunicazione, tanto più nell'epoca dei *social network*;

a lanciare l'allarme in tal senso è l'Organizzazione mondiale della sanità e la conferma arriva anche da uno studio condotto presso *Health Promotion Research Center* a Dartmouth, pubblicato sulla rivista *Pediatrics*, dal quale si evince che per quanto riguarda il problema della pubblicità, è inconfutabile che bambini e adolescenti siano continuamente bombardati da messaggi che invitano al consumo di alimenti ricchi di grassi e zuccheri, promossi sempre più anche sui *media* digitali,

impegna il Governo:

- 1) ad assumere iniziative per prevedere, al fine di favorire un miglioramento delle capacità di discernimento e di scelta del consumatore, un sistema di etichettatura dei prodotti alimentari che riporti l'indicazione dell'origine del prodotto, soprattutto per quanto riguarda i cibi destinati all'infanzia;
- 2) a prevedere campagne di rilevazione e di prevenzione del rischio di obesità infantile mediante l'avvio di procedure di *screening*, rivolte ai bambini dai 0 ai 3 anni;
- 3) a predisporre indagini volte a verificare le abitudini alimentari delle donne in stato di gravidanza e dei

bambini in età prescolare al fine di promuovere un consumo alimentare sano e consapevole;

- 4) ad assumere iniziative per prevedere finanziamenti adeguati finalizzati alla implementazione del programma europeo «Frutta nelle scuole», introdotto dal regolamento (CE) n.1234 del Consiglio del 22 ottobre 2007 e dal regolamento (CE) n. 288 della Commissione del 7 aprile 2009, volto ad aumentare il consumo di frutta e verdura da parte dei bambini tra i 6 e gli 11 anni di età, e a promuovere iniziative che supportino più corrette abitudini alimentari e una nutrizione maggiormente equilibrata, nella fase in cui si formano le loro abitudini alimentari;
  - 5) a favorire la realizzazione, da parte delle istituzioni scolastiche, di programmi di formazione e aggiornamento dei docenti in materia di educazione alimentare, garantendo un approfondimento nel campo delle scienze alimentari e nella pedagogia alimentare e un approccio integrato tra alimentazione e ambiente e la dieta mediterranea;
  - 6) ad assumere iniziative volte a favorire la collaborazione tra enti locali, agenzie sanitarie e istituzioni scolastiche al fine di promuovere le «buone pratiche», in cui vengano coinvolte anche le famiglie, al fine di intervenire sul comportamento alimentare dei bambini e degli adolescenti;
  - 7) ad adottare un piano nazionale per la prevenzione e la cura dell'obesità che preveda attività di controllo e repressione per la pubblicità rivolta ai bambini, l'introduzione di imposte su bevande zuccherate e merendine confezionate, il divieto della loro vendita negli istituti scolastici e campagne di comunicazione sociale che promuovano la dieta mediterranea.
- (1-01445) «Russo, Elvira Savino, Occhiuto, Gullo, Crimi».

(Mozione non iscritta all'ordine del giorno ma vertente su materia analoga).

La Camera,

premessi che:

la dichiarazione universale di diritti umani adottata dall'Onu il 10 dicembre 1948 all'articolo 25 sancisce che ogni individuo ha diritto, tra l'altro, ad una sana e adeguata alimentazione;

L'Organizzazione mondiale della sanità e la Fao — *Food and Agriculture Organization* — hanno dato una precisa definizione di educazione alimentare come « processo informativo ed educativo per mezzo del quale si persegue il generale miglioramento dello stato di nutrizione degli individui attraverso la promozione di adeguate abitudini alimentari, l'eliminazione dei comportamenti alimentari scorretti, l'utilizzazione di manipolazioni più igieniche degli alimenti ed un efficiente utilizzo delle risorse alimentari »;

affrontare le tematiche legate alla produzione, all'uso e al consumo del cibo è considerato, ormai da tempo, fondamentale anche al livello delle istituzioni europee, al fine di accrescere competenze e consapevolezza in materia di sana alimentazione e per contribuire all'individuazione di strategie volte a garantire *Food safety* e *Food Security* per le popolazioni del pianeta;

lo sviluppo delle società tecnologicamente avanzate ha determinato l'affermarsi di stili di vita caratterizzati dal progressivo aumento delle attività sedentarie e da una conseguente minore riduzione del consumo energetico e del fabbisogno di apporto di cibo; gli stessi cambiamenti culturali non sono rilevabili nei consumi alimentari che, in alcuni casi, rimangono invariati, ove non aumentano;

la diffusione di pratiche negative legate all'alimentazione ha determinato una diffusione di sovrappeso e obesità tra la popolazione dei Paesi sviluppati e ha portato, in particolar modo nella fascia adolescenziale, alla diffusione dei disturbi dell'alimentazione — quali bulimia e anoressia;

secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) i bambini in eccesso ponderale nel mondo sono 44 milioni;

in Italia, il fenomeno dell'obesità infantile sta assumendo dimensioni preoccupanti; si stima che i bambini tra i 6 e gli 11 anni con problemi di eccesso ponderale, in Italia, siano ben 1.100.000. Il 12 per cento dei bambini risulta obeso, mentre il 24 per cento è in sovrappeso: più di un bambino su tre, quindi, ha un peso superiore a quello che dovrebbe avere per la sua età;

nel rapporto « Obesità in bambini e giovani: Una crisi nella sanità pubblica » scritto da un gruppo di esperti internazionali (IOTF) facente capo alla Who (World Health Organization), ed in collaborazione con la Iaso (l'Associazione internazionale per lo studio sull'obesità), sono state identificate le principali tendenze sociali che contribuiscono all'aumento dell'obesità infantile, evidenziando che questa è il risultato di diverse cause che interagiscono tra loro tra le quali si possono individuare in via principale sedentarietà, cattiva alimentazione e fattori genetici;

in Italia, il tasso di sedentarietà è tre volte superiore a quello degli altri Paesi europei. Secondo i pediatri il dato allarmante riguarda in particolare i sedentari assoluti, ovvero coloro che non praticano né sport né qualunque tipo di attività fisica. I bambini tendono ormai a muoversi poco, non giocano nei parchi o nei cortili, passano la maggior parte del loro tempo libero davanti alla tv o a un *tablet*, si rileva un aumento dell'uso del trasporto motorizzato. Al contrario, l'attività fisica l'esercizio fisico per i bambini è di fondamentale importanza non solo ai fini del dimagrimento, ma soprattutto in rapporto agli effetti che questa determina sulla redistribuzione delle proporzioni tra massa grassa (tessuto adiposo) e massa magra (tessuto muscolare);

nelle abitudini alimentari dei bambini si registra un aumento della quantità e varietà degli alimenti grassi ed energetici,

l'aumento dell'uso di ristoranti e *fast-food* per pranzare e cenare, un incremento dell'uso di bibite analcoliche dolci e gasate come sostituto dell'acqua; il tutto sostenuto da una crescente invasività delle campagne pubblicitarie destinate all'infanzia e all'adolescenza che esortano al consumo di questi prodotti;

sovrappeso e obesità rappresentano fattori di rischio dell'insorgenza di malattie croniche quali: malattie cardiache e respiratorie, diabete mellito non-insulino dipendente o diabete di Tipo 2, ipertensione e alcune forme di cancro, come anche il rischio di morte precoce;

nell'ambito delle strategie europee di contrasto delle malattie croniche una alimentazione non corretta è stata individuata tra i quattro principali fattori di rischio all'insorgenza di malattie cronicodegenerative;

le nuove grandi patologie sociali quali obesità, malattie cardiovascolari, tumori, sono caratteristiche delle moderne società e sono strettamente connesse alle abitudini alimentari;

l'osservazione delle dinamiche sociali ha dimostrato come la salute fisica e l'educazione del singolo contribuiscano fortemente alla salute anche della comunità: a tal fine, appare di rilevante importanza tener presente che una sana educazione alimentare determina rapporti con il cibo costruttivi e sereni e non distruttivi e che una sana e corretta alimentazione, un corretto rapporto con il cibo, a partire già dall'età infantile, producono i loro effetti in età adulta;

l'iperalimentazione nei primi due anni di vita, oltre a causare un aumento di volume delle cellule adipose (ipertrofia), determina anche un aumento del loro numero (iperplasia): da adulti, pertanto, si avrà una maggiore predisposizione all'obesità ed una difficoltà a scendere di peso o a mantenerlo nei limiti, perché sarà possibile ridurre le dimensioni delle cellule, ma non sarà possibile eliminarle. Intervenire durante l'età evolutiva è quindi

di fondamentale importanza, perché dà la garanzia di risultati migliori e duraturi; vi sono poi conseguenze più gravi cui è associata l'obesità infantile, alcune ad insorgenza precoce come i problemi di tipo respiratorio, articolare, disturbi dell'apparato digerente, e altre di natura psicologica, come la perdita di autostima e la non accettazione di sé, altre ancora ad insorgenza tardiva come le disfunzioni di natura cardiocircolatoria, muscoloscheletrica, metabolica e disturbi alimentari, fino allo sviluppo di tumori del tratto gastroenterico;

in questo contesto si impone la necessità di approfondire l'analisi delle tematiche legate al cibo a partire da quelle fisiologiche, immediatamente individuabili, ma anche in relazione all'idea di cibo come portatore di significati psicologici, sociali e culturali;

risulta di fondamentale importanza che, ad una corretta e attenta educazione all'alimentazione, si affianchi anche l'educazione alla attività fisica, motoria nella scuola e sportiva in generale, per il mantenimento di un equilibrato consumo energetico e di un buon stato di salute;

la scuola, nell'ambito del suo ruolo istituzionale di agenzia educativa e formativa, deve assumere il compito di agente propulsore di progetti e iniziative volte ad approfondire la sensibilità verso le tematiche della salute e della sana alimentazione e della riduzione degli sprechi;

da anni, sono attivati progetti di educazione alimentare nelle istituzioni scolastiche, a livello territoriale in collaborazione con gli enti locali, ma soprattutto a livello nazionale, europeo e internazionale, collaborando con agenzie quali l'Oms;

il Ministero dell'istruzione dell'università e della ricerca partecipa in accordo con il Ministero della salute, al progetto « OKKIO alla salute » finalizzato alla raccolta di dati sulla prevalenza di eccesso ponderale, esercizio fisico e sedentarietà dei bambini della terza classe della scuola

primaria nel contesto scolastico e in quello familiare; dati con i quali l'Italia partecipa all'iniziativa della regione europea dell'Oms denominata « COSI – *Childhood Obesity Surveillance Initiative* »;

in materia di educazione alimentare è stato avviato dal Ministero dell'istruzione dell'università e della ricerca tra il 2009 e il 2012, il *Programma Nazionale Pluriennale « Scuola e Cibo – Piani di educazione Scolastica Alimentare »*, volto ad inserire l'educazione alimentare come materia trasversale e interdisciplinare, con l'intento di sviluppare temi sia dell'educazione alimentare che dell'educazione al movimento e allo sport, anche nell'ambito del tema dell'interculturalità e dell'educazione allo sviluppo sostenibile;

il sistema scolastico rappresenta il naturale soggetto che può farsi portatore delle istanze di innovazione e riappropriazione emotiva e culturale del patrimonio alimentare del Paese inteso non solo come valorizzazione dei singoli prodotti, ma anche delle relazioni che legano questi alle persone, alle tradizioni, allo sviluppo economico e all'industria;

nel corso degli anni, l'esperienza ha mostrato l'importanza di far convergere i molteplici progetti che sono stati messi in atto localmente al fine di non disperderne la ricchezza ma anche la capacità di incidenza;

una corretta educazione alle scelte alimentari consapevoli è una scommessa educativa da cui non si può prescindere: l'educazione alimentare non rappresenta soltanto una risorsa legata alle modalità di assunzione del cibo ma, tanto più in un Paese come l'Italia, attraversato da tradizioni culinarie così variegata e numerose, un tratto di appartenenza alla comunità, un motivo e una causa di identità, un legame forte con la terra e la cultura, con il proprio linguaggio, con le tradizioni; in particolare, è importante che il rapporto dei bambini con il cibo rafforzi in loro il senso della memoria e porti la comunità a mantenere, confermare, e tenere vive le nostre tradizioni;

la dieta mediterranea non a caso è stata dichiarata patrimonio immateriale dell'umanità dall'Unesco proprio in quanto frutto di tradizioni radicate in un tempo lontano, fondate sulla grande biodiversità che caratterizza il nostro territorio; nel volume « *The mediterranean Diet – An evidence Based Approach* » edito da Elsevier, curato dagli scienziati in nutrizione del prestigioso King's College di Londra, redatto con la collaborazione di scienziati di tutto il mondo, la dieta mediterranea, viene individuata come strumento essenziale per la promozione della salute capace di cogliere le nuove esigenze della società odierna e delle modifiche dello stile di vita, tra cui certamente troviamo la riduzione della spesa calorica;

la valorizzazione delle tradizioni ha importanti ricadute anche sul piano economico: non va dimenticato che gli italiani esportano all'estero, oltre i prodotti, anche la propria competenza e le proprie conoscenze nel settore agroalimentare;

la specificità del sistema italiano, capace di rispettare la tradizione, ma anche di introdurre innovazioni, ha dato vita ad un sistema culturale alimentare ed enogastronomico di alta qualità diffuso tra la popolazione italiana e storicamente molto apprezzata all'estero, che rappresenta per il sistema Paese e per i singoli un ingente patrimonio di inestimabile valore;

gli importanti cambiamenti che i consumi alimentari stanno subendo, per cui da consumi quantitativamente caratterizzati stanno diventando sempre di più connotati qualitativamente, hanno influito sui metodi di coltivazione, di preparazione e conservazione dei cibi;

l'obiettivo dell'educazione alimentare, oltre a quello di informare in merito alle abitudini alimentari affinché queste migliorino e si conformino a stili di vita più sane ed equilibrate, non può prescindere dall'approfondimento dello studio e della conoscenza dei sistemi di coltivazione delle materie prime e di produzione, preparazione e conservazione dei cibi;

non è possibile ignorare le ricadute economiche, ambientali e sociali determinate dall'impatto che le produzioni agroalimentari hanno sull'ambiente, sui territori, sull'organizzazione sociale e sulle abitudini culturali;

in questo senso, la produzione agroalimentare, così come tutta la filiera produttiva legata all'alimentazione e al cibo, non può prescindere dall'ispirare la propria azione ai concetti di sostenibilità, sicurezza, valori etici, valori nutritivi, valorizzazione del territorio;

non si devono trascurare inoltre gli aspetti connessi alla legalità, sia nella fase della produzione delle materie prime, che nella fase di lavorazione delle stesse per la produzione di alimenti che in quella della distribuzione;

non sono da sottovalutare gli aspetti connessi alla conoscenza delle caratteristiche specifiche legate alla conservabilità dei cibi e alla stretta connessione con le tematiche dello spreco alimentare;

un ruolo importante nel momento informativo e formativo lo rivestono sicuramente le agenzie educative — quali scuola e famiglia, ma anche i servizi sanitari presenti sui territori — ma non si può ignorare il ruolo fondamentale degli operatori professionali del settore agroalimentare e, non ultimo, il mondo dei *media* e della comunicazione, tanto più nell'epoca dei *social network*;

a lanciare l'allarme in tal senso è l'Organizzazione mondiale della sanità e la conferma arriva anche da uno studio condotto presso *Health Promotion Research Center* a Dartmouth, pubblicato sulla rivista *Pediatrics*, dal quale si evince che per quanto riguarda il problema della pubblicità, è inconfutabile che bambini e adolescenti siano continuamente bombardati da messaggi che invitano al consumo di alimenti ricchi di grassi e zuccheri, promossi sempre più anche sui *media* digitali,

impegna il Governo:

- 1) a valutare la possibilità di prevedere campagne di rilevazione e di prevenzione del rischio di obesità infantile mediante l'avvio di procedure di *screening*, rivolte ai bambini dai 0 ai 3 anni;
- 2) a valutare la possibilità di predisporre indagini volte a verificare le abitudini alimentari delle donne in stato di gravidanza e dei bambini in età prescolare al fine di promuovere un consumo alimentare sano e consapevole;
- 3) a valutare la possibilità di assumere iniziative per prevedere finanziamenti adeguati finalizzati alla implementazione del programma europeo « Frutta nelle scuole », introdotto dal regolamento (CE) n.1234 del Consiglio del 22 ottobre 2007 e dal regolamento (CE) n. 288 della Commissione del 7 aprile 2009, volto ad aumentare il consumo di frutta e verdura da parte dei bambini tra i 6 e gli 11 anni di età, e di promuovere iniziative che supportino più corrette abitudini alimentari e una nutrizione maggiormente equilibrata, nella fase in cui si formano le loro abitudini alimentari;
- 4) a favorire la realizzazione, da parte delle istituzioni scolastiche, di programmi di formazione e aggiornamento dei docenti in materia di educazione alimentare, garantendo un approfondimento nel campo delle scienze alimentari e nella pedagogia alimentare e un approccio integrato tra alimentazione e ambiente e la dieta mediterranea;
- 5) ad assumere iniziative volte a favorire la collaborazione tra enti locali, agenzie sanitarie e istituzioni scolastiche al fine di promuovere le « buone pratiche », in cui vengano coinvolte anche le famiglie, al fine di intervenire sul comportamento alimentare dei bambini e degli adolescenti;
- 6) ad adottare un piano nazionale per la prevenzione e la cura dell'obesità che preveda attività di controllo e repres-

sione per la pubblicità rivolta ai bambini, l'introduzione di imposte su bevande zuccherate e merendine confezionate, il divieto della loro vendita negli istituti scolastici e campagne di comunicazione sociale che promuovano la dieta mediterranea.

(1-01445) (*Testo modificato nel corso della seduta*) « Russo, Elvira Savino, Occhiuto, Gullo, Crimi ».

(*Mozione non iscritta all'ordine del giorno ma vertente su materia analoga*).

La Camera,

premesso che:

l'obesità infantile rappresenta un problema sociale e sanitario estremamente diffuso che colpisce circa un quarto dei bambini italiani, collocando l'Italia ai vertici mondiali di questa negativa classifica, vicino agli Usa;

le cause del fenomeno sono molteplici, di tipo sia culturale che sociale e riguardano il permanere di una cultura in cui l'abbondanza dell'alimentazione è sinonimo di benessere, così come la sussistenza di un'insufficiente informazione sulle proprietà alimentari dei cibi, il diffondersi di costumi di importazione relativi in particolare al consumo di bevande zuccherate, di merendine e di alimenti conservati ad alto contenuto zuccherino, oltretutto la diffusione di stili alimentari legati ai *fast food*, la riduzione dell'attività fisica e della vita all'aria aperta dei bambini;

il fenomeno è causa di importanti problemi sanitari già in età infantile, quali problemi osteo-articolari e respiratori, oltretutto problemi comportamentali legati all'esclusione e alla riduzione delle prestazioni cognitive che può determinarsi a causa della sonnolenza diurna associata alle apnee in sonno degli obesi e che porta ad una diminuzione del rendimento scolastico;

a causa del condizionamento che si produce in età infantile sul numero degli adipociti, le cellule che immagazzinano il grasso, l'obesità infantile è anche strettamente legata all'obesità dell'adulto, causa a sua volta di importanti patologie, quali l'ipertensione arteriosa, il diabete di tipo 2, le malattie cardio-vascolari e cerebro-vascolari, alterazioni dell'apparato osteo-articolare, i disturbi respiratori, apnee nel sonno, la sonnolenza diurna, l'aumento degli incidenti alla guida e sul lavoro, la riduzione delle funzioni cognitive e, non da ultimo una maggiore tendenza allo sviluppo di alcuni tumori;

i costi diretti e indiretti per la sanità e per il *welfare* sono di enorme rilievo e riguardano la cura delle patologie legate all'obesità, la riduzione delle ore lavorative, il calo delle prestazioni scolastiche, gli incidenti alla guida e sul lavoro prodotti dalla sonnolenza;

l'alto consumo di zuccheri, tuttavia, pur non essendo assimilabile ad altri comportamenti patologici quali l'abuso di determinate sostanze e l'alcol o ai comportamenti a rischio che riguardano la sfera sessuale, è causa non di minore allarme per il sistema sanitario e sociale e richiede, al pari di questi altri costumi, l'individuazione di strumenti per correggere i comportamenti alimentari a rischio, anche se, come per le tossicodipendenze e i comportamenti sessuali, il tema rischia di entrare in conflitto con l'esercizio libero dei comportamenti e la soddisfazione di desideri primari;

occorre pertanto intervenire soprattutto attraverso l'educazione sanitaria dei genitori, ma non escludendo meccanismi disincentivanti;

occorre anche favorire la prevenzione dei comportamenti alimentari patologici e la cura dell'obesità infantile attraverso percorsi sanitari finalizzati,

impegna il Governo:

- 1) a condurre un'indagine nazionale all'interno del sistema scolastico della

- scuola primaria per la rilevazione dello stato nutrizionale dei bambini;
- 2) a promuovere un'indagine epidemiologica su campioni larghi e rappresentativi nella popolazione sotto i tre anni d'età, al di fuori ancora del sistema scolastico;
  - 3) a predisporre campagne di informazione nei consultori familiari e nei reparti ostetrico-ginecologici, neonatologici e pediatrici per incentivare l'allattamento al seno e per educare le nuove mamme a corretti stili di vita alimentare per se stesse e nei loro bambini;
  - 4) ad assumere iniziative per disincentivare l'uso di bevande a contenuto zuccherino, merendine e cibi confezionati attraverso un sistema di etichettatura da cui risalti in modo evidente il contenuto in zuccheri dell'alimento e che preveda messaggi dissuasivi simili a quelli imposti alle aziende produttrici di tabacco;
  - 5) a prevedere campagne di « pubblicità progresso » di sensibilizzazione tramite gli organi di stampa e le televisioni per promuovere i valori di una sana alimentazione;
  - 6) ad attivare tavoli di concertazione con le principali aziende produttrici del settore per promuovere la riduzione coordinata del contenuto zuccherino degli alimenti per bambini;
  - 7) a valutare la possibilità di assumere iniziative per definire standard indicanti i limiti massimi di contenuto zuccherino negli alimenti validi per la vendita in Italia dei prodotti di tutte le aziende, sia nazionali che estere;
  - 8) a promuovere, nell'ambito della Conferenza Stato-regioni, l'individuazione di protocolli sanitari a favore dei bambini in età scolare tali da prevedere la gratuità dei percorsi diagnostici per la

prevenzione dell'obesità e delle terapie conseguenti.

(1-01446) « Gigli, Dellai, Baradello, Fauttilli, Sberna ».

*(Mozione non iscritta all'ordine del giorno ma vertente su materia analoga).*

La Camera,

premesso che:

L'obesità infantile rappresenta un problema sociale e sanitario estremamente diffuso che colpisce circa un quarto dei bambini italiani, collocando l'Italia ai vertici mondiali di questa negativa classifica, vicino agli Usa;

le cause del fenomeno sono molteplici, di tipo sia culturale che sociale e riguardano il permanere di una cultura in cui l'abbondanza dell'alimentazione è sinonimo di benessere, così come la sussistenza di un'insufficiente informazione sulle proprietà alimentari dei cibi, il diffondersi di costumi di importazione relativi in particolare al consumo di bevande zuccherate, di merendine e di alimenti conservati ad alto contenuto zuccherino, oltreché la diffusione di stili alimentari legati ai *fast food*, la riduzione dell'attività fisica e della vita all'aria aperta dei bambini;

il fenomeno è causa di importanti problemi sanitari già in età infantile, quali problemi osteo-articolari e respiratori, oltreché problemi comportamentali legati all'esclusione e alla riduzione delle prestazioni cognitive che può determinarsi a causa della sonnolenza diurna associata alle apnee in sonno degli obesi e che porta ad una diminuzione del rendimento scolastico;

a causa del condizionamento che si produce in età infantile sul numero degli adipociti, le cellule che immagazzinano il grasso, l'obesità infantile è anche strettamente legata all'obesità dell'adulto, causa a sua volta di importanti patologie, quali l'ipertensione arteriosa, il diabete di tipo 2, le malattie cardio-vascolari e cerebro-vascolari, alterazioni dell'apparato osteo-ar-

ticolare, i disturbi respiratori, apnee nel sonno, la sonnolenza diurna, l'aumento degli incidenti alla guida e sul lavoro, la riduzione delle funzioni cognitive e, non da ultimo una maggiore tendenza allo sviluppo di alcuni tumori;

i costi diretti e indiretti per la sanità e per il *welfare* sono di enorme rilievo e riguardano la cura delle patologie legate all'obesità, la riduzione delle ore lavorative, il calo delle prestazioni scolastiche, gli incidenti alla guida e sul lavoro prodotti dalla sonnolenza;

l'alto consumo di zuccheri, tuttavia, pur non essendo assimilabile ad altri comportamenti patologici quali l'abuso di determinate sostanze e l'alcol o ai comportamenti a rischio che riguardano la sfera sessuale, è causa non di minore allarme per il sistema sanitario e sociale e richiede, al pari di questi altri costumi, l'individuazione di strumenti per correggere i comportamenti alimentari a rischio, anche se, come per le tossicodipendenze e i comportamenti sessuali, il tema rischia di entrare in conflitto con l'esercizio libero dei comportamenti e la soddisfazione di desideri primari;

occorre pertanto intervenire soprattutto attraverso l'educazione sanitaria dei genitori, ma non escludendo meccanismi disincentivanti;

occorre anche favorire la prevenzione dei comportamenti alimentari patologici e la cura dell'obesità infantile attraverso percorsi sanitari finalizzati,

impegna il Governo:

- 1) a valutare la possibilità di condurre un'indagine nazionale all'interno del sistema scolastico della scuola primaria per la rilevazione dello stato nutrizionale dei bambini;
  - 2) a valutare la possibilità di promuovere un'indagine epidemiologica su campioni larghi e rappresentativi nella popolazione sotto i tre anni d'età, al di fuori ancora del sistema scolastico;
  - 3) a predisporre campagne di informazione nei consultori familiari e nei reparti ostetrico-ginecologici, neonatologici e pediatrici per incentivare l'allattamento al seno e per educare le nuove mamme a corretti stili di vita alimentare per se stesse e nei loro bambini;
  - 4) a valutare la possibilità di assumere iniziative per disincentivare l'uso di bevande a contenuto zuccherino, merendine e cibi confezionati attraverso un sistema di etichettatura da cui risalti in modo evidente il contenuto in zuccheri dell'alimento e che preveda messaggi dissuasivi simili a quelli imposti alle aziende produttrici di tabacco;
  - 5) a prevedere campagne di « pubblicità progresso » di sensibilizzazione tramite gli organi di stampa e le televisioni per promuovere i valori di una sana alimentazione;
  - 6) a valutare la possibilità di attivare tavoli di concertazione con le principali aziende produttrici del settore per promuovere la riduzione coordinata del contenuto zuccherino degli alimenti per bambini;
  - 7) a valutare la possibilità di assumere iniziative per definire standard indicanti i limiti massimi di contenuto zuccherino negli alimenti validi per la vendita in Italia dei prodotti di tutte le aziende, sia nazionali che estere;
  - 8) a promuovere, nell'ambito della Conferenza Stato-regioni, l'individuazione di protocolli sanitari a favore dei bambini in età scolare tali da prevedere la gratuità dei percorsi diagnostici per la prevenzione dell'obesità e delle terapie conseguenti.
- (1-01446) (*Testo modificato nel corso della seduta*) « Gigli, Dellai, Baradello, Fauttilli, Sberna ».
- (*Mozione non iscritta all'ordine del giorno ma vertente su materia analoga*).



*MOZIONI DE MARIA ED ALTRI N. 1-01375 E INVERNIZZI ED ALTRI N. 1-01447 CONCERNENTI INIZIATIVE DI COMPETENZA IN RELAZIONE ALLE STRAGI NAZISTE DEL 1943-1945, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALL'ESECUZIONE IN GERMANIA DELLE SENTENZE DI CONDANNA EMESSE DAI TRIBUNALI ITALIANI*

**Mozioni**

La Camera,

premessi che:

nella fase finale della seconda guerra mondiale, in particolare nel triennio 1943-1945, l'Italia si è liberata dalla dittatura e dall'occupazione straniera e ha riconquistato pace, libertà, indipendenza e unità nazionale e della Patria. Ciò è stato anche possibile grazie alla Resistenza, alla Guerra di liberazione e al sacrificio di migliaia di donne e uomini, civili e militari;

i testimoni e gli eredi di quelle esperienze fondative della Repubblica, le associazioni combattentistiche e partigiane, così come le istituzioni e tutti i poteri pubblici, hanno il dovere di coltivare e favorire la memoria e l'educazione delle nuove generazioni ai valori, ai principi e ai propositi della Costituzione della Repubblica;

non meno fondativo è il sacrificio di decine di migliaia di italiani, civili e militari, trucidati dagli occupanti nazisti e dai militi della Repubblica sociale italiana in Italia e all'estero, in particolare nel corso della fase finale della seconda guerra mondiale e di cui ancora poco diffusa è la conoscenza e la memoria;

oltre 2.300 fascicoli riguardanti tali eccidi, che hanno causato dai 15 ai 20 mila

morti per gran parte anziani, donne e bambini, nonché militari, nell'immediato dopoguerra furono sottratti ai magistrati militari territoriali e oggetto poi di occultamento, come dimostra il rinvenimento, nel 1994, nelle stanze della procura generale militare, di 695 fascicoli « archiviati provvisoriamente » nel 1960, ciò in contrasto con la Costituzione e con l'ordinamento, relativi a centinaia di processi riguardanti appunto tali fatti criminosi;

a partire dal 1994 alcuni processi sono stati celebrati e numerose condanne all'ergastolo comminate, anche se nessun condannato ha poi, nei fatti, scontato un solo giorno di prigione, soprattutto per il rifiuto del Governo della Germania ad applicare l'esecuzione delle pene comminate;

studi recenti evidenziano come gran parte dei detti fascicoli durante gli anni della loro giacenza a Roma presso la procura generale militare furono aperti e richiusi rapidamente, senza eseguire reali indagini. E solo tra il 1994 e il 1995, allorché essi vennero trasmessi alle procure militari territoriali competenti, che i processi sono stati istruiti e celebrati, per lo più a partire dal 2003, e ancora ve ne sono in corso;

su 695 fascicoli rinvenuti, delle oltre 300 indagini istruite e portate a compimento, sono state effettuate pressoché tutte dalle procure militari di: La Spezia

tra il 2002 e il 2008, da quella di Verona dal 2008 al 2010, oltre che da quella di Roma dal 2010 in poi;

non vi è dubbio sull'impegno encomiabile delle magistrature militari territoriali, che ovviamente non hanno potuto evitare le nefaste conseguenze dell'occultamento dei fascicoli;

particolarmente gravi appaiono i casi relativi agli eccidi di militari italiani compiuti in territorio estero all'indomani dell'8 settembre 1943, soprattutto nelle isole greche (Cefalonia), nei Balcani, nei campi di prigionia;

con legge 15 maggio 2003, n. 107, è stata istituita la Commissione bicamerale di inchiesta sulle cause dell'occultamento di fascicoli relativi a crimini nazifascisti che ha concluso i propri lavori nel 2006 con la votazione di due relazioni (una di maggioranza e una di minoranza);

il 15 febbraio 2016 i materiali relativi ai 695 fascicoli occultati sono stati desecretati e resi disponibili sul sito *web* della Camera dei deputati insieme alla documentazione prodotta dalla Commissione bicamerale d'inchiesta;

il dovere della memoria è imposto dall'esigenza di chiudere la vicenda delle stragi '43-'45 con l'attenzione che esse meritano, con l'accertamento della verità e col risarcimento, almeno morale, ai pochissimi superstiti ed ai loro familiari e con adeguate « riparazioni ». Per altro verso, la memoria ragionata delle stragi è indispensabile oggi, in un contesto in cui i rigurgiti neofascisti in tutta Europa trovano il proprio *humus* anche nell'ambiguo e pericoloso revisionismo storiografico, che da decenni ormai viene ad evidenziarsi sempre di più, sino a posizioni di vero e proprio negazionismo;

il ripetersi, in Italia come in Europa, di manifestazioni, che rievocano un passato davvero tragico, rende necessario rafforzare la conoscenza dei fatti e delle barbarie compiute dal fascismo e dal na-

zismo occupante, in modo da creare gli antidoti necessari perché fatti del genere non accadano mai più;

occorre chiudere definitivamente in modo dignitoso una pagina tremenda della storia del Paese. Ciò non per spirito vendicativo ma con intenti di collaborazione, quali quelli già in essere tra Italia e Germania per il chiarimento e la condanna unanime delle atrocità compiute in danno dei diritti umani, così come ribadito dal Presidente Gauck e dal Presidente del Parlamento europeo Shultz, in alcune visite a Marzabotto e Sant'Anna di Stazema, oltre che dal Ministro della giustizia tedesco, in altra occasione, a Civitella;

in una di queste circostanze, del 2002 a Marzabotto, a cui era presente anche il Presidente della Repubblica italiana *pro tempore*; il Presidente della Germania ha avuto modo di sottolineare significativamente, come la « conciliazione non possa essere oblio ». E proprio a questo fine è stato raggiunto negli anni scorsi, un accordo tra i Ministri degli affari esteri di Italia e Germania e l'Anpi (Associazione nazionale partigiani d'Italia), integrato poi successivamente dall'apporto dell'Insmli (Istituto nazionale per la storia del Movimento di Liberazione in Italia) per la creazione di un completo « Atlante delle stragi compiute in Italia negli anni dal 1943 al 1945, dai nazisti tedeschi e dai fascisti ». Il progetto, già realizzato, ha richiesto tre anni di lavoro. È stato finanziato dalla Germania ed è ora a disposizione degli storici, degli studiosi e dei politici su *internet* al sito *www.straginazifasciste.it*. Per il suo completamento ha concorso un contributo italiano reso possibile da un progetto dell'Anpi, finanziato dalla Presidenza del Consiglio dei ministri in occasione del 70° della Liberazione;

stesso accordo è stato raggiunto tra il Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale italiano e della Repubblica federale di Germania e l'Anrp (Associazione nazionale reduci dalla prigionia, dall'internamento, dalla guerra di Liberazione e loro familiari) che,

nell'ambito delle proprie finalità statutarie, ha portato avanti un articolato progetto sugli Imi – Internati militari italiani che è rappresentato dal LeBI – Lessico biografico degli Imi, un portale *on line* costituito da una complessa banca dati in cui sono inseriti elementi anagrafici e biografici dei 50 mila internati militari italiani deceduti nei *lager* e del maggior numero possibile degli oltre 600 mila militari italiani deportati ed internati nei *lager* del Terzo Reich tra il 1943 e il 1945. L'imponente mole di dati deriva dalla ricerca iniziata nel 2014 e ancora in corso presso numerosi archivi, principalmente in Italia e in Germania;

peraltro, con la sentenza del 3 febbraio 2012 la Corte internazionale dell'Aja purtroppo ha accolto il ricorso della Germania contro le sentenze dei tribunali militari italiani, che condannavano la Repubblica federale di Germania, come responsabile civile, a risarcire le vittime delle stragi e gli altri danni cagionati; la motivazione dei giudici della Corte internazionale dell'Aja si basa purtroppo sui principi del diritto internazionale consuetudinario, per cui uno Stato sovrano non può essere soggetto alla giurisdizione di un tribunale straniero, senza possibilità di deroghe. Tesi che, in concreto, finisce per equiparare quelli che vanno intesi a tutti gli effetti come « crimini contro l'umanità » a mere azioni belliche. Questi eventi, invece, vanno ben al di là delle atrocità connotate con ogni guerra e, dunque, dovrebbero essere perseguibili sempre ed ovunque;

la sentenza della Corte dell'Aja ha lasciato aperta la via della conciliazione tra i due Stati, per addivenire ad un accordo per l'attuazione delle pene;

è stata istituita una commissione di storici italo-tedeschi, che ha depositato la sua relazione conclusiva nel 2013, formulando anche una serie di « raccomandazioni » perché si realizzino gli obiettivi della verità e della giustizia, a partire dalla presentazione del rapporto della commissione di storici, i Ministeri degli affari

esteri di Italia e Germania hanno impostato un programma di lavoro congiunto, con l'istituzione del Fondo per il futuro, alimentato da parte tedesca con 4 milioni di euro per il quadriennio 2013-2017, per la realizzazione di progetti volti a creare una memoria condivisa del tragico passato di guerra degli anni 1943-45;

i firmatari del presente atto di indirizzo sono convinti che fare i conti anche con le pagine più drammatiche della propria storia, oltre che essere monito affinché le tragedie non si ripetano, significa rafforzare la democrazia e la libertà. Necessita, dunque, chiudere con dignità la dolorosa vicenda delle stragi nazifasciste '43-'45 con una forte assunzione di responsabilità da parte dello Stato ed esprimere, nel contempo, sentimenti di rammarico verso i familiari delle vittime e le comunità territoriali che ne furono teatri alle quali purtroppo non è stata resa verità e giustizia, anche a causa dell'illeale e pluridecennale occultamento dei fascicoli,

impegna il Governo:

- 1) ad adoperarsi, per quanto di competenza, perché sia assicurata l'esecuzione anche in Germania, sotto il profilo civile e penale, delle sentenze di condanna dei criminali tedeschi, emesse dai tribunali italiani in relazione alle stragi del 1943-45;
- 2) ad assumere iniziative presso la Repubblica federale tedesca per far sì che ai primi atti di riparazione compiuti facciano seguito iniziative concrete e consistenti volte alla ricostruzione di una memoria storica condivisa e alla riparazione morale per le vittime da parte della Germania, secondo le richieste formulate da molte associazioni e dall'Anpi e depositate al Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale;
- 3) ad assumere iniziative per continuare a sostenere, attraverso il Fondo per il futuro, l'attuazione dei progetti pro-

mossi da enti e associazioni competenti volti a creare una memoria condivisa del tragico passato di guerra degli anni 1943-45 e a richiedere al Governo tedesco il rinnovo del fondo per il quadriennio 2018-2021;

- 4) ad attivare, nell'ambito delle proprie competenze, tutti gli strumenti volti a favorire la conoscenza e lo studio delle vicende sopra richiamate, anche al fine di contribuire all'approfondimento delle cause e degli effetti;
- 5) ad adottare iniziative atte a facilitare, sostenere e promuovere studi e ricerche storiche, anche a livello territoriale, in merito ai tragici effetti delle stragi e alla storia degli internati militari italiani nei *lager* tedeschi, nonché a promuovere e sostenere tutte le misure necessarie per la conservazione dei luoghi di memoria, con particolare riferimento alla seconda guerra mondiale, alla lotta partigiana, alla Resistenza senz'armi degli internati militari italiani ed a tutto ciò che può essere utile per impedire che sulle tragiche vicende di quegli anni finisca per cadere l'oblio, contribuendo così non solo all'accertamento della verità, ma anche alla diffusa conoscenza dei fatti ai fini di un'efficace prevenzione per il futuro e della formazione di una vera memoria collettiva;
- 6) a informare con continuità il Parlamento in merito all'impatto e all'efficacia delle misure adottate e agli eventuali risultati conseguiti.

(1-01375) (*Ulteriore nuova formulazione*)

« De Maria, Villecco Calipari, Gribaudo, Quartapelle Procopio, Montroni, Fabbri, Gnechi, Baruffi, Incerti, Patrizia Maestri, Locatelli, Pastorelli, Cinzia Maria Fontana, Fassina, Schirò, Lenzi, Benamati, Palese, Bolognesi, Scotto, Damiano, Fedi, Cimbro, Carlo Galli, Naccarato, Albin, Amato, Basso, Beni, Bergonzi, Blažina, Boccuzzi,

Paola Boldrini, Borghi, Brandolin, Bratti, Capozzolo, Carloni, Carnevali, Carra, Carrozza, Crivellari, Coccia, Cullotta, Marco Di Maio, D'Ottavio, Fiano, Fontanelli, Fossati, Fragomeli, Garavini, Gasparini, Ghizzoni, Giacobbe, Giorgis, Grassi, Iori, Laforgia, Lodolini, Magorno, Malisani, Marantelli, Marchi, Meta, Minnucci, Mongiello, Narduolo, Petrini, Pollastrini, Rubinato, Giovanna Sanna, Scuvera, Taricco, Terrosi, Valiante, Verini, Vico, Zardini, Andrea Maestri, Lattuca, Pizzolante ».

La Camera,

premessi che:

nei due ultimi anni della Seconda Guerra Mondiale, che nel nostro Paese coincisero con lo svolgersi di un aspro conflitto civile, gli occupanti tedeschi si macchiarono di gravissimi crimini;

tra i crimini tedeschi sono tristemente noti le stragi delle Fosse Ardeatine, i massacri compiuti nella zona di Marzabotto, la tragedia della Divisione Aquila, sterminata a Cefalonia, e il destino dei cosiddetti « internati militari » nel Terzo Reich;

il Terzo Reich definì « internati militari » i soldati italiani catturati dopo l'8 settembre 1943, intendendo in questo modo privarli anche formalmente delle garanzie giuridiche previste dalla Convenzione di Ginevra a favore dei prigionieri di guerra, peraltro notoriamente ignorate nei confronti di tanti altri avversari caduti nelle mani della Wehrmacht, quelli russi in particolar modo;

agli occhi dei tedeschi, del tempo, in effetti, il nostro Paese aveva tradito l'alleanza politico-militare che a loro legava il Regno d'Italia, come se il Governo

italiano non avesse il diritto sovrano a determinare il proprio destino di fronte all'evidenza della sconfitta;

contro i responsabili dei crimini nazisti in Italia sono stati intentati vari processi, alcuni dei quali sfociati in sentenze di condanna scontate nelle prigioni del nostro Paese, seppure vi siano stati casi di fuga ai quali non ha fatto seguito l'extradizione verso la Repubblica di coloro che erano riusciti a rientrare nel proprio Stato, in primo luogo quello concernente Herbert Kappler;

tuttavia, nei primi anni del dopoguerra la sfida rappresentata dall'Unione Sovietica e la necessità di fronteggiarla compattando l'Occidente e l'Europa imposero di rinunciare al perseguimento dei responsabili di molti altri crimini, effettivamente rimasti impuniti;

gli Stati Uniti svolsero un ruolo politicamente molto importante in questa operazione, che venne condotta mentre venivano ricostituite per la Nato le forze armate della Repubblica Federale Tedesca e non si esitava a ricorrere a personale di provati trascorsi nazisti per creare i nuovi servizi segreti della Germania Occidentale;

queste cause storiche sono tuttavia ormai da tempo venute meno e non sembra più tollerabile il rifiuto opposto della Repubblica Federale Tedesca a riparare, almeno moralmente, alcuni dei torti subiti dal nostro Paese e dai cittadini italiani durante il tragico biennio 1943-1945;

anzi, nel momento in cui riemergono fra gli europei gravi tensioni e si riaffacciano antichi stereotipi, sembra di particolare importanza pervenire ad una più ampia riconciliazione,

impegna il Governo:

- 1) ad assumere iniziative in tutte le sedi competenti affinché vi siano degli atti di riparazione morale di più alto profilo da parte della Repubblica Federale Tedesca, anche quale presupposto per l'eventuale ristoro materiale dei danni subiti dai nostri concittadini detenuti nel Terzo Reich in qualità di « Internati militari »;
- 2) ad assumere iniziative per sviluppare un progetto di ricostruzione storica condivisa di quanto accadde nel periodo 1943-45, riconoscendo in primo luogo il diritto sovrano del Regno d'Italia a cambiare alleanze in seguito alla sconfitta patita per mano degli alleati, soprattutto a beneficio della formazione delle generazioni future, ed eventualmente prevedendo anche la costruzione di monumenti in Germania alla memoria di coloro che, soldati del Regno d'Italia, vennero internati nei campi di concentramento;
- 3) ad assumere iniziative per rimuovere, con tutte le possibili iniziative pedagogiche collettive, la memoria di un « tradimento » italiano che non c'è mai stato, non almeno nei termini sostenuti della narrativa tedesca sulla seconda guerra mondiale, e che invece costituisce la base del persistente rifiuto da parte della Germania di riconoscere agli internati militari italiani lo *status* di prigionieri di guerra.

(1-01447) « Invernizzi, Fedriga, Allasia, Attaguile, Borghesi, Bossi, Busin, Caparini, Castiello, Giancarlo Giorgetti, Grimoldi, Guidesi, Molteni, Pagano, Picchi, Gianluca Pini, Rondini, Saltamartini, Simonetti ».

**DISEGNO DI LEGGE: S. 1659 – RATIFICA ED ESECUZIONE DELL'ACCORDO TRA IL GOVERNO DELLA REPUBBLICA ITALIANA ED IL GOVERNO DELLA REPUBBLICA DELL'AZERBAIJAN SULLA COOPERAZIONE NEL SETTORE DELLA DIFESA, FATTO A ROMA IL 6 NOVEMBRE 2012 (APPROVATO DAL SENATO) (A.C. 3299)**

**A.C. 3299 – Parere della I Commissione**

PARERE DELLA I COMMISSIONE SULLA PROPOSTA EMENDATIVA PRESENTATA

NULLA OSTA

Sull'emendamento contenuto nel fascicolo n. 1.

**A.C. 3299 – Parere della V Commissione**

PARERE DELLA V COMMISSIONE SUL TESTO DEL PROVVEDIMENTO E SULLE PROPOSTE EMENDATIVE PRESENTATE

Sul testo del provvedimento in oggetto:

PARERE FAVOREVOLE

sugli emendamenti trasmessi dall'Assemblea:

NULLA OSTA

**A.C. 3299 – Articolo 1**

ARTICOLO 1 DEL DISEGNO DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL SENATO

ART. 1.

*(Autorizzazione alla ratifica).*

1. Il Presidente della Repubblica è autorizzato a ratificare l'Accordo tra il

Governo della Repubblica italiana ed il Governo della Repubblica dell'Azerbaijan sulla cooperazione nel settore della difesa, fatto a Roma il 6 novembre 2012.

**A.C. 3299 – Articolo 2**

ARTICOLO 2 DEL DISEGNO DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL SENATO

ART. 2.

*(Ordine di esecuzione).*

1. Piena ed intera esecuzione è data all'Accordo di cui all'articolo 1, a decorrere dalla data della sua entrata in vigore, in conformità a quanto disposto dall'articolo 9 dell'Accordo stesso.

PROPOSTA EMENDATIVA RIFERITA ALL'ARTICOLO 2 DEL DISEGNO DI LEGGE

ART. 2.

*(Ordine di esecuzione).*

*Dopo l'articolo 2, aggiungere il seguente:*

ART. 2-bis. – *(Clausola nazionale sulle finalità delle attività di collaborazione).* –

1. In nessun caso, elementi delle Forze

armate dello Stato potranno partecipare ad attività discendenti dal presente Accordo eventualmente proposte dalle autorità della Repubblica dell'Azerbaijan al fine di migliorare la preparazione di azioni militari unilaterali nella regione del Nagorno-Karabach.

**2. 01.** Gianluca Pini.

*(Inammissibile)*

### **A.C. 3299 – Articolo 3**

ARTICOLO 3 DEL DISEGNO DI LEGGE  
NEL TESTO DELLA COMMISSIONE  
IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL  
SENATO

ART. 3.

*(Copertura finanziaria).*

1. Agli oneri derivanti dall'articolo 2, paragrafo 1, punto 4, dell'Accordo di cui all'articolo 1, valutati in euro 4.736 ad anni alterni a decorrere dall'anno 2015, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2015-2017, nell'ambito del programma « Fondi di riserva e speciali » della missione « Fondi da ripartire » dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2015, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale.

2. Ai sensi dell'articolo 17, comma 12, della legge 31 dicembre 2009, n. 196, il Ministro della difesa provvede al monitoraggio degli oneri di cui alla presente legge e riferisce in merito al Ministro dell'economia e delle finanze. Nel caso si verificano o siano in procinto di verificarsi scostamenti rispetto alle previsioni di cui al comma 1, il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro della difesa, provvede con proprio decreto alla riduzione, nella misura necessaria alla copertura finanziaria del maggior onere risultante dall'attività di monitoraggio, delle dotazioni finanziarie destinate alle

spese di missione nell'ambito del programma « Pianificazione generale delle Forze Armate e approvvigionamenti militari » e, comunque, della missione « Difesa e sicurezza del territorio » dello stato di previsione del Ministero della difesa. Si intende corrispondentemente ridotto, per il medesimo anno, di un ammontare pari all'importo dello scostamento, il limite di cui all'articolo 6, comma 12, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, e successive modificazioni.

3. Il Ministro dell'economia e delle finanze riferisce senza ritardo alle Camere con apposita relazione in merito alle cause degli scostamenti e all'adozione delle misure di cui al comma 2.

4. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

### **A.C. 3299 – Articolo 4**

ARTICOLO 4 DEL DISEGNO DI LEGGE  
NEL TESTO DELLA COMMISSIONE  
IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL  
SENATO

ART. 4.

*(Clausola di invarianza).*

1. Dalle disposizioni dell'Accordo di cui all'articolo 1 della presente legge ad esclusione dell'articolo 2, paragrafo 1, punto 4, del medesimo Accordo, non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

### **A.C. 3299 – Articolo 5**

ARTICOLO 5 DEL DISEGNO DI LEGGE  
NEL TESTO DELLA COMMISSIONE  
IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL  
SENATO

ART. 5.

*(Entrata in vigore).*

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

**A.C. 3299 – Ordini del giorno****ORDINI DEL GIORNO**

La Camera,

premesso che:

l'Accordo di cooperazione tra il Governo della Repubblica italiana e il Governo della Repubblica dell'Azerbaijan segna un importante passo in avanti nella collaborazione tra i due Paesi nel settore della difesa e nella comune lotta contro la criminalità nelle sue varie manifestazioni;

la collaborazione tra i due Governi si inserisce in un teatro regionale attraversato da molteplici e rilevanti criticità dal punto di vista della sicurezza internazionale e degli interessi italiani e dell'Unione europea;

è necessario, in questa delicata fase, assicurare perciò la più ampia collaborazione per prevenire attività dei gruppi terroristici che possono mettere a repentaglio la sicurezza nei due Stati;

la cooperazione tra gli apparati di *intelligence* dei due Paesi può dunque rivelarsi decisiva per massimizzare i risultati dell'Accordo;

ai sensi dell'articolo 1 della legge n. 124 del 2007 – « Sistema di informazione per la sicurezza della Repubblica e nuova disciplina del segreto » – al Presidente del Consiglio dei ministri è attribuita, in via esclusiva, tra l'altro, anche « l'alta direzione e la responsabilità generale della politica dell'informazione per la sicurezza, nell'interesse e per la difesa della Repubblica e delle istituzioni democratiche poste dalla Costituzione a suo fondamento »,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità, per quanto di propria competenza, nell'ambito della cooperazione tra il Governo dalla Repubblica Italiana e quello della Repubblica

dell'Azerbaijan di intensificare i rapporti di collaborazione tra gli apparati di *intelligence* dei due Paesi al fine di rendere più efficace lo scambio di informazioni nell'ottica di un comune impegno nella prevenzione e nel contrasto alla minaccia terroristica internazionale.

9/3299/1. Carrescia.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame, all'articolo 3, comma 2, del disegno di legge di ratifica, reca un'apposita clausola di salvaguardia, volta ad imputare eventuali scostamenti rispetto alle previsioni di spesa alle dotazioni finanziarie destinate alle spese di missione nell'ambito del programma « Pianificazione generale delle Forze Armate e approvvigionamenti militari » e, comunque, della missione « Difesa e sicurezza del territorio » dello stato di previsione del Ministero della difesa, occorre rammentare che la legge n. 163 del 2016, recante la riforma del bilancio dello Stato, ha di recente introdotto – all'articolo 17, comma 12 e seguenti, della legge di contabilità pubblica – una nuova procedura per la compensazione degli oneri che eccedono le previsioni di spesa, determinando in tal modo il sostanziale superamento delle clausole di salvaguardia medesime,

impegna il Governo

a valutare la possibilità di adottare le opportune iniziative, eventualmente anche a livello normativo, per adeguare la ratifica dell'accordo alle nuove norme in materia di bilancio.

9/3299/2. Matarrelli, Artini, Baldassarre, Bechis, Brignone, Civati, Andrea Maestri, Pastorino, Segoni, Turco.

La Camera,

premesso che:

il testo all'esame dell'Aula reca l'Accordo sulla cooperazione nel settore



della difesa tra il Governo della Repubblica italiana e il Governo della Repubblica dell'Azerbaijan, siglato a Roma nel 2012;

l'articolo 2 sulla Cooperazione Generale, al punto 2, prevede che la cooperazione fra le parti potrà riguardare, fra le altre, anche « operazioni umanitarie e di mantenimento della pace », ribadendo al successivo punto 3 che la cooperazione fra le parti potrà avvenire, fra le altre modalità, anche tramite « partecipazione ad operazioni di mantenimento della pace ed umanitarie »;

da oltre vent'anni è sul tappeto internazionale la questione del territorio del Nagorno-Karabakh, una regione del Caucaso contesa fra l'Azerbaijan e l'Armenia. La Tensione di lunga data nella regione affonda le origini nella dissoluzione dei Grandi Imperi contestuale alla Grande Guerra. Nel 1923 il Nagorno-Karabakh fu assegnato da Stalin alla giurisdizione dell'Azerbaijan. All'indomani della caduta dell'Unione Sovietica, il conflitto si accese violentemente, anche per ragioni etniche, e fra il 1988 e il 1994 le due Nazioni si sono combattute per il controllo della regione semiautonoma, in un conflitto che ha provocato, secondo le stime ufficiali, circa trentamila morti e migliaia di profughi;

dal 1994, anno in cui è stato siglato il cessate il fuoco, la regione è controllata dalle truppe armene, ma rimane di fatto un'enclave nel territorio dell'Azerbaijan. Nell'aprile del 2016, dopo una serie di violazioni del cessate il fuoco, c'è stata una pericolosa ripresa delle ostilità;

l'Azerbaijan rappresenta un importante partner commerciale per l'Italia, nonché cruciale fornitore di petrolio e attore fondamentale nella questione della costruzione del gasdotto Tap-Trans Adriatic Pipeline, progetto per la realizzazione di un gasdotto che trasporterà gas naturale dalla regione del Mar Caspio in Europa e che in Italia avrà sbocco in Puglia;

la contesa del Nagorno-Karabakh, allo Stato dei fatti, non sembra essere

iscritta nell'Agenda di alcun Governo europeo, pur rappresentando una Tematica importante che coinvolge oltre ad Azerbaijan e Armenia, anche Turchia e Russia e indirettamente l'Europa occidentale. L'area interessata dalle tensioni, infatti, sarebbe una porta di passaggio per gli infiltrati islamisti fra Caucaso settentrionale e meridionale, dunque cruciale per il fondamentalismo attivo in Siria;

sarebbe auspicabile in questo contesto anche una ripresa del dialogo con Mosca che superi l'annosa problematica dell'embargo, sancendo di fatto un vivo protagonismo italiano in diplomazia,

impegna il Governo

a promuovere, anche in sede europea, azioni diplomatiche volte a favorire il dialogo in stallo da molto tempo con i rappresentanti del governo dell'Azerbaijan, allo scopo di agevolare, per mezzo della mediazione europea e italiana, la risoluzione della controversia fra i contendenti.

9/3299/3. Ciracì.

La Camera,

premessi che:

il testo all'esame dell'Aula reca l'Accordo sulla cooperazione nel settore della difesa tra il Governo della Repubblica italiana e il Governo della Repubblica dell'Azerbaijan, siglato a Roma nel 2012;

l'articolo 2 sulla Cooperazione Generale, al punto 2, prevede che la cooperazione fra le parti potrà riguardare, fra le altre, anche « operazioni umanitarie e di mantenimento della pace », ribadendo al successivo punto 3 che la cooperazione fra le parti potrà avvenire, fra le altre modalità, anche tramite « partecipazione ad operazioni di mantenimento della pace ed umanitarie »;

da oltre vent'anni è sul tappeto internazionale la questione del territorio

del Nagorno-Karabakh, una regione del Caucaso contesa fra l'Azerbaijan e l'Armenia. La Tensione di lunga data nella regione affonda le origini nella dissoluzione dei Grandi Imperi contestuale alla Grande Guerra. Nel 1923 il Nagorno-Karabakh fu assegnato da Stalin alla giurisdizione dell'Azerbaijan. All'indomani della caduta dell'Unione Sovietica, il conflitto si accese violentemente, anche per ragioni etniche, e fra il 1988 e il 1994 le due Nazioni si sono combattute per il controllo della regione semiautonoma, in un conflitto che ha provocato, secondo le stime ufficiali, circa trentamila morti e migliaia di profughi;

dal 1994, anno in cui è stato siglato il cessate il fuoco, la regione è controllata dalle truppe armene, ma rimane di fatto un'enclave nel territorio dell'Azerbaijan. Nell'aprile del 2016, dopo una serie di violazioni del cessate il fuoco, c'è stata una pericolosa ripresa delle ostilità;

l'Azerbaijan rappresenta un importante partner commerciale per l'Italia, nonché cruciale fornitore di petrolio e attore fondamentale nella questione della costruzione del gasdotto Tap-Trans Adriatic Pipeline, progetto per la realizzazione di un gasdotto che trasporterà gas natu-

rale dalla regione del Mar Caspio in Europa e che in Italia avrà sbocco in Puglia;

la contesa del Nagorno-Karabakh, allo Stato dei fatti, non sembra essere iscritta nell'Agenda di alcun Governo europeo, pur rappresentando una Tematica importante che coinvolge oltre ad Azerbaijan e Armenia, anche Turchia e Russia e indirettamente l'Europa occidentale. L'area interessata dalle tensioni, infatti, sarebbe una porta di passaggio per gli infiltrati islamisti fra Caucaso settentrionale e meridionale, dunque cruciale per il fondamentalismo attivo in Siria;

sarebbe auspicabile in questo contesto anche una ripresa del dialogo con Mosca che superi l'annosa problematica dell'embargo, sancendo di fatto un vivo protagonismo italiano in diplomazia,

impegna il Governo

a promuovere, anche in sede europea, azioni diplomatiche volte a favorire il dialogo in stallo da molto tempo tra le parti allo scopo di agevolare, anche in vista della prossima Presidenza italiana dell'OSCE, la risoluzione della controversia fra i contendenti.

9/3299/3. (Testo modificato nel corso di seduta) Ciraci.

*DISEGNO DI LEGGE: S. 2099 — RATIFICA ED ESECUZIONE DELL'ACCORDO TRA IL GOVERNO DELLA REPUBBLICA ITALIANA E IL GOVERNO DEL REGNO HASCEMITA DI GIORDANIA SULLA COOPERAZIONE NEL SETTORE DELLA DIFESA, FATTO A ROMA IL 29 APRILE 2015 (APPROVATO DAL SENATO) (A.C. 3765)*

**A.C. 3765 – Parere della I Commissione**

PARERE DELLA I COMMISSIONE SULLA PROPOSTA EMENDATIVA PRESENTATA

NULLA OSTA

sull'emendamento contenuto nel fascicolo n. 1.

**A.C. 3765 – Parere della V Commissione**

PARERE DELLA V COMMISSIONE SUL TESTO DEL PROVVEDIMENTO E SULLE PROPOSTE EMENDATIVE PRESENTATE

Sul testo del provvedimento in oggetto:

PARERE FAVOREVOLE

Sugli emendamenti trasmessi dall'Assemblea:

PARERE CONTRARIO

sull'emendamento 3.1 in quanto suscettibile di determinare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica privi di idonea quantificazione e copertura.

**A.C. 3765 – Articolo 1**

ARTICOLO 1 DEL DISEGNO DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL SENATO

ART. 1.

*(Autorizzazione alla ratifica).*

1. Il Presidente della Repubblica è autorizzato a ratificare l'Accordo tra il Governo della Repubblica italiana e il Governo del Regno hascemita di Giordania sulla cooperazione nel settore della difesa, fatto a Roma il 29 aprile 2015.

**A.C. 3765 – Articolo 2**

ARTICOLO 2 DEL DISEGNO DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL SENATO

ART. 2.

*(Ordine di esecuzione).*

1. Piena ed intera esecuzione è data all'Accordo di cui all'articolo 1 a decorrere dalla data della sua entrata in vigore, in conformità a quanto disposto dall'articolo 10 dell'Accordo stesso.

**A.C. 3765 – Articolo 3****ARTICOLO 3 DEL DISEGNO DI LEGGE  
NEL TESTO DELLA COMMISSIONE  
IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL  
SENATO****ART. 3.***(Copertura finanziaria).*

1. All'onere derivante dall'articolo 2, paragrafo 1, lettera *d*), dell'Accordo di cui all'articolo 1 della presente legge, valutato in euro 2.178 annui ad anni alterni a decorrere dall'anno 2016, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2016-2018, nell'ambito del programma « Fondi di riserva e speciali » della missione « Fondi da ripartire » dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2016, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale.

2. Ai sensi dell'articolo 17, comma 12, della legge 31 dicembre 2009, n. 196, il Ministro della difesa provvede al monitoraggio degli oneri di cui al comma 1 del presente articolo e riferisce in merito al Ministro dell'economia e delle finanze. Nel caso si verificano o siano in procinto di verificarsi scostamenti rispetto alle previsioni di cui al medesimo comma 1, il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro della difesa, provvede con proprio decreto alla riduzione, nella misura necessaria alla copertura finanziaria del maggior onere risultante dall'attività di monitoraggio, delle dotazioni finanziarie di parte corrente aventi la natura di spese rimodulabili ai sensi dell'articolo 21, comma 5, lettera *b*), della legge 31 dicembre 2009, n. 196, destinate alle spese di missione nell'ambito del programma « Pianificazione generale delle Forze Armate e approvvigionamenti militari » e, comun-

que, della missione « Difesa e sicurezza del territorio » dello stato di previsione del Ministero della difesa.

3. Il Ministro dell'economia e delle finanze riferisce senza ritardo alle Camere, con apposita relazione, in merito alle cause degli scostamenti e all'adozione delle misure di cui al comma 2.

4. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

**PROPOSTA EMENDATIVA RIFERITA AL-  
L'ARTICOLO 3 DEL DISEGNO DI LEGGE****ART. 3.***(Copertura finanziaria).*

*Al comma 1, sostituire le parole: euro 2.178 con le seguenti: euro 15.000.*

**3. 1.** Gianluca Pini.**A.C. 3765 – Articolo 4****ARTICOLO 4 DEL DISEGNO DI LEGGE  
NEL TESTO DELLA COMMISSIONE  
IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL  
SENATO****ART. 4.***(Clausola di invarianza finanziaria).*

1. Dalle disposizioni dell'Accordo di cui all'articolo 1 della presente legge, ad esclusione dell'articolo 2, paragrafo 1, lettera *d*), e degli eventuali oneri di cui all'articolo 5 dell'Accordo medesimo, non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

2. Agli eventuali oneri derivanti dall'articolo 5 dell'Accordo di cui all'articolo 1 della presente legge si fa fronte con apposito provvedimento legislativo.

**A.C. 3765 – Articolo 5**ARTICOLO 5 DEL DISEGNO DI LEGGE  
NEL TESTO DELLA COMMISSIONE  
IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL  
SENATO

## ART. 5.

*(Entrata in vigore).*

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

**A.C. 3765 – Ordini del giorno**

## ORDINI DEL GIORNO

La Camera,

premesso che:

l'Accordo di cooperazione tra il Governo della Repubblica italiana e il Governo del Regno hascemita di Giordania segna un importante passo in avanti nella collaborazione tra i due Paesi nel settore della difesa e nella comune lotta contro la criminalità nelle sue varie manifestazioni;

la collaborazione tra i due Governi si inserisce in un teatro regionale attraversato da molteplici e rilevanti criticità dal punto di vista della sicurezza internazionale e degli interessi italiani e dell'Unione Europea;

è necessario, in questa delicata fase, assicurare perciò la più ampia collaborazione per prevenire attività dei gruppi terroristici che possono mettere a repentaglio la sicurezza nei due Stati;

la cooperazione tra gli apparati di *intelligence* dei due Paesi può dunque rivelarsi decisiva per massimizzare i risultati dell'Accordo;

ai sensi dell'articolo 1 della legge n. 124 del 2007 – « Sistema di informazione per la sicurezza della Repubblica e nuova disciplina del segreto » – al Presidente del Consiglio dei ministri è attribuita, in via esclusiva, tra l'altro, anche « l'alta direzione e la responsabilità generale della politica dell'informazione per la sicurezza, nell'interesse e per la difesa della Repubblica e delle istituzioni democratiche poste dalla Costituzione a suo fondamento »,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità, per quanto di propria competenza, nell'ambito della cooperazione tra il Governo della Repubblica Italiana e quello del Regno hascemita di Giordania ad intensificare i rapporti di collaborazione tra gli apparati di *intelligence* dei due Paesi al fine di rendere più efficace lo scambio di informazioni nell'ottica di un comune impegno nella prevenzione e nel contrasto alla minaccia terroristica internazionale.

9/3765/1. Carrescia.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento prevede, all'articolo 3, comma 2, del disegno di legge di ratifica un'apposita clausola di salvaguardia, volta ad imputare eventuali scostamenti rispetto alle previsioni di spesa delle dotazioni finanziarie destinate alle spese di missione nell'ambito del programma « Pianificazione generale delle Forze Armate e approvvigionamenti militari » e, comunque, della missione « Difesa e sicurezza del territorio » dello stato di previsione del Ministero della difesa;

si deve tener presente tuttavia che la legge n. 163 del 2016, recante la riforma del bilancio dello Stato, ha di recente introdotto – all'articolo 17, comma 12 e seguenti, della legge di contabilità pubblica – una nuova procedura per la compensazione degli oneri che eccedono le

previsioni di spesa, determinando in tal modo il sostanziale superamento delle clausole di salvaguardia medesime,

impegna il Governo

a valutare la possibilità di adottare le opportune iniziative, eventualmente anche

a livello normativo, per adeguare la ratifica dell'accordo alle nuove norme in materia di bilancio.

9/3765/2. Matarrelli, Artini, Baldassarre, Bechis, Brignon, Civati, Andrea Maestri, Pastorino, Segoni, Turco.

**DISEGNO DI LEGGE: RATIFICA ED ESECUZIONE DELLA  
CONVENZIONE TRA LA REPUBBLICA ITALIANA E LA  
ROMANIA PER EVITARE LE DOPPIE IMPOSIZIONI IN  
MATERIA DI IMPOSTE SUL REDDITO E PER PREVENIRE  
LE EVASIONI FISCALI, CON PROTOCOLLO AGGIUNTIVO,  
FATTA A RIGA IL 25 APRILE 2015 (A.C. 3880)**

**A.C. 3880 – Parere della I Commissione**

PARERE DELLA I COMMISSIONE SULLA  
PROPOSTA EMENDATIVA PRESENTATA

NULLA OSTA

sull'emendamento contenuto nel fascicolo  
n. 1.

**A.C. 3880 – Parere della V Commissione**

PARERE DELLA V COMMISSIONE SUL  
TESTO DEL PROVVEDIMENTO E SULLE  
PROPOSTE EMENDATIVE PRESENTATE

Sul testo del provvedimento in oggetto:

PARERE FAVOREVOLE

Sugli emendamenti trasmessi dall'Assem-  
blea:

PARERE CONTRARIO

sull'articolo aggiuntivo 2.01, in quanto su-  
scettibile di determinare nuovi o maggiori  
oneri per la finanza pubblica privi di  
idonea quantificazione e copertura.

**A.C. 3880 – Articolo 1**

ARTICOLO 1 DEL DISEGNO DI LEGGE  
NEL TESTO DELLA COMMISSIONE  
IDENTICO A QUELLO DEL GOVERNO

ART. 1

*(Autorizzazione alla ratifica).*

1. Il Presidente della Repubblica è autorizzato a ratificare la Convenzione tra la Repubblica italiana e la Romania per evitare le doppie imposizioni in materia di imposte sul reddito e per prevenire le evasioni fiscali, con Protocollo aggiuntivo, fatta a Riga il 25 aprile 2015.

**A.C. 3880 – Articolo 2**

ARTICOLO 2 DEL DISEGNO DI LEGGE  
NEL TESTO DELLA COMMISSIONE  
IDENTICO A QUELLO DEL GOVERNO

ART. 2

*(Ordine di esecuzione).*

1. Piena ed intera esecuzione è data alla Convenzione di cui all'articolo 1, a decorrere dalla data della sua entrata in vigore, in conformità a quanto disposto dall'articolo 29 della Convenzione stessa.

PROPOSTA EMENDATIVA RIFERITA ALL'ARTICOLO 2 DEL DISEGNO DI LEGGE

ART. 2.

(Ordine di esecuzione).

Dopo l'articolo 2, aggiungere il seguente:

ART. 2-bis. — (Commissione nazionale per il reshoring). — 1. Al fine di porre allo studio un efficace sistema di incentivi per incoraggiare il rientro in Italia delle capacità produttive delocalizzate in Romania e altrove, generando nuova occupazione nel territorio dello Stato, è istituita presso il Ministero dello sviluppo economico, senza maggiori oneri finanziari, una Commissione nazionale per il *reshoring*, composta da 15 personalità scelte in ragione delle proprie competenze in materia di economia d'impresa e commercio internazionale. Le nomine sono rinnovate con cadenza biennale. La Commissione è incaricata di produrre analisi, valutazioni e proposte finalizzate al rimpatrio dei capitali produttivi investiti all'estero.

2. 01. Gianluca Pini.

(Inammissibile)

A.C. 3880 — Articolo 3

ARTICOLO 3 DEL DISEGNO DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE IDENTICO A QUELLO DEL GOVERNO

ART. 3

(Copertura finanziaria).

1. All'onere derivante dall'attuazione della presente legge, valutato in 18.000 euro annui a decorrere dall'anno 2017, si provvede mediante corrispondente riduzione delle proiezioni, per gli anni 2017 e 2018, dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del

bilancio triennale 2016-2018, nell'ambito del programma «Fondi di riserva e speciali» della missione «Fondi da ripartire» dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2016, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale.

2. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

A.C. 3880 — Articolo 4

ARTICOLO 4 DEL DISEGNO DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE IDENTICO A QUELLO DEL GOVERNO

ART. 4

(Entrata in vigore).

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

A.C. 3880 — Ordine del giorno

ORDINE DEL GIORNO

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame reca ratifica ed esecuzione della Convenzione tra il Governo della Repubblica italiana e la Romania per evitare le doppie imposizioni in materia di imposte sul reddito e per prevenire le evasioni fiscali, con Protocollo aggiuntivo, fatta a Riga il 25 aprile 2015;



la Convenzione può rappresentare un contributo al sostegno di molte imprese italiane che devono confrontarsi con la concorrenza internazionale nell'attuale, delicata congiuntura economica nazionale e globale;

il dilagare del fenomeno del *treaty shopping*, fattispecie elusiva a carattere internazionale, ideata dal contribuente per sottrarsi o minimizzare l'obbligo tributario in un certo Stato mediante l'impiego distorto di una Convenzione stipulata tra

due Stati per l'eliminazione della doppia imposizione internazionale,

impegna il Governo

ad assumere ogni utile iniziativa al fine di evitare il fenomeno del cosiddetto *treaty shopping*.

9/3880/1. Matarrelli, Artini, Baldassarre, Bechis, Brignone, Civati, Andrea Maestri, Pastorino, Segoni, Turco.

*DISEGNO DI LEGGE: RATIFICA ED ESECUZIONE DEI SEGUENTI TRATTATI: A) ACCORDO FRA IL GOVERNO DELLA REPUBBLICA ITALIANA E IL GOVERNO DELLO STATO DEL QATAR SUI SERVIZI AEREI, CON ALLEGATO, FATTO A ROMA IL 24 SETTEMBRE 2002, CON ACCORDO PER L'INTRODUZIONE DI EMENDAMENTI, FATTO A ROMA IL 16 APRILE 2012; B) ACCORDO SUI SERVIZI DI TRASPORTO AEREO TRA IL GOVERNO DELLA REPUBBLICA ITALIANA ED IL GOVERNO DELLA REPUBBLICA ALGERINA DEMOCRATICA E POPOLARE, CON ALLEGATI, FATTO AD ALGERI IL 22 GENNAIO 2013; C) ACCORDO SUI SERVIZI AEREI TRA IL GOVERNO DELLA REPUBBLICA ITALIANA E IL GOVERNO DELLA REPUBBLICA SOCIALISTA DEL VIETNAM, CON ALLEGATI, FATTO A ROMA IL 21 GIUGNO 2013; D) ACCORDO DI COOPERAZIONE NEL CAMPO DEI TRASPORTI MARITTIMI TRA IL GOVERNO DELLA REPUBBLICA ITALIANA ED IL GOVERNO DELLA REPUBBLICA ALGERINA DEMOCRATICA E POPOLARE, FATTO AD ALGERI IL 14 NOVEMBRE 2012; E) ACCORDO TRA IL GOVERNO DELLA REPUBBLICA ITALIANA ED IL GOVERNO DELLA REPUBBLICA DEL KOSOVO SULLA REGOLAMENTAZIONE RECIPROCA DELL'AUTOTRASPORTO INTERNAZIONALE DI VIAGGIATORI E MERCI, FATTO A PRISTINA IL 24 LUGLIO 2014; F) ACCORDO TRA IL GOVERNO DELLA REPUBBLICA ITALIANA ED IL GOVERNO DELLA REPUBBLICA DI MOLDOVA SULLA REGOLAMENTAZIONE RECIPROCA DELL'AUTOTRASPORTO INTERNAZIONALE DI VIAGGIATORI E MERCI, FATTO A ROMA IL 19 SETTEMBRE 1997; G) ACCORDO TRA IL GOVERNO DELLA REPUBBLICA ITALIANA E IL GOVERNO DI SUA ALTEZZA SERENISSIMA IL PRINCIPE DI MONACO CONCERNENTE LA REGOLAMENTAZIONE DEL TRASPORTO INTERNAZIONALE DI VIAGGIATORI E DI MERCI SU STRADA, FATTO A ROMA L'8 NOVEMBRE 2012; H) ACCORDO TRA IL GOVERNO DELLA REPUBBLICA ITALIANA ED IL GOVERNO DEL MONTENEGRO SULLA REGOLAMENTAZIONE RECIPROCA DELL'AUTOTRASPORTO INTERNAZIONALE DI VIAGGIATORI E MERCI, FATTO A ROMA IL 12 MARZO 2014; I) ACCORDO TRA IL GOVERNO DELLA REPUBBLICA ITALIANA ED IL GOVERNO DELLA REPUBBLICA DI SERBIA SULLA REGOLAMENTAZIONE RECIPROCA DELL'AUTOTRASPORTO INTERNAZIONALE DI VIAGGIATORI E MERCI, FATTO AD ANCONA IL 15 OTTOBRE 2013; L) ACCORDO TRA IL GOVERNO DELLA REPUBBLICA ITALIANA ED IL GOVERNO DELLA REPUBBLICA DELL'AZER-*

*BAIJAN SUL TRASPORTO MARITTIMO, FATTO A ROMA IL 14 LUGLIO 2014; M) ACCORDO TRA IL GOVERNO DELLA REPUBBLICA ITALIANA E IL GOVERNO DEL PRINCIPATO DI ANDORRA CONCERNENTE LA REGOLAMENTAZIONE DEL TRASPORTO INTERNAZIONALE DI VIAGGIATORI E DI MERCI SU STRADA, FATTO A BRUXELLES IL 19 MAGGIO 2015 (A.C. 3917-A)*

**A.C. 3917-A – Parere della I Commissione**

PARERE DELLA I COMMISSIONE SULLA PROPOSTA EMENDATIVA PRESENTATA

NULLA OSTA

sull'emendamento contenuto nel fascicolo n. 1.

**A.C. 3917-A – Parere della V Commissione**

PARERE DELLA V COMMISSIONE SUL TESTO DEL PROVVEDIMENTO E SULLE PROPOSTE EMENDATIVE PRESENTATE

Sul testo del provvedimento in oggetto:

PARERE FAVOREVOLE

Sugli emendamenti trasmessi dall'Assemblea:

NULLA OSTA

**A.C. 3917-A – Articolo 1**

ARTICOLO 1 DEL DISEGNO DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE IDENTICO A QUELLO DEL GOVERNO

ART. 1.

*(Autorizzazione alla ratifica).*

1. Il Presidente della Repubblica è autorizzato a ratificare i seguenti Accordi:

a) Accordo fra il Governo della Repubblica italiana e il Governo dello Stato

del Qatar sui servizi aerei, con Allegato, fatto a Roma il 24 settembre 2002, con Accordo per l'introduzione di emendamenti, fatto a Roma il 16 aprile 2012;

b) Accordo sui servizi di trasporto aereo tra il Governo della Repubblica italiana ed il Governo della Repubblica algerina democratica e popolare, con Allegati, fatto ad Algeri il 22 gennaio 2013;

c) Accordo sui servizi aerei tra il Governo della Repubblica italiana e il Governo della Repubblica socialista del Vietnam, con Allegati, fatto a Roma il 21 giugno 2013;

d) Accordo di cooperazione nel campo dei trasporti marittimi tra il Governo della Repubblica italiana ed il Governo della Repubblica algerina democratica e popolare, fatto ad Algeri il 14 novembre 2012;

e) Accordo tra il Governo della Repubblica italiana ed il Governo della Repubblica del Kosovo sulla regolamentazione reciproca dell'autotrasporto internazionale di viaggiatori e merci, fatto a Pristina il 24 luglio 2014;

f) Accordo tra il Governo della Repubblica italiana ed il Governo della Repubblica di Moldova sulla regolamentazione reciproca dell'autotrasporto internazionale di viaggiatori e merci, fatto a Roma il 19 settembre 1997;

g) Accordo tra il Governo della Repubblica italiana e il Governo di sua altezza serenissima il Principe di Monaco concernente la regolamentazione del tra-

sporto internazionale di viaggiatori e di merci su strada, fatto a Roma l'8 novembre 2012;

*h)* Accordo tra il Governo della Repubblica italiana ed il Governo del Montenegro sulla regolamentazione reciproca dell'autotrasporto internazionale di viaggiatori e merci, fatto a Roma il 12 marzo 2014;

*i)* Accordo tra il Governo della Repubblica italiana ed il Governo della Repubblica di Serbia sulla regolamentazione reciproca dell'autotrasporto internazionale di viaggiatori e merci, fatto ad Ancona il 15 ottobre 2013;

*l)* Accordo tra il Governo della Repubblica italiana ed il Governo della Repubblica dell'Azerbaijan sul trasporto marittimo, fatto a Roma il 14 luglio 2014;

*m)* Accordo tra il Governo della Repubblica italiana e il Governo del Principato di Andorra concernente la regolamentazione del trasporto internazionale di viaggiatori e di merci su strada, fatto a Bruxelles il 19 maggio 2015.

#### PROPOSTA EMENDATIVA RIFERITA ALL'ARTICOLO 1 DEL DISEGNO DI LEGGE

##### ART. 1.

*(Autorizzazione alla ratifica).*

*Al comma 1, sopprimere la lettera e).*

*Conseguentemente:*

*all'articolo 2, comma 1, sopprimere le parole: , dall'articolo 29 dell'Accordo di cui all'articolo 1, comma 1, lettera e).*

*all'articolo 3, comma 1, sopprimere le parole: , agli oneri derivanti dalle spese di missione dell'Accordo di cui all'articolo 1, comma 1, lettera e), valutati in euro 4.000 annui ad anni alterni a decorrere dall'anno 2016, e dalle rimanenti spese del-*

*l'Accordo medesimo, pari a euro 1.700 annui ad anni alterni a decorrere dall'anno 2017;*

*al Titolo, sopprimere le parole: e) Accordo tra il Governo della Repubblica italiana ed il Governo della Repubblica del Kosovo sulla regolamentazione reciproca dell'autotrasporto internazionale di viaggiatori e merci, fatto a Pristina il 24 luglio 2014.*

**1. 1.** Gianluca Pini.

#### **A.C. 3917-A – Articolo 2**

#### ARTICOLO 2 DEL DISEGNO DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE IDENTICO A QUELLO DEL GOVERNO

##### ART. 2.

*(Ordine di esecuzione).*

1. Piena ed intera esecuzione è data agli Accordi di cui all'articolo 1, a decorrere dalla data della loro entrata in vigore, in conformità a quanto disposto, rispettivamente, dall'articolo 23 dell'Accordo di cui all'articolo 1, comma 1, lettera *a)*, dall'articolo 28 dell'Accordo di cui all'articolo 1, comma 1, lettera *b)*, dall'articolo 20 dell'Accordo di cui all'articolo 1, comma 1, lettera *c)*, dall'articolo 20 dell'Accordo di cui all'articolo 1, comma 1, lettera *d)*, dall'articolo 29 dell'Accordo di cui all'articolo 1, comma 1, lettera *e)*, dall'articolo 28 dell'Accordo di cui all'articolo 1, comma 1, lettera *f)*, dall'articolo 19 dell'Accordo di cui all'articolo 1, comma 1, lettera *g)*, dall'articolo 29 dell'Accordo di cui all'articolo 1, comma 1, lettera *h)*, dall'articolo 29 dell'Accordo di cui all'articolo 1, comma 1, lettera *i)*, dall'articolo 16 dell'Accordo di cui all'articolo 1, comma 1, lettera *l)*, e dall'articolo 19 dell'Accordo di cui all'articolo 1, comma 1, lettera *m).*

**A.C. 3917-A – Articolo 3****ARTICOLO 3 DEL DISEGNO DI LEGGE  
NEL TESTO DELLA COMMISSIONE****ART. 3.***(Copertura finanziaria).*

1. Agli oneri derivanti dalle spese di missione dell'Accordo di cui all'articolo 1, comma 1, lettera *d*), valutati in euro 4.560 annui ad anni alterni a decorrere dall'anno 2016, e dalle rimanenti spese dell'Accordo medesimo, pari a euro 1.700 annui ad anni alterni a decorrere dall'anno 2017, agli oneri derivanti dalle spese di missione dell'Accordo di cui all'articolo 1, comma 1, lettera *e*), valutati in euro 4.000 annui ad anni alterni a decorrere dall'anno 2016, e dalle rimanenti spese dell'Accordo medesimo, pari a euro 1.700 annui ad anni alterni a decorrere dall'anno 2017, agli oneri derivanti dalle spese di missione dell'Accordo di cui all'articolo 1, comma 1, lettera *f*), valutati in euro 4.000 annui ad anni alterni a decorrere dall'anno 2016, e dalle rimanenti spese dell'Accordo medesimo, pari a euro 1.700 annui ad anni alterni a decorrere dall'anno 2017, agli oneri derivanti dalle spese di missione dell'Accordo di cui all'articolo 1, comma 1, lettera *g*), valutati in euro 4.360 annui ad anni alterni a decorrere dall'anno 2016, e dalle rimanenti spese dell'Accordo medesimo, pari a euro 1.700 annui ad anni alterni a decorrere dall'anno 2017, agli oneri derivanti dalle spese di missione dell'Accordo di cui all'articolo 1, comma 1, lettera *h*), valutati in euro 4.000 annui ad anni alterni a decorrere dall'anno 2016, e dalle rimanenti spese dell'Accordo medesimo, pari a euro 1.700 annui ad anni alterni a decorrere dall'anno 2017, agli oneri derivanti dalle spese di missione dell'Accordo di cui all'articolo 1, comma 1, lettera *i*), valutati in euro 4.000 annui ad anni alterni a decorrere dall'anno 2016, e dalle rima-

nenti spese dell'Accordo medesimo, pari a euro 1.700 annui ad anni alterni a decorrere dall'anno 2017, agli oneri derivanti dalle spese di missione dell'Accordo di cui all'articolo 1, comma 1, lettera *l*), valutati in euro 4.400 annui ad anni alterni a decorrere dall'anno 2016, e dalle rimanenti spese dell'Accordo medesimo, pari a euro 1.700 annui ad anni alterni a decorrere dall'anno 2017, e agli oneri derivanti dalle spese di missione dell'Accordo di cui all'articolo 1, comma 1, lettera *m*), valutati in euro 4.000 annui ad anni alterni a decorrere dall'anno 2016, e dalle rimanenti spese dell'Accordo medesimo, pari a euro 1.700 annui ad anni alterni a decorrere dall'anno 2017, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2016-2018, nell'ambito del programma « Fondi di riserva e speciali » della missione « Fondi da ripartire » dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2016, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale.

4. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

**A.C. 3917-A – Articolo 4****ARTICOLO 4 DEL DISEGNO DI LEGGE  
NEL TESTO DELLA COMMISSIONE****ART. 4.***(Clausola di invarianza finanziaria).*

1. Dalle disposizioni degli Accordi di cui all'articolo 1, comma 1, lettere *a*), *b*) e *c*), non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le amministrazioni e i soggetti interessati provvedono agli adempimenti previsti con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

**A.C. 3917-A – Articolo 5**ARTICOLO 5 DEL DISEGNO DI LEGGE  
NEL TESTO DELLA COMMISSIONE  
IDENTICO A QUELLO DEL GOVERNO

## ART. 5.

*(Entrata in vigore).*

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

**A.C. 3917-A – Ordine del giorno**

## ORDINE DEL GIORNO

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame contiene una discrasia tra il tenore letterale della norma di copertura, che qualifica indiscriminatamente come « valutati » gli oneri derivanti dall'attuazione degli Accordi in

parola, e quanto riportato nella relazione tecnica che opera una distinzione tra oneri « valutati » ossia quelli derivanti dalle spese di missione per l'invio all'estero di personale italiano, che si realizzano quando la riunione degli Organismi misti specificatamente previsti da ciascuno degli Accordi medesimi ha luogo, ad anni alterni, presso il Paese controparte, ed oneri « autorizzati », ossia quelli legati alle spese di interpretariato, che si realizzano invece quando la riunione dei citati organismi ha luogo, sempre ad anni alterni, in Italia;

gli importi considerati sono esigui ma, per quanto si verifichino ad anni alterni, presentano tuttavia carattere permanente e non appaiono limitati al solo anno 2017, come sembrerebbe invece potersi desumere dal tenore letterale dell'articolo 3, comma 1 del provvedimento,

impegna il Governo

a valutare la possibilità di adottare le opportune iniziative, eventualmente anche a livello normativo, al fine di fornire una quantificazione più specifica dei suddetti oneri.

9/3917-A/1. Matarrelli, Artini, Baldassarre, Bechis, Brignone, Civati, Andrea Maestri, Pastorino, Segoni, Turco.

**DISEGNO DI LEGGE: S. 1334 — RATIFICA ED ESECUZIONE DELL'ACCORDO FRA IL GOVERNO DELLA REPUBBLICA ITALIANA E IL GOVERNO DELLA REPUBBLICA DI ANGOLA IN MATERIA DI SICUREZZA ED ORDINE PUBBLICO, FATTO A LUANDA IL 19 APRILE 2012 (APPROVATO DAL SENATO) (A.C. 3941)**

**A.C. 3941 — Parere della I Commissione**

PARERE DELLA I COMMISSIONE SULLA PROPOSTA EMENDATIVA PRESENTATA

NULLA OSTA

sull'emendamento contenuto nel fascicolo n. 1.

**A.C. 3941 — Parere della V Commissione**

PARERE DELLA V COMMISSIONE SUL TESTO DEL PROVVEDIMENTO E SULLE PROPOSTE EMENDATIVE PRESENTATE

Sul testo del provvedimento in oggetto:

PARERE FAVOREVOLE

Sugli emendamenti trasmessi dall'Assemblea:

PARERE CONTRARIO

sull'emendamento 3.1, in quanto suscettibile di determinare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica privi di idonea quantificazione e copertura.

**A.C. 3941 — Articolo 1**

ARTICOLO 1 DEL DISEGNO DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL SENATO

ART. 1.

*(Autorizzazione alla ratifica).*

1. Il Presidente della Repubblica è autorizzato a ratificare l'Accordo fra il Governo della Repubblica italiana e il Governo della Repubblica di Angola in materia di sicurezza ed ordine pubblico, fatto a Luanda il 19 aprile 2012.

**A.C. 3941 — Articolo 2**

ARTICOLO 2 DEL DISEGNO DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL SENATO

ART. 2.

*(Ordine di esecuzione).*

1. Piena ed intera esecuzione è data all'Accordo di cui all'articolo 1, a decorrere dalla data della sua entrata in vigore, in conformità a quanto disposto dall'articolo 13 dell'Accordo stesso.

**A.C. 3941 – Articolo 3****ARTICOLO 3 DEL DISEGNO DI LEGGE  
NEL TESTO DELLA COMMISSIONE  
IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL  
SENATO****ART. 3.***(Copertura finanziaria).*

1. All'onere derivante dalla presente legge, valutato in euro 32.599 per l'anno 2016 e in euro 33.357 a decorrere dall'anno 2017, ad anni alterni, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2016-2018, nell'ambito del programma « Fondi di riserva e speciali » della missione « Fondi da ripartire » dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2016, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale.

2. Ai sensi dell'articolo 17, comma 12, della legge 31 dicembre 2009, n. 196, per le spese di missione di cui agli articoli 4 e 9 dell'Accordo, il Ministro dell'interno provvede al monitoraggio degli oneri di cui alla presente legge e riferisce in merito al Ministro dell'economia e delle finanze. Nel caso si verificano o siano in procinto di verificarsi scostamenti rispetto alle previsioni di cui al comma 1, il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro dell'interno, provvede con proprio decreto alla riduzione, nella misura necessaria alla copertura finanziaria del maggior onere risultante dall'attività di monitoraggio, delle dotazioni finanziarie destinate alle spese di missione e di formazione nell'ambito del programma « Contrasto al crimine, tutela dell'ordine e della sicurezza pubblica » e, comunque, della missione « Ordine pubblico e sicurezza » dello stato di previsione del Ministero dell'interno. Si intendono corrispondentemente ridotti, per il medesimo anno,

di un ammontare pari all'importo dello scostamento, i limiti di cui all'articolo 6, commi 12 e 13, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122.

3. Il Ministro dell'economia e delle finanze riferisce senza ritardo alle Camere con apposita relazione in merito alle cause degli scostamenti e all'adozione delle misure di cui al comma 2.

4. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

**PROPOSTA EMENDATIVA RIFERITA AL-  
L'ARTICOLO 3 DEL DISEGNO DI LEGGE****ART. 3.***(Copertura finanziaria).*

*Al comma 1, sostituire le parole: euro 33.357 con le seguenti: euro 40.000.*

**3. 1.** Gianluca Pini.

**A.C. 3941 – Articolo 4****ARTICOLO 4 DEL DISEGNO DI LEGGE  
NEL TESTO DELLA COMMISSIONE  
IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL  
SENATO****ART. 4.***(Entrata in vigore).*

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

**A.C. 3941 – Ordine del giorno****ORDINE DEL GIORNO**

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame prevede all'articolo 10 che le spese ordinarie con-



nesse alla trattazione di una richiesta sono sostenute dalla Parte richiesta, salvo diverso accordo scritto. Se la richiesta include spese notevoli o straordinarie, le Parti si consultano per stabilire i termini e le condizioni per la trattazione della richiesta e il modo in cui saranno sostenute tali spese (paragrafo 1). Salvo diverso accordo, i costi per le riunioni e per l'alloggio sono sostenuti dalla Parte ricevente, mentre le spese di viaggio dei delegati sono sostenute dalla parte inviante;

la relazione tecnica afferma che per le spese notevoli, in quanto spese straordinarie ed eccezionali, eventuali e non predeterminabili nel quantum, si

provvederà, ove necessario, con un ulteriore provvedimento legislativo recante adeguata quantificazione ed idonea copertura finanziaria,

impegna il Governo

a valutare la possibilità di adottare le opportune iniziative, eventualmente anche a livello normativo, per meglio definire le tipologie di spese straordinarie ed eccezionali di cui in premessa.

9/3941/1. Matarrelli, Artini, Baldassarre, Bechis, Brignone, Civati, Andrea Maestri, Pastorino, Segoni, Turco.

*DISEGNO DI LEGGE: S. 1605 — RATIFICA ED ESECUZIONE DELL'ACCORDO FRA IL GOVERNO DELLA REPUBBLICA ITALIANA E IL GOVERNO DELLA REPUBBLICA DI CAPO VERDE IN MATERIA DI COOPERAZIONE DI POLIZIA, FATTO A PRAIA L'8 LUGLIO 2013 (APPROVATO DAL SENATO) (A.C. 3942)*

**A.C. 3942 – Parere della I Commissione**

PARERE DELLA I COMMISSIONE SULLA PROPOSTA EMENDATIVA PRESENTATA

NULLA OSTA

sull'emendamento contenuto nel fascicolo n. 1.

**A.C. 3941 – Parere della V Commissione**

PARERE DELLA V COMMISSIONE SUL TESTO DEL PROVVEDIMENTO E SULLE PROPOSTE EMENDATIVE PRESENTATE

Sul testo del provvedimento in oggetto:

PARERE FAVOREVOLE

Sugli emendamenti trasmessi dall'Assemblea:

PARERE CONTRARIO

sull'emendamento 3.1, in quanto suscettibile di determinare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica privi di idonea quantificazione e copertura.

**A.C. 3942 – Articolo 1**

ARTICOLO 1 DEL DISEGNO DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL SENATO

ART. 1.

*(Autorizzazione alla ratifica).*

1. Il Presidente della Repubblica è autorizzato a ratificare l'Accordo fra il Governo della Repubblica italiana e il Governo della Repubblica di Capo Verde in materia di cooperazione di polizia, fatto a Praia l'8 luglio 2013.

**A.C. 3942 – Articolo 2**

ARTICOLO 2 DEL DISEGNO DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL SENATO

ART. 2.

*(Ordine di esecuzione).*

1. Piena ed intera esecuzione è data all'Accordo di cui all'articolo 1, a decorrere dalla data della sua entrata in vigore, in conformità a quanto disposto dall'articolo 12 dell'Accordo stesso.

**A.C. 3942 – Articolo 3****ARTICOLO 3 DEL DISEGNO DI LEGGE  
NEL TESTO DELLA COMMISSIONE  
IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL  
SENATO****ART. 3.***(Copertura finanziaria).*

1. Agli oneri derivanti dalle spese di missione dell'Accordo di cui all'articolo 1, valutati in euro 14.904 a decorrere dall'anno 2016, e dalle rimanenti spese, pari a euro 200 a decorrere dall'anno 2016, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2016-2018, nell'ambito del programma «Fondi di riserva e speciali» della missione «Fondi da ripartire» dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2016, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale.

2. Ai sensi dell'articolo 17, comma 12, della legge 31 dicembre 2009, n. 196, il Ministro dell'interno provvede al monitoraggio degli oneri di cui alla presente legge e riferisce in merito al Ministro dell'economia e delle finanze. Nel caso si verificano o siano in procinto di verificarsi scostamenti rispetto alle previsioni di cui al comma 1, il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro dell'interno, provvede con proprio decreto alla riduzione, nella misura necessaria alla copertura finanziaria del maggior onere risultante dall'attività di monitoraggio, delle dotazioni finanziarie destinate alle spese di missione e di formazione nell'ambito del programma «Contrasto al crimine, tutela dell'ordine e della sicurezza pubblica» e, comunque, della missione «Ordine pubblico e sicurezza» dello stato

di previsione del Ministero dell'interno. Si intendono corrispondentemente ridotti, per il medesimo anno, di un ammontare pari all'importo dello scostamento, i limiti di cui all'articolo 6, commi 12 e 13, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, e successive modificazioni.

3. Il Ministro dell'economia e delle finanze riferisce senza ritardo alle Camere con apposita relazione in merito alle cause degli scostamenti e all'adozione delle misure di cui al comma 2.

4. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

**PROPOSTA EMENDATIVA RIFERITA AL-  
L'ARTICOLO 3 DEL DISEGNO DI LEGGE****ART. 3.***(Copertura finanziaria).*

*Al comma 1, sostituire le parole: euro 14.904 con le seguenti: euro 30.000.*

**3. 1.** Gianluca Pini.**A.C. 3942 – Articolo 4****ARTICOLO 4 DEL DISEGNO DI LEGGE  
NEL TESTO DELLA COMMISSIONE  
IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL  
SENATO****ART. 4.***(Entrata in vigore)*

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

**DISEGNO DI LEGGE: S. 1730 — RATIFICA ED ESECUZIONE DELL'ACCORDO INTERINALE IN VISTA DI UN ACCORDO DI PARTENARIATO ECONOMICO TRA LA COMUNITÀ EUROPEA E I SUOI STATI MEMBRI, DA UNA PARTE, E LA PARTE AFRICA CENTRALE, DALL'ALTRA, CON ALLEGATI, FATTO A YAOUNDÉ IL 15 GENNAIO 2009 E A BRUXELLES IL 22 GENNAIO 2009 (APPROVATO DAL SENATO) (A.C. 3945)**

**A.C. 3945 — Parere della I Commissione**

PARERE DELLA I COMMISSIONE SULLA PROPOSTA EMENDATIVA PRESENTATA

NULLA OSTA

Sull'emendamento contenuto nel fascicolo n. 1.

**A.C. 3945 — Parere della V Commissione**

PARERE DELLA V COMMISSIONE SUL TESTO DEL PROVVEDIMENTO E SULLE PROPOSTE EMENDATIVE PRESENTATE

Sul testo del provvedimento in oggetto:

PARERE FAVOREVOLE

sugli emendamenti trasmessi dall'Assemblea:

PARERE CONTRARIO

sull'articolo aggiuntivo 2.01, in quanto suscettibile di determinare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica privi di idonea quantificazione e copertura.

**A.C. 3945 — Articolo 1**

ARTICOLO 1 DEL DISEGNO DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL SENATO

ART. 1.

*(Autorizzazione alla ratifica).*

1. Il Presidente della Repubblica è autorizzato a ratificare l'Accordo interinale in vista di un accordo di partenariato economico tra la Comunità europea e i suoi Stati membri, da una parte, e la parte Africa centrale, dall'altra, con Allegati, fatto a Yaoundé il 15 gennaio 2009 e a Bruxelles il 22 gennaio 2009.

**A.C. 3945 — Articolo 2**

ARTICOLO 2 DEL DISEGNO DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL SENATO

ART. 2.

*(Ordine di esecuzione).*

1. Piena ed intera esecuzione è data all'Accordo di cui all'articolo 1, a decorrere dalla data della sua entrata in vigore, in conformità a quanto disposto dall'articolo 98 dell'Accordo stesso.

PROPOSTA EMENDATIVA RIFERITA ALL'ARTICOLO 2 DEL DISEGNO DI LEGGE

ART. 2.

*(Ordine di esecuzione).*

*Dopo l'articolo 2, aggiungere il seguente:*

ART. 2-bis. — *(Prevenzione e contenimento dei flussi migratori).* — 1. L'Accordo interinale in vista di un accordo di partenariato economico tra la Comunità europea e i suoi Stati membri, da una parte, e la parte Africa centrale, dall'altra, con Allegati, di cui all'articolo 1, è finalizzato anche alla prevenzione e al contenimento dei flussi migratori diretti verso l'Unione europea.

2. 01. Gianluca Pini.

*(Inammissibile)*

**A.C. 3945 – Articolo 3**

ARTICOLO 3 DEL DISEGNO DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL SENATO

ART. 3.

*(Copertura finanziaria).*

1. All'onere derivante dall'articolo 7, paragrafi 3 e 4, e dall'articolo 11 del Protocollo allegato all'Accordo di cui all'articolo 1, valutato in euro 17.504 annui a decorrere dall'anno 2016, si provvede mediante corrispondente riduzione della proiezione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2015-2017, nell'ambito del programma «Fondi di riserva e speciali» della missione «Fondi da ripartire» dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2015, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale.

2. Ai sensi dell'articolo 17, comma 12, della legge 31 dicembre 2009, n. 196, il

Ministro dell'economia e delle finanze provvede al monitoraggio degli oneri di cui alla presente legge. Nel caso si verificano o siano in procinto di verificarsi scostamenti rispetto alle previsioni di cui al comma 1, il Ministro dell'economia e delle finanze provvede con proprio decreto alla riduzione, nella misura necessaria alla copertura finanziaria del maggior onere risultante dall'attività di monitoraggio, delle dotazioni finanziarie destinate alle spese di missione nell'ambito del programma «Regolazione giurisdizione e coordinamento del sistema della fiscalità» e, comunque, della missione «Politiche economico-finanziarie e di bilancio» dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze. Si intende corrispondentemente ridotto, per il medesimo anno, di un ammontare pari all'importo dello scostamento il limite di cui all'articolo 6, comma 12, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, e successive modificazioni.

3. Il Ministro dell'economia e delle finanze riferisce senza ritardo alle Camere con apposita relazione in merito alle cause degli scostamenti e all'adozione delle misure di cui al comma 2.

4. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

5. Agli eventuali oneri finanziari aggiuntivi non quantificati derivanti dall'esecuzione dell'Accordo di cui all'articolo 1 si fa fronte con apposito provvedimento legislativo.

**A.C. 3945 – Articolo 4**

ARTICOLO 4 DEL DISEGNO DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL SENATO

ART. 4.

*(Entrata in vigore).*

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

**A.C. 3945 – Ordine del giorno**

## ORDINE DEL GIORNO

La Camera,

premesso che:

la relazione tecnica del provvedimento in esame imputa specificatamente gli oneri da essa indicati agli articoli 7 e 11 dell'Accordo senza tuttavia chiarire se ciò possa esaurire gli effetti potenziali di maggiore spesa per gli Stati dell'Unione europea, quali ad esempio quelli riconducibili agli articoli 7, 9 e 28 dell'Accordo;

per quanto concerne l'articolo 20, paragrafo 1, dell'Accordo, la relazione tecnica afferma che le minori entrate conseguenti all'abolizione dei dazi doganali nei confronti degli Stati contraenti dell'Africa centrale trovano compensazione nel venir meno delle corrispondenti spese, determinando quindi la neutralità del meccanismo per i saldi di finanza pubblica,

impegna il Governo

a valutare la possibilità di adottare le opportune iniziative, eventualmente anche a livello normativo, per le opportune compensazioni di spesa.

9/3945/1. Matarrelli, Artini, Baldassarre, Bechis, Brignone, Civati, Andrea Maestri, Pastorino, Segoni, Turco.

*DISEGNO DI LEGGE: S. 2026 – RATIFICA ED ESECUZIONE DELL'ACCORDO TRA IL GOVERNO DELLA REPUBBLICA DI SLOVENIA, IL GOVERNO DI UNGHERIA E IL GOVERNO DELLA REPUBBLICA ITALIANA SULLA MULTINATIONAL LAND FORCE (MLF), CON ANNESSO, FATTO A BRUXELLES IL 18 NOVEMBRE 2014 (APPROVATO DAL SENATO) (A.C. 3947)*

**A.C. 3947 – Parere della I Commissione**

PARERE DELLA I COMMISSIONE SULLA PROPOSTA EMENDATIVA PRESENTATA

NULLA OSTA

Sull'emendamento contenuto nel fascicolo n. 1.

**A.C. 3947 – Parere della V Commissione**

PARERE DELLA V COMMISSIONE SUL TESTO DEL PROVVEDIMENTO E SULLE PROPOSTE EMENDATIVE PRESENTATE

Sul testo del provvedimento in oggetto:

PARERE FAVOREVOLE

sugli emendamenti trasmessi dall'Assemblea:

NULLA OSTA

**A.C. 3947 – Articolo 1**

ARTICOLO 1 DEL DISEGNO DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL SENATO

ART. 1.

*(Autorizzazione alla ratifica).*

1. Il Presidente della Repubblica è autorizzato a ratificare l'Accordo tra il Governo della Repubblica di Slovenia, il Governo di Ungheria e il Governo della Repubblica italiana sulla *Multinational Land Force* (MLF), con Annesso, fatto a Bruxelles il 18 novembre 2014.

**A.C. 3947 – Articolo 2**

ARTICOLO 2 DEL DISEGNO DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL SENATO

ART. 2.

*(Ordine di esecuzione).*

1. Piena ed intera esecuzione è data all'Accordo di cui all'articolo 1 a decorrere

dalla data della sua entrata in vigore, in conformità a quanto disposto dall'articolo 13 dell'Accordo stesso.

**PROPOSTA EMENDATIVA RIFERITA ALL'ARTICOLO 2 DEL DISEGNO DI LEGGE**

**ART. 2.**

*(Ordine di esecuzione).*

*Dopo l'articolo 2, aggiungere il seguente:*

**ART. 2-bis.** — *(Impiego della Multinational Land Force (MLF) nel controllo dei flussi migratori).* — 1. D'intesa con le controparti, la *Multinational Land Force (MLF)* oggetto dell'Accordo di cui all'articolo 1 potrà essere utilizzata sul territorio di uno qualsiasi degli Stati contraenti anche per respingere afflussi migratori improvvisi o eccezionalmente grandi.

**2. 01.** Gianluca Pini.

**A.C. 3947 – Articolo 3**

**ARTICOLO 3 DEL DISEGNO DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL SENATO**

**ART. 3.**

*(Copertura finanziaria).*

1. Agli oneri derivanti dall'articolo 3 dell'Accordo di cui all'articolo 1, valutati

in euro 17.096 annui a decorrere dall'anno 2016, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2016-2018, nell'ambito del programma « Fondi di riserva e speciali » della missione « Fondi da ripartire » dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2016, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale.

2. Ai sensi dell'articolo 17, comma 12, della legge 31 dicembre 2009, n. 196, il Ministro della difesa provvede al monitoraggio degli oneri di cui alla presente legge e riferisce in merito al Ministro dell'economia e delle finanze. Nel caso si verificano o siano in procinto di verificarsi scostamenti rispetto alle previsioni di cui al comma 1, il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro della difesa, provvede con proprio decreto alla riduzione, nella misura necessaria alla copertura finanziaria del maggior onere risultante dall'attività di monitoraggio, delle dotazioni finanziarie rimodulabili di parte corrente di cui all'articolo 21, comma 5, lettera b), della legge 31 dicembre 2009, n. 196, destinate alle spese di missione nell'ambito del programma « Pianificazione generale delle Forze Armate e approvvigionamenti militari » e, comunque, della missione « Difesa e sicurezza del territorio » dello stato di previsione del Ministero della difesa. Il Ministro dell'economia e delle finanze riferisce senza ritardo alle Camere con apposita relazione in merito alle cause degli scostamenti e all'adozione delle misure di cui al presente comma.

3. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.



**A.C. 3947 – Articolo 4**

ARTICOLO 4 DEL DISEGNO DI LEGGE  
NEL TESTO DELLA COMMISSIONE  
IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL  
SENATO

ART. 4.

*(Clausola di invarianza finanziaria).*

1. Dalle disposizioni dell'Accordo di cui all'articolo 1, ad esclusione dell'articolo 3, non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

**A.C. 3947 – Articolo 5**

ARTICOLO 5 DEL DISEGNO DI LEGGE  
NEL TESTO DELLA COMMISSIONE  
IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL  
SENATO

ART. 5.

*(Entrata in vigore).*

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

PAGINA BIANCA

*Stabilimenti Tipografici  
Carlo Colombo S.p.A.*



\*17ALA0007110\*