



# Disposizioni per la prevenzione e la cura dell'obesità

## A.C. 741

Dossier n° 149 - Schede di lettura  
25 luglio 2023

### Informazioni sugli atti di riferimento

|                          |  |
|--------------------------|--|
| A.C.                     | 741  |
| Titolo:                  | Disposizioni per la prevenzione e la cura dell'obesità   |
| Iniziativa:              | Parlamentare   |
| Primo firmatario:        | Pella  |
| Iter al Senato:          | No   |
| Numero di articoli:      | 11   |
| Date:                    |  |
| presentazione:           | 28 dicembre 2022   |
| assegnazione:            | 16 febbraio 2023   |
| Commissione competente : | XII Affari sociali   |
| Sede:                    | referente  |
| Pareri previsti:         | I, V, VI (ex articolo 73, comma 1-bis, del regolamento, per gli aspetti attinenti alla materia tributaria), VII, X, XI e XIV |

### Contenuto e quadro di contesto

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

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

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

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

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

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

La proposta di legge in esame, **all'articolo 1**, detta i principi fondamentali in materia di **prevenzione e di cura dell'obesità** e dei **disturbi dell'alimentazione**, al fine di garantire la tutela della salute ed il miglioramento delle condizioni di vita dei pazienti affetti da questa patologia (comma 1).

Viene innanzitutto stabilito il principio che l'obesità, correlata ad altre patologie di interesse sociale, può essere definita come **malattia cronica di interesse sociale** (comma 2).

**L'articolo 2** prevede che l'assistenza ai soggetti affetti da obesità rientri nei **livelli essenziali di assistenza** per garantire equità ed accesso alle cure .

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

Si segnala che il **procedimento per l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza** è fissato dalla legge di stabilità 2016 (art. 1, commi 554 e 559, della [legge 208/2015](#)) con **procedure diverse a seconda delle ipotesi di aggiornamento**. Più precisamente: a) **aggiornamento dei LEA (inserimento nei LEA di nuovi servizi, attività e prestazioni) con incremento di oneri per la finanza pubblica** ai sensi del comma 554 della legge di stabilità 2016. Tale procedura, seguita per l'emanazione prevede: schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri; pre-concertazione tecnica con Ministero dell'Economia e delle Finanze; intesa con la Conferenza Stato-Regioni sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri; parere delle Commissioni parlamentari Camera e Senato; b) **aggiornamento dei LEA a parità di risorse per modifiche degli elenchi prestazionali ovvero per l'individuazione di misure intese ad incrementare l'appropriatezza dell'erogazione delle medesime prestazioni** ai sensi del **comma 559** della legge di stabilità 2016. Tale procedura prevede: schema di decreto del Ministro della salute; pre-concertazione tecnica con Ministero dell'Economia e delle Finanze; parere della Conferenza Stato-regioni sullo schema di decreto; parere delle Commissioni parlamentari competenti.

L'organismo competente per l'aggiornamento dei LEA è la [Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale](#) istituita dal comma 556 della stabilità 2016. La Commissione è nominata e presieduta dal Ministro della salute, con la partecipazione delle Regioni, dell'Istituto superiore di sanità - ISS, dell'Agenzia italiana del farmaco - AIFA, del Ministero dell'economia e finanza e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali - Agenas.

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

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

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

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

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

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

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

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

alla **prevenzione dell'obesità** e delle relative complicanze, nonché al miglioramento della cura delle persone con obesità (lettera a);

- ad **agevolare l'inserimento delle persone con obesità** nelle attività scolastiche, lavorative e sportivo-ricreative (lettera b);
- alla promozione delle attività sportive e della **conoscenza delle principali regole alimentari** nelle scuole primaria e secondaria di primo e di secondo grado finalizzate a migliorare lo stile di vita degli studenti (lettera c);
- alla previsione, nell'ambito della programmazione didattica delle predette istituzioni scolastiche, dell'introduzione di 120 minuti settimanali facoltativi per lo svolgimento di attività sportive, anche nelle ore pomeridiane, e di programmi di insegnamento di un corretto stile di vita (lettera d);

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

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

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

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

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

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

promuovere la salute e contrastare l'obesità infantile e in età scolare; 4) migliorare la pianificazione e lo sviluppo delle politiche per affrontare l'obesità infantile negli Stati membri a livello europeo, nazionale, regionale e locale; 5) facilitare la trasferibilità e la sostenibilità delle buone pratiche negli Stati membri.

- alla **formazione e aggiornamento** sul tema degli studenti universitari, dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e del personale del Servizio sanitario nazionale che intervengono nei processi di prevenzione, diagnosi e cura dell'obesità (lettera g);
- alla **realizzazione di reti regionali** per l'assistenza alla persona con obesità, attraverso l'integrazione dei centri di riferimento regionali per la cura dell'obesità con la chirurgia bariatrica e la medicina territoriale (lettera h);
- alla garanzia del pieno accesso alle cure e ai trattamenti nutrizionali, farmaceutici e chirurgici (lettera i);

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

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

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

L'**articolo 5** introduce la "**Tessera per l'assistenza**", vale a dire una tessera personale che attesta, per ogni cittadino affetto da obesità, l'esistenza della malattia, sulla base di una **certificazione del medico curante** (comma 1).

I cittadini muniti di tale tessera hanno diritto, dietro presentazione della relativa prescrizione medica, alla fornitura gratuita dei presidi diagnostici e terapeutici correlati all'obesità e alle relative complicanze accertate (comma 2). Il comma 3 precisa che l'obesità priva di complicanze invalidanti non costituisce elemento ostativo all'idoneità fisica per l'iscrizione nelle scuole di ogni ordine e grado e per l'accesso alle attività lavorative e sportive.

Gli **articoli da 6 a 9** intervengono sulla normativa fiscale vigente in tema di detraibilità e deducibilità delle somme spese per attività e impianti sportivi, e in materia di aliquote IVA per incentivare le attività sportive e disincentivare il consumo di alimenti e bevande contenenti sostanze dannose.

L'**articolo 6**, mediante modifiche testuali all'articolo 15, comma 1, lettera *i-quinquies*), del TUIR (Testo unico delle imposte sui redditi - [DPR n. 917/1986](#)):

- **incrementa da 210 a 800 euro l'importo detraibile dall'Irpef per oneri sostenuti dal contribuente per l'iscrizione annuale e l'abbonamento ad associazioni sportive, palestre, piscine ed altre strutture ed impianti sportivi destinati alla pratica sportiva dilettantistica**, ove rispondenti alle caratteristiche individuate dalla normativa vigente;

- sopprime il vincolo per cui tali spese devono essere sostenute per i ragazzi di età compresa tra 5 e 18 anni, ampliando in tal modo **l'ambito soggettivo** della detrazione, che si intende in tal modo rendere **fruibile per tutti i contribuenti Irpef**.

L'**articolo 7 (comma 1)**, mediante due modifiche testuali all'articolo 100 del citato TUIR:

- sopprime il riferimento al requisito della volontarietà, relativo alle **spese** sostenute da **società ed enti commerciali** in relazione ad **opere o servizi utilizzabili dalla generalità dei dipendenti o categorie di dipendenti per finalità di educazione, istruzione, ricreazione, assistenza sociale e sanitaria o culto**, che è possibile **dedurre dalla base imponibile Ires** per un ammontare complessivo non superiore al 5 per mille dell'ammontare delle spese per prestazioni di lavoro dipendente risultante dalla dichiarazione dei redditi (c.d. oneri di utilità sociale). Di conseguenza, si intende **rendere deducibili dall'Ires gli oneri di utilità sociale**, nei limiti di legge, anche **qualora le relative spese non siano state volontariamente sostenute dal soggetto passivo**;

- inserisce una nuova disposizione (**comma 1-bis**) ai sensi della quale le **spese** relative all'acquisto, alla costruzione e all'arredo di **impianti sportivi aziendali** nonché alla manutenzione ordinaria e straordinaria degli impianti stessi e delle relative strutture, messi a disposizione anche a titolo gratuito dei dipendenti, **sono integralmente deducibili dall'Ires**.

Il **comma 2 dell'articolo 7** apporta modifiche alla disciplina dell'Irap e, in particolare, all'articolo 5 del [D. Lgs. n. 446/1997](#) che disciplina la base imponibile (valore della produzione netta) dell'imposta per le società di capitali e degli enti commerciali.

Per effetto delle modifiche proposte, viene inserito un **nuovo comma 3-bis** all'articolo 5, che dispone **l'integrale deducibilità dall'Irap delle spese** relative all'acquisto, alla costruzione e all'arredo di **impianti sportivi aziendali** nonché alla manutenzione ordinaria e straordinaria degli impianti stessi e delle relative strutture, messi a disposizione anche a titolo gratuito dei dipendenti.

L'**articolo 8** interviene modificando la tabella A, parte II-bis, allegata al D.P.R. IVA ([D.P.R. n. 633/1972](#)) che individua i beni e i servizi sottoposti ad aliquota ridotta al cinque per cento.

Con l'inserimento di un nuovo numero nella predetta tabella, si **riduce** dal 22 (attuale aliquota ordinaria) **al 5% l'aliquota Iva applicabile all'iscrizione annuale e all'abbonamento a palestre, associazioni sportive, piscine e altre strutture e impianti sportivi.**

*Sotto il profilo della formulazione della norma, si segnala che la disposizione propone l'aggiunta del numero 1-sexies, che risulta già esistente, in luogo del numero 1-septies.*

L'**articolo 9** interviene **sulla tabella B** allegata al richiamato [D.P.R. n. 633 del 1972](#).

Si ricorda preliminarmente che la **tabella B** individua specifiche **categorie di prodotti** per cui sono previsti dei **limiti alla detrazione dell'Iva**, nel caso di loro acquisto o all'importazione (articolo 19-bis.1 del medesimo D.P.R. n. 633 del 1972).

Per tali prodotti, **l'Iva** sull'acquisto e sull'importazione è **ammessa in detrazione** soltanto se i **beni formano oggetto dell'attività propria dell'impresa**; è in ogni caso **esclusa** per gli **esercenti arti e professioni**.

Con le modifiche in commento, tra i prodotti per cui vigono limiti alla detraibilità dell'Iva sull'acquisto o sull'importazione vengono introdotti gli **alimenti e bevande contenenti un elevato apporto totale di acidi grassi saturi, di acidi grassi trans, di zuccheri semplici aggiunti, di sodio, di nitriti, di nitrati e di altre sostanze** in vario modo utilizzate, individuati in un elenco che deve essere predisposto dal Ministero della salute.

Infine, **gli articoli 10 e 11** dispongono, rispettivamente, il **divieto di somministrazione mediante distributori automatici di alimenti e bevande contenenti sostanze dannose** e la promozione di **azioni di informazione e di educazione rivolte alla popolazione** per un corretto stile di alimentazione e di nutrizione.

Il **comma 1 dell'articolo 10**, più in dettaglio, impone il divieto di somministrazione, effettuata mediante distributori automatici collocati in luoghi pubblici, di alimenti e bevande contenenti un elevato apporto totale di acidi grassi saturi, di acidi grassi trans, di zuccheri semplici aggiunti, di sodio, di nitriti, di nitrati e di altre sostanze in vario modo utilizzate, individuate (al comma 2) mediante **apposito elenco** di quelle considerate dannose, ad opera del Ministero della salute, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, stabilendone le **quantità massime consentite** negli alimenti e nelle bevande.

L'**articolo 11** attribuisce al **Ministero della salute il compito di individuare, promuovere e coordinare azioni di informazione e di educazione** rivolte alla popolazione e finalizzate a sviluppare la conoscenza di un corretto stile di alimentazione e di nutrizione, oltre a favorire la pratica dell'attività fisica e la lotta contro la sedentarietà, anche mediante le amministrazioni locali, gli istituti scolastici, le farmacie, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e le reti socio-sanitarie di prossimità.

## Relazioni allegata o richieste

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

## Rispetto delle competenze legislative costituzionalmente definite

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

La materia trattata pertanto attiene sia all'ambito della determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, oggetto di potestà legislativa esclusiva dello Stato (ai sensi dell'articolo 117, comma 2, lettera m) della Costituzione) che alla tutela della salute, oggetto di potestà legislativa concorrente ai sensi dell'articolo 117, comma 3 della Costituzione.

