



www.comitatomcs.eu

comitatomcs@gmail.com

comitatomcs@pec.it

Claudio Fiori +39 3498332276



direzione@ascoltoeazione.it

ascoltoeazione@pec.it

www.ascoltoeazione.it

La tutela della salute da parte dello Stato quale fondamentale diritto dell'individuo, sancito dalla Costituzione all'articolo 32, deve essere applicata nei confronti di tutti i cittadini, nessuno escluso.

Gli interventi disposti nella presente proposta, in favore dei soggetti colpiti dalla MCS vanno in questa direzione, lo Stato e le Regioni, ognuno per le proprie competenze, sono chiamati a predisporre gli adeguati strumenti per affrontare quella che è una vera e propria emergenza sanitaria.

La nostra società si trova ad affrontare un'era storica, rappresentata da una serie di malattie croniche, autoimmuni, osteoarticolari e neurologiche, la più diffusa è chiamata Sensibilità Chimica Multipla conosciuta anche come MCS dall'acronimo delle parole **M**ultiple **C**hemical **S**ensitivity.

Questa patologia colpisce un'alta percentuale della popolazione, la gravità della situazione è confermata dai dati che attestano il continuo e progressivo incremento di persone affette, ciò determina un forte impatto sociale; per l'elevata incidenza, per i costi economici e per la riduzione della qualità della vita.

Si tratta di una sindrome il cui esordio è a qualsiasi età e classe sociale, in un rapporto uomini/donne di 1 a 3. Nell'arco di pochi anni dalla manifestazione i sintomi si cronicizzano e, senza un'adeguata terapia, la patologia può avere conseguenze molto gravi sino a provocare emorragie, collassi, ictus, infarti e tumori.

La M.C.S. comporta una situazione di completa privazione della libertà e dell'autonomia personali che costringe il malato a un forte isolamento socio-relazionale e di conseguenza ad un'accentuata mancanza di rapporti con l'esterno, con gli amici e con i propri cari.

La malattia è irreversibile e progressiva e difficilmente è possibile il ritorno allo stato originario di tolleranza.

Le sostanze chimiche danneggiano il fegato e il sistema immunitario, sopprimendo la mediazione cellulare che controlla il modo in cui il corpo si protegge dagli agenti estranei.

I sintomi avvengono come risposta all'esposizione a molti composti chimici presenti nell'ambiente in dosi anche notevolmente inferiori a quelle tollerate dalla popolazione in generale.

Il corpo non tollera anche una minima traccia di sostanze di sintesi nell'ambiente quali; insetticidi, pesticidi, disinfettanti, detersivi, profumi, deodoranti personali o per la casa, vernici, solventi, colle e prodotti catramosi, preservanti del legno, alcuni materiali per l'edilizia, carta stampata, inchiostri, scarichi delle auto, fumi di stufe, camini, prodotti plastici, farmaci, anestetici, formaldeide, tessuti, carburanti e tutto ciò che è di derivazione petrolchimica.

La M.C.S. colpisce tra 1,5 e il 3% della popolazione (studio Heuser 1998 USA), ed è causa di moltissime patologie disabilitanti che interessano vari sistemi quali: sistema renale, gli apparati respiratorio, cardiocircolatorio, digerente, tegumentario, sistema neurologico, sistema muscolo scheletrico ed endocrino - immunitario.

Il Consesso internazionale del 1999, frutto di un'indagine multidisciplinare condotta per dieci anni da 89 medici e ricercatori con vasta esperienza e composto da 36 specialisti in allergia, 23 in medicine professionali 20 in ecologia clinica, e 10 in medicina interna e otorinolaringoiatria, ha definito questa patologia come:

- uno stato cronico
- con sintomi che ricorrono in maniera riproducibile
- in risposta a bassi livelli d'esposizione
- a prodotti chimici multipli e non connessi tra di loro
- che migliorano o scompaiono quando gli elementi scatenanti sono rimossi.

Lo stesso Consesso ha determinato che la M.C.S. si presenta con vari livelli di gravità: alcuni soggetti soffrono solo occasionalmente, con sintomi lievi e ipersensibilità olfattiva, mentre altri sono completamente disabili al punto di dover bonificare il proprio ambiente e ridurre la propria vita sociale e incontri solo con persone adeguatamente "decontaminate".

La consapevolezza che esistono diversi genotipi metabolici, cioè sottopopolazioni capaci di disintossicarsi dalle sostanze chimiche in modo più o meno efficace, suggerisce di per sé la necessità di un'adeguata attenzione sanitaria verso le fasce più deboli, soprattutto perché nel 2004 due studi (di cui uno dell'università di Toronto, finanziato dal Ministero della salute dell'Ontario e da «Genoma Canada») hanno dimostrato che i malati di M.C.S. appartengono proprio a questa categoria e che l'eziopatogenesi della M.C.S. è legata a una predisposizione metabolica, attivata però da agenti chimici ambientali.

Esiste un'ampia bibliografia di studi sia internazionali sia italiani sull'M.C.S. nei quali essa è definita quale sindrome fisica-organica, molti altri studi sono all'interno di ricerche multi-disciplinari.

Il fatto che nel 2006 sia stata adottata la legislazione dell'Unione Europea sulla registrazione, valutazione e autorizzazione delle sostanze chimiche (REACH) suggerisce, inoltre, che la MCS possa essere l'effetto di un'errata politica di gestione del rischio e rappresenti, perciò, un monito più generale sugli effetti acuti e cronici dell'esposizione all'inquinamento ambientale e domestico.

Alcuni malati gravi hanno ottenuto l'invalidità civile al cento per cento a causa dell'M.C.S. e patologie affini. Purtroppo, molti malati stentano a ottenere qualsiasi assistenza medica, oppure si rivolgono a più specialisti, incorrendo in diagnosi e terapie spesso inutili, a volte dannose, e in ogni caso con un pesante e ingiustificato aggravio economico, che purtroppo spesso non dà risultati di alcun tipo.

Gli studi e le ricerche statunitensi sull'M.C.S. si sono intensificati a partire dagli anni '90, in concomitanza con la diffusione della malattia tra le truppe statunitensi impegnate nella guerra in Iraq. E' noto, infatti, che il 30% dei soldati americani impegnati nella prima guerra del Golfo Persico è tornato con l'M.C.S. (definita anche Sindrome del Golfo).

Con l'emergenza sanitaria, emersa con i veterani, le istituzioni americane hanno attuato provvedimenti in favore di questi malati con diversi articoli all'interno delle leggi sulla disabilità.

L'MCS è sottoposta ad attenzione da Stati, Contee, Città, Organizzazioni e Amministrazioni Americane sin dal 1998, per mezzo della legge federale per la disabilità "American with Disabilities Act" (ADA) E' seguita da agenzie federali quali l'Environmental Protection Agency, l'U.S. Housing and Urban Development, e da molte amministrazioni locali;

A Bruxelles il 15 novembre 2002 è stata presentata da diversi scienziati facenti parte dell'Active Citizen Network (Cittadinanzattiva) la "Carta Europea dei Diritti del Malato".

L'M.C.S. è classificata dalla Germania sin dal 1998 nell'International Code of Disease con il codice T 78.4 nel capitolo 19 "Lesioni, avvelenamenti altre conseguenze determinate da cause esterne" e nella Sezione T 66-T 78 "Altri e non meglio precisati danni da fattori esterni".

Sempre nello stesso documento il Ministero del Welfare e del Lavoro tedesco, non descrive la malattia come psicosomatica (di origine psicologica o psichiatrica) mettendo fine alla discriminazione di questa patologia, che invece ha origine dall'inquinamento ambientale.

L'Austria ha inserito l'M.C.S nell'ICD-10, già nel 2001, precisando altresì che la malattia "non può essere classificata tra i disturbi psichici".

Il Ministero della Salute, del Lavoro e della Previdenza Sociale e il Ministero dell'Economia, del Commercio e dell'Industria del Giappone, che da anni già riconosceva la Sindrome dell'Edificio Malato, ha inserito sin dall'ottobre 2009 l'M.C.S con il codice T 65.9 riferito a: Disturbo respiratorio non specificato in relazione all'esposizione a sostanze chimiche, gas, fumi, vapori".

Dal Settembre 2014 la Spagna ha riconosciuto l'M.C.S. con il codice 995.3 nel vigente ICD-9 all'interno del gruppo di "allergie non specifiche"

Anche la Danimarca ha riconosciuto l'MCS come malattia rara, con il codice DR688A1 con il conseguente accorpamento della stessa (come avviene per decine di altre patologie) in gruppi di malattie aventi sintomi simili come: Avvelenamento, Intossicazione, Allergia.

Dal 2004 sempre il Ministero della salute della Danimarca ha aperto un osservatorio sull'MCS, stimando in 50.000 il numero dei malati. Nel 2005, il Ministero dell'Ambiente ha aperto presso l'ospedale di Gentofte Amtssygehus un centro di ricerca sulla sensibilità chimica, stimando che l'M.C.S. colpisca il 10 % della popolazione.

Il veneto ha riconosciuto il 5-3-2013, la patologia con la deliberazione legislativa n°2. Lasciando però ancora inattuati alcuni punti indispensabili della legge.

In Emilia Romagna a oggi sono 16 i Comuni che in circa tre mesi hanno intrapreso lo stesso iter del Veneto, interessando a più riprese la Regione.

In Italia la M.C.S. è citata, come problema emergente, nelle Linee-guida per la tutela e la promozione della salute negli ambienti confinati, di cui all'accordo 27 settembre 2001 tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 276 del 27 novembre 2001. Nella premessa del Piano Nazionale malattie rare 2013/2016 redatto dal Ministero della Salute a pagina 4 si legge: *Si può quindi stimare che la prevalenza dei malati rari complessivamente considerati sia dal 50 al 100% superiore a quella stimata per il solo elenco del DM 279/2001, cioè da 7,5 a 10 per 1000 residenti. Secondo queste stime in Italia ci sarebbero dai 450.000 ai 600.000 malati rari, di cui solo 300.000 presentati in forme, comprese nell'attuale elenco allegato al DM 279/2001*

Il Consiglio Superiore della Sanità nella seduta del 25 settembre 2008 Sessione XLV Sezione II nell'articolo 3 scrive: la condizione nota come Sensibilità Chimica Multipla **non può essere considerata rara**, attese anche le stime di prevalenza dei sintomi, oscillanti tra il 2 e il 10% della popolazione generale.

Nella CARTA DEI DIRITTI FONDAMENTALI DELL'UNIONE EUROPEA nel capo IV SOLIDARIETA' sono utili gli articoli 34 paragrafi 1-2-3- e l'articolo 35 nel quale si parla di PROTEZIONE ALLA SALUTE .

Nella G.U.276 del 27 Novembre 2001 supplemento ordinario n°252 pagina 29 comma 6.9 si definisce **chiaramente cos'è la Sensibilità Chimica Multipla**. Mentre a pagina 56 tra gli obiettivi è chiaramente citata la **riduzione/abbattimento nell'esposizione della popolazione agli inquinanti**.

Nel Repertorio Atti n. 1292 del 27 settembre 2001 CONFERENZA STATO REGIONI SEDUTA DEL 27 SETTEMBRE 2001 a pagina 25 è scritto: Un quadro patologico particolare è la "**Sindrome da sensibilità chimica multipla o Multiple Chemical Sensitivity syndrome (M.C.S.)**" che comprende una sindrome caratterizzata da reazioni negative dell'organismo ad agenti chimici e ambientali presenti a concentrazioni generalmente tollerate dalla maggioranza dei soggetti.

Attualmente l'M.C.S. è riconosciuta dalle regioni Abruzzo, Basilicata, Veneto, Umbria e Marche. La Regione Marche pur nel periodo in cui non era attuato il riconoscimento, con la DGR 643 dell'11 giugno 2007, aveva autorizzato le Zone Territoriali a erogare annualmente per ogni paziente affetto da Sensibilità Chimica Multipla una cifra di 6.000 € per le spese sostenute, più altre 6.000 € sempre annuali, per far fronte ai costi non altrimenti rimborsabili.

Poche centinaia di casi riferiti dall'Istituto superiore di sanità, rappresentano solo la punta di un iceberg. Le difficoltà di accesso dei malati italiani ai servizi sanitari pubblici e privati, a causa della mancanza di unità ambientali controllate, prive di sostanze tossiche, rendono ulteriormente difficile la valutazione del fenomeno e impongono la necessità di adeguare le normative vigenti sulla tutela della salute pubblica a questo nuovo tipo d'invalidità.

Dobbiamo attivarci, al fine di prendere in considerazione il problema di questa patologia, particolarmente grave e ad alta invalidità, affinché siano messe a disposizione dei malati, adeguate strutture per l'assistenza di cura e riabilitazione; prevedere la possibilità, attraverso il S.S.N. di garantire l'erogazione dei farmaci salvavita, siano essi allopatici, omeopatici o fitoterapici.

Il fatto che la M.C.S. non sia riconosciuta in tutto il territorio nazionale, rende la situazione dei malati di MCS insostenibile e drammatica.

I malati più gravi spesso faticano a ottenere di poter usufruire delle cure necessarie secondo i protocolli nazionali e internazionali.

E' doveroso per tutti noi pensare che con una diagnosi precoce, fatta in Italia, da Medici Italiani, presso le nostre U.L.S. o Centri di Riferimento Regionali appositi, avremmo meno peggioramenti, la speranza di un futuro più sereno per tutte queste persone, e la possibilità di vederle reinserite nel tessuto produttivo e sociale.

Come ricordato in precedenza, non esistono cure di ritorno allo stadio di tolleranza degli agenti chimici, tuttavia protocolli sanitari nazionali, ed internazionali prevedono l'assunzione d'integratori e di farmaci privi di additivi chimici, speciali cure di disintossicazione dall'accumulo di sostanze chimiche, in unità ospedaliere ad hoc, terapie quotidiane particolari che aiutano l'espulsione di sostanze per le quali non si hanno più difese.

Per le persone ammalate è difficile essere presi in carico anche nei Pronto Soccorso o in strutture mediche, ambulatoriali, studi dentistici, sale per ecografie, tac, risonanze, poiché solo affrontando gravi difficoltà fisiche, che poi si protraggono per giorni, possono rivolgersi a quelle strutture, in quanto la mancanza di ambienti adeguati e di competenze specifiche del personale medico e paramedico possono comportare un rischio di aggravamento della salute (già precaria) del paziente.

Nel nostro Paese la sindrome della MCS vive tuttora una situazione d'incertezza sia dal punto di vista medico che da quello normativo.

Il fatto che la M.C.S. non sia riconosciuta in Italia come malattia, ovvero identificata da codice sanitario *Diagnosis Related Group* (DRG), rende la situazione di queste persone ammalate veramente insostenibile e drammatica. E aggiungo che sebbene l'O.M.S. non abbia assegnato alla malattia un codice nosologico specifico, questo particolare non significa assolutamente nulla, non si spiegano altrimenti i riconoscimenti nazionali delle varie nazioni U.E. ed extra U.E.

Poiché facciamo parte dell'Europa, e anzi siamo stati uno dei paesi fondatori, è bene non dimenticarsi del **PRINCIPIO DI PRECAUZIONE**, entrato in vigore con il Trattato Istitutivo dell'Unione Europea, articolo 174 paragrafo 2 e con documento congiunto dell'IspesL-Iss del 29.1.1998. Tale principio viene ampiamente ribadito nella Comunicazione della Commissione sul Principio di precauzione COM (2000) 1 Final, presentata a Bruxelles il 2-2-2000 ed anche citato nel Rapporto Huss, presentato al Parlamento Europeo, sempre in quell'anno.

Gli Uffici pubblici, così come anche i supermercati, i normali luoghi di ritrovo, svago, studio e lavoro possono diventare barriere di natura "chimica" di difficilissimo utilizzo, a causa delle profumazioni ambientali e per i prodotti comunemente usati per la pulizia delle superfici di passaggio.

Tale situazione non può più essere tollerata e continuare a ignorare le emergenze e la solitudine con cui convivono i malati di M.C.S. vuol dire confermare che in Italia esistono ancora classi sociali e che nel nostro Paese il diritto alla salute è un optional.

L'assistenza sanitaria a questi malati non può più essere demandata alla buona volontà delle singole aziende sanitarie locali, al singolo medico, al Comitato o all'Associazione o al gruppo di mutuo aiuto.

Prima di chiudere sento il dovere di leggervi due passi dell'Enciclica di Papa Francesco *LAUDATO SI'*:

I giovani esigono da noi un cambiamento. Essi si domandano com'è possibile che si pretenda di costruire un futuro migliore, senza pensare alla crisi ambientale e alle sofferenze degli esclusi. Benché il cambiamento faccia parte della dinamica dei sistemi complessi, la velocità che le azioni umane le impongono oggi, contrasta con la naturale lentezza dell'evoluzione biologica. A ciò si aggiunge il problema che gli obiettivi di questo cambiamento veloce e costante, non necessariamente sono orientati al bene comune e a uno sviluppo umano, sostenibile e integrale. Il cambiamento è qualcosa di auspicabile, ma diventa preoccupante quando si muta in deterioramento del mondo e della qualità della vita di gran parte dell'umanità.

So che alcuni di voi colleghi, ha sposato in prima persona, questa causa, vi chiedo di impegnarvi e impegnarci assieme per il favorevole accoglimento di questa proposta che com'è giusto, aiuterà tutte le persone ammalate, non solamente i pochi casi di cui siamo portati a conoscenza.

Credo sia qualcosa di doveroso, richiesto dai nostri elettori, dai nostri cittadini, dagli Italiani tutti.

Art. 1.

(Definizione e riconoscimento della sensibilità chimica multipla quale malattia sociale)

1. Ai fini della presente legge, per «sensibilità chimica multipla» (MCS) s'intende uno stato cronico, con sintomi che ricorrono in maniera riproducibile in risposta a bassi livelli di esposizione a prodotti chimici multipli e non connessi tra loro, che migliorano o scompaiono quando gli elementi scatenanti sono rimossi, e che coinvolge sistemi di organo multipli.
2. La MCS, come definita al comma 1, è riconosciuta come malattia sociale.
3. Il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali provvede, con proprio decreto, in attuazione di quanto disposto dal comma 1 del presente articolo, entro un mese dalla data di entrata in vigore della presente legge, a riconoscere lo stato di malattia sociale alla MCS, apportando le necessarie modificazioni al decreto del Ministro della sanità 20 dicembre 1961, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 73 del 20 marzo 1962.

Art. 2.

(Finalità)

1. Gli interventi di cui alla presente legge sono diretti, unitamente agli interventi generali del Servizio sanitario nazionale (SSN), a favorire il normale inserimento dei soggetti affetti da MCS nella vita sociale.
2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano predispongono, nell'ambito dei rispettivi piani sanitari e nei limiti delle risorse indicate dal Fondo sanitario nazionale, progetti obiettivi, azioni programmatiche e altre idonee iniziative dirette a fronteggiare la MCS.
3. Gli interventi nazionali e regionali di cui ai commi 1 e 2 sono rivolti ai seguenti obiettivi:
 - a) effettuare la diagnosi precoce della MCS attraverso i parametri diagnostici del consenso internazionale del 1999 e più in generale della sensibilità e dell'allergia verso sostanze chimiche, comprese quelle presenti nei prodotti di largo uso;
 - b) migliorare le modalità di cura dei soggetti affetti da MCS fornendo loro servizi sanitari in adeguate strutture costituite da unità ambientali controllate, non contaminate da sostanze chimiche, erogati da personale specializzato;
 - c) effettuare la prevenzione delle complicanze della MCS;
 - d) agevolare l'accesso dei soggetti affetti da MCS nelle aree ospedaliere, negli ambulatori, nelle attività scolastiche, sportive, lavorative e ricreative attraverso la realizzazione di aree bonificate e l'abolizione dell'uso di fragranze negli ambienti in cui si svolgono tali attività;
 - e) migliorare l'educazione sanitaria della popolazione sulla MCS;
 - g) favorire l'educazione sanitaria del soggetto affetto da MCS e della sua famiglia;
 - h) provvedere alla formazione e all'aggiornamento professionali del personale sanitario in relazione alla MCS, tramite corsi d'istruzione tenuti da docenti professionisti nella formazione riguardanti le patologie ambientali;
 - i) provvedere all'istruzione e alla formazione del personale dei servizi sociali e delle forze dell'ordine in riguardo all'MCS;
 - l) provvedere alla rivalutazione delle rendite dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) in favore dei soggetti esposti a sostanze chimiche sul luogo di lavoro, la cui malattia è involuta in MCS, che sono inabili al lavoro a seguito della ridotta capacità disintossicante del loro organismo determinata dalla stessa patologia;
 - m) predisporre gli opportuni strumenti di ricerca sulla MCS;
 - n) riconoscere ai soggetti affetti da MCS l'applicazione della legge 5 febbraio 1992, n. 104, per grave disabilità;
 - o) predisporre l'adozione di visita e terapia domiciliari;
 - p) incentivare la costruzione, anche da parte di privati, di centri di soggiorno terapeutico;
 - q) incentivare gli enti locali e gli enti parco a creare «zone bianche» ove sia garantita l'assenza d'inquinanti ambientali con il divieto di combustione di sostanze petrolchimiche, il divieto di usare insetticidi, pesticidi o trattamenti fitosanitari per l'agricoltura e il contenimento dall'esposizione a campi elettromagnetici sotto 0,1 volt/m, limite indicato dai clinici come idoneo anche per soggetti elettrosensibili.
 - r) effettuare un censimento dei pazienti affetti da MCS al fine di consentire una migliore organizzazione delle forme di terapia e di assistenza;
 - s) istituire un centro nazionale di ricerca sulla MCS;

Art. 3.

(Diagnosi e prevenzione)

1. 1. Ai fini della diagnosi precoce e della prevenzione della MCS, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, attraverso i rispettivi piani sanitari e gli interventi di cui all'articolo 1, tenuto conto dei criteri e delle metodologie stabiliti con specifico atto d'indirizzo e coordinamento del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali e sentito l'Istituto superiore di sanità, indicano alle aziende sanitarie locali (ASL) gli interventi operativi più idonei a:

- a) definire un programma articolato che permetta di assicurare la formazione e l'aggiornamento professionali del personale medico riguardo alla MCS, al fine di facilitare l'individuazione dei soggetti affetti da MCS e dei soggetti, non sintomatici, appartenenti a categorie a rischio di contrarre la MCS;
- b) prevenire le complicanze e monitorare le patologie associate alla MCS;
- c) definire gli esami diagnostici e di controllo per i soggetti affetti da MCS;
- d) predisporre visite domiciliari per indagini specialistiche o di laboratorio;

2. Per la realizzazione degli interventi di cui al comma 1 le ASL si avvalgono di presidi accreditati dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano, con documentata esperienza di attività diagnostica e terapeutica specifica, e di centri regionali e provinciali di riferimento, cui spetta il coordinamento dei suddetti presidi, al fine di garantire la tempestiva diagnosi della MCS, anche mediante l'adozione di specifici protocolli concordati a livello nazionale, usando altresì i protocolli di Gestione del Paziente con Sensibilità Chimica Multipla o Intolleranza alle sostanze chimiche, come ad esempio quelli firmati dalle A.O.U. (Azienda Ospedaliera Universitaria) S. Anna e Azienda USL di Ferrara o quello dell'A.O.U. di Padova.

3. Le ASL provvedono, altresì, a:

- a) promuovere presso le unità di pronto soccorso l'adozione di un protocollo di ospedalizzazione per la MCS da attuare nei casi di necessità e urgenza;
- b) istituire nelle regioni e nelle province autonome di Trento e di Bolzano un centro di riferimento per la diagnosi e la cura della MCS;
- c) favorire il soggiorno dei medici impegnati nel trattamento della MCS presso le strutture sanitarie internazionali maggiormente accreditate per tale patologia, al fine di far loro acquisire l'esperienza clinica necessaria per la ricerca, la diagnosi e la cura

Art. 4.

(Sostegno economico per l'alimentazione e la cura personale)

1. Al fine di garantire un'alimentazione idonea ai soggetti affetti da MCS è riconosciuto loro il diritto a un contributo pari alla differenza tra il costo dei cibi biologici e dei prodotti per la pulizia personale senza conservanti e fragranze, rispetto a quelli di largo consumo.

2. Il Ministro, della salute, con proprio decreto, da adottare entro un mese dalla data di entrata in vigore della presente legge, stabilisce i modi e le forme per il riconoscimento del contributo di cui al comma 1.

Art. 5.

(Erogazione di farmaci, integratori nutrizionali e ausili terapeutici)

1. Il SSN garantisce l'erogazione dei farmaci salvavita e dei farmaci che contribuiscono significativamente al miglioramento delle condizioni dei soggetti affetti da MCS, tra i quali gli antiossidanti e prodotti omeopatici.

- a) l'erogazione dei farmaci salvavita e dei farmaci che contribuiscono significativamente al miglioramento delle condizioni dei medesimi soggetti affetti da MCS,
- b) l'erogazione gratuita d'integratori nutrizionali qualora essi siano prescritti dallo specialista nutrizionista, formato in MCS O Medicina Ambientale Clinica, o dal medico del centro regionale o provinciale di riferimento di cui all'articolo 3, comma 2;
- c) le cure odontoiatriche, la terapia di agopuntura, la riabilitazione motoria, anche domiciliare, l'ossigenoterapia e la terapia con camera iperbarica a uso singolo o collettivo, con assenza di fragranze ed esalazioni chimiche;
- d) l'erogazione gratuita di ausili terapeutici in funzione del grado d'invalidità. Gli ausili terapeutici previsti per i soggetti affetti da MCS sono: sauna, maschere di tessuto o porcellana, maschere ai carboni attivi, purificatori per l'aria e per l'acqua, guanti di cotone, scatole per la lettura e per l'utilizzo del personal computer, e altri ausili eventualmente prescritti dal medico del centro regionale o provinciale di riferimento di cui all'articolo 3, comma 2.

Art. 6.

(Norme per l'edilizia)

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano prevedono interventi residenziali destinati per la cura, il soggiorno e la residenza dei soggetti affetti da MCS in località ubicate in aree verdi, non contaminate e distanti da insediamenti civili e produttivi, tali da garantire la purezza dell'aria.
2. Ciascuna regione e provincia autonoma prevedono specifici interventi di edilizia residenziale pubblica a favore di:
 - a) soggetti affetti da MCS con invalidità riconosciuta ai sensi della legislazione vigente che si trovino in situazione economica disagiata;
 - b) soggetti affetti da MCS, indipendentemente dal loro grado d'invalidità, che a causa della malattia si trovino nella comprovata necessità di allontanarsi dalla propria abitazione.
2. Gli interventi di cui al comma 1 prevedono la realizzazione di abitazioni con materiali atossici e inerti e l'uso d'idonee tecniche di costruzione, con particolare riferimento alla necessità della progettazione d'impianti elettrici idonei, onde evitare l'esposizione a campi elettromagnetici capaci di esacerbare la sensibilità.

Art. 7.

(Tutela del diritto al lavoro e allo studio)

1. Al fine della tutela del diritto al lavoro dei soggetti affetti da MCS sono previste le seguenti misure:
 - a) adozione di adeguati ausili sul posto di lavoro;
 - b) impiego di detergenti a bassa emissione di composti organici volatili e privi di fragranze per la pulizia dei locali adibiti all'attività lavorativa e per i relativi servizi igienici;
 - c) possibilità di cambio delle mansioni, qualora incompatibili con la condizione di soggetto affetto da MCS;
 - d) realizzazione di postazioni di telelavoro.
2. Al fine della tutela del diritto allo studio dei soggetti affetti da MCS sono previste adeguate soluzioni di soggiorno in un ambiente scolastico bonificato, sia per quanto concerne i materiali edili che per quelli necessari alla didattica, e opportune restrizioni nell'uso di fragranze e di detersivi chimici, ricorrendo, ove necessario, all'apprendimento e alla verifica a distanza.

Art. 8.

(Esercizio del diritto di voto e partecipazione a concorsi pubblici o privati)

1. Al fine di garantire il diritto di voto ai soggetti affetti da MCS, è esteso a essi il diritto di voto per corrispondenza, ai sensi della legge 27 dicembre 2001, n. 459, in conformità a quanto stabilito dal comma 2 del presente articolo.
2. Entro un mese dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'interno, provvede, con proprio decreto, a stabilire le norme di esercizio del diritto di voto per corrispondenza, riconosciuto ai sensi del comma 1, e a stabilire i criteri d'individuazione dei soggetti affetti da MCS ai quali è riconosciuto tale diritto.
3. Negli ambienti destinati alle prove di concorsi pubblici o privati, ai quali partecipino soggetti affetti da MCS, sono attuate le misure di decontaminazione da sostanze chimiche, come da punto b articolo 7.

Art. 9.

(Relazione al Parlamento)

1. Il Ministro della salute presenta al Parlamento una relazione annuale sullo stato delle conoscenze e delle nuove acquisizioni scientifiche in tema di MCS, con particolare riferimento ai problemi concernenti la diagnosi precoce e il monitoraggio delle complicanze, questo in sinergia con tutte le Associazioni e Comitati presenti nel territorio, che svolgono compiti d'informazione e tutela delle persone affette da M.C.S.

Art. 10

(Finanziamento della ricerca nell'ambito delle malattie ambientali)

1. E' istituito, nell'ambito dello stato di previsione del Ministero dell'istruzione, dell'Università e della ricerca un fondo finalizzato a finanziare la ricerca nell'ambito delle malattie ambientali e per il necessario aggiornamento professionale del personale medico, di seguito denominato "Fondo".
2. *Con decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro per l'economia e delle finanze, da emanare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono stabiliti gli obiettivi di ricerca di base per i quali i relativi finanziamenti possono essere ammessi ai contributi di cui al comma 1 e le modalità per l'accesso ai contributi medesimi, e per la valutazione dei piani di ricerca e per l'assegnazione dei contributi stessi al fine di rispettare i limiti della disponibilità del Fondo.*
3. Con decreto del Ministro dell'istruzione, dell'Università e della ricerca, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, da adottare sentito il Consiglio universitario nazionale (CUN) e previo parere delle commissioni parlamentari competenti, si provvede all'istituzione di un Dipartimento universitario di Medicina Ambientale nell'ambito dell'ordinamento degli studi universitari della facoltà di medicina.
4. Agli oneri derivanti dall'attuazione del presente articolo, si provvede *mediante corrispondente riduzione del Fondo per interventi strutturali di politica economica, di cui all'articolo 10, comma 5, del decreto-legge 29 novembre 2004, n. 282, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 dicembre 2004, n. 307.*

Art. 11.

(Copertura finanziaria)

1. All'onere derivante dall'attuazione della presente legge si provvede mediante corrispondente riduzione delle proiezioni per il medesimo anno dello stanziamento del fondo speciale da parte corrente iscritto 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 2010, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute.
2. Ai sensi dell'articolo 17, comma 12, della legge 31 dicembre 2009, n. 196, il Ministro della salute provvede al monitoraggio degli oneri di cui al 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 comma 1, fatta salva l'adozione dei provvedimenti di cui all'articolo 11, comma 3, lettera l), della legge n. 196 del 2009, il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro della salute, 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 iscritte, nell'ambito delle spese rimodulabili di cui all'articolo 21, comma 5, lettera b), della legge n. 196 del 2009, nel programma «Programmazione economico-finanziaria e politiche di bilancio» della missione «Politiche economico-finanziarie e di bilancio» dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze. Il Ministro dell'economia e delle finanze riferisce inoltre senza ritardo alle Camere con apposita relazione in merito alle cause degli scostamenti e all'adozione delle misure di cui al secondo periodo.
3. Il Ministro dell'economia e delle finanze provvede al monitoraggio degli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge, anche ai fini dell'applicazione dell'articolo 11-ter, comma 7, della legge 5 agosto 1978, n. 468, e successive modificazioni, e trasmette alle Camere, corredati da apposite relazioni, gli eventuali decreti emanati ai sensi dell'articolo 7, secondo comma, numero 2, della citata legge n. 468 del 1978, ed è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.