



DISEGNO DI LEGGE

d’iniziativa dei senatori Giuseppe PISANI, CASTELLONE, SILERI, FLORIDIA, PACIFICO, URRARO, DI GIROLAMO, LUPO, DESSÌ, FERRARA, ORTOLANI, ANGRISANI, FEDE, LA MURA, QUARTO, ROMANO, DELL’OLIO, MAUTONE, MARINELLO, MATRISCIANO e ENDRIZZI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 9 MAGGIO 2019

Disposizioni in favore dei soggetti affetti da sensibilità chimica multipla

ONOREVOLI SENATORI. - Il presente disegno di legge mira al riconoscimento, nel nostro ordinamento, della « Sensibilità Chimica Multipla », nota anche come *Multiple Chemical Sensitivity* (MCS), nonché all'approntamento di opportuni strumenti per la tutela della salute dei soggetti affetti da tale malattia.

Quest'ultimi, infatti, non vengono sufficientemente tutelati nel loro diritto ad avere un'assistenza sanitaria adeguata e commisurata all'entità ed alla gravità delle loro limitazioni attitudinali e lavorative.

Questa malattia è nota anche come intolleranza ambientale idiopatica (IAI), perché causata dall'incapacità di un individuo a tollerare una sostanza chimica o una classe di sostanze chimiche, disperse nell'ambiente, senza reagire in modo abnorme in loro presenza: difatti, essa si manifesta, in forma acuta o cronica, a fronte dell'esposizione a determinati composti molecolari, che provocano fenomeni di sensibilizzazione e di alterata risposta immunitaria del nostro organismo, le quali possono provocare danni anche gravi e permanenti a diversi organi del corpo umano.

Come riportato da un documento della Società italiana di medicina del lavoro ed igiene industriale, la malattia è più diffusa nei soggetti di sesso femminile, tra chi vive molte ore all'interno di edifici chiusi, sigillati, in città ad elevato tasso di inquinamento ambientale; i malati possono presentare sintomi diversi, che si manifestano anche se esposti a piccolissime quantità di sostanze chimiche, contenute in prodotti quali insetticidi, pesticidi, disinfettanti, detersivi, profumi, deodoranti personali o per la casa, vernici, solventi, coloranti, colle e prodotti

catramosi, preservanti del legno (per esempio antitarlo), materiali dell'edilizia, carta stampata, inchiostri, scarichi delle auto, fumi di stufe, camini, barbecue, prodotti plastici, farmaci, anestetici, formaldeide nel mobilio, tessuti e stoffe soprattutto nuove, in pratica tutte sostanze di derivazione petrolchimica.

Nel *Consensus Report* del 1991 di Chicago, USA, la comunità scientifica, riguardo gli aspetti diagnostici della malattia, definì questa patologia uno stato cronico, caratterizzato da sintomi che si manifestano in risposta alla esposizione a diverse sostanze chimiche, non correlate tra loro, e ricorrono, in maniera riproducibile, anche per livelli molto bassi; i sintomi possono migliorare o scomparire quando gli elementi scatenanti sono rimossi; la malattia può coinvolgere organi multipli.

Nel 2005 *Lacour et al.* hanno definito la malattia come: condizione cronica, di durata superiore a 6 mesi, che causa peggioramento dello stile di vita e delle funzioni organiche, i cui sintomi ricorrono in modo riproducibile coinvolgendo il sistema nervoso ed altri apparati, con una caratteristica ipersensibilità agli odori, in risposta a sostanze chimiche multiple, tra di loro non correlate, evocabili dopo bassi livelli di esposizione e con miglioramento o risoluzione dopo rimozione dell'esposizione.

Negli Stati Uniti la MCS colpisce tra l'1,5 e il 3 per cento della popolazione (studio Heuser 1998), ed è causa di patologie disabilitanti in rapporto alla gravità delle affezioni dei vari organi o sistemi interessati, quali reni, cute, apparato respiratorio, cardiocircolatorio e digerente, sistema nervoso, sistema muscolo scheletrico ed endocrino-immunitario; essa si può presentare con vari

livelli di gravità: alcuni soggetti hanno soltanto sporadiche manifestazioni e presentano solo lievi disturbi, ad esempio una ipersensibilità olfattiva, mentre altri possono diventare completamente disabili al lavoro e costretti a vivere in casa, bonificando continuamente il proprio ambiente e riducendo la propria vita sociale ad incontri solo con persone adeguatamente decontaminate.

I sintomi della malattia, difatti, sono molto vari: i più frequenti sono rinite, asma, mal di testa, stanchezza cronica, perdita della memoria a breve termine, dolori muscolari e articolari, problemi della pelle, difficoltà di digestione e disfunzioni sensoriali; con il tempo la MCS può determinare uno stato infiammatorio cronico dei tessuti, produrre danni organici irreversibili ed associarsi a manifestazioni tipiche di artrite e/o di *lupus* eritematoso sistemico o di patologie autoimmuni, non potendosi escludere ulteriori complicazioni, quali ischemie distrettuali, cancro, eccetera.

Da uno studio USA del 1992 emerge un quadro di evoluzione, non obbligato, della malattia che si può sintetizzare nei seguenti stadi:

STADIO 0 - TOLLERANZA: rappresentata dall'abilità di un individuo a sopportare l'ambiente chimico circostante.

STADIO 1 - SENSIBILIZZAZIONE: o fase irritante, che si verifica quando una persona è sottoposta ad una esposizione chimica acuta ad alte dosi o ad una esposizione cronica insidiosa. I sintomi dei pazienti in seguito all'esposizione chimica, di solito, non sono rilevabili clinicamente. I disturbi possono includere dolore alle articolazioni e ai muscoli, cefalea, affaticamento (stanchezza cronica), rossore, prurito, nausea, tachicardia, asma, insufficiente circolazione periferica, eccetera.

STADIO 2 - INFIAMMAZIONE: l'esposizione chimica determina una infiammazione dei tessuti, sotto forma di artriti, dermatiti, asma non allergico, coliti, miositi, riniti, vasculiti

con riduzione della circolazione periferica e segni obiettivi rilevabili clinicamente. La progressione agli stadi successivi può avvenire a seguito di ulteriori esposizioni, ma se non si sono ancora verificati danni organici ai tessuti, il processo può regredire evitando nuove esposizioni ed attuando specifiche cure di disintossicazione.

STADIO 3 - DETERIORAMENTO: l'infiammazione cronica causata dall'esposizione chimica produce danni organici permanenti ai tessuti, altera il loro trofismo, e per questo motivo conseguono lesioni al sistema nervoso centrale, al rene, al fegato, al polmone, al sistema immunitario, etc. Questo livello è irreversibile: « Una volta che i tessuti sono danneggiati e la funzione dell'organo compromessa rimangono poche le speranze nella pratica medica corrente di invertire il processo ».

Gli stadi patologici gravi, come *lupus* ed altre malattie autoimmunitarie, ischemie, cancro, forme degenerative reumatiche, sclerosi multipla, porfiria, si riscontrano in questo stadio.

Negli USA la malattia era nota già da anni, ma gli studi si intensificarono quando molti soldati americani, impegnati nella Prima guerra del Golfo del 1991, tornarono affetti da MCS, definita anche « sindrome del Golfo »; da allora vennero effettuati ulteriori studi ed analisi su questa malattia tant'è che, a seguito dell'emergenza sanitaria determinatasi con le affezioni dei veterani del Golfo, le istituzioni americane presero seri provvedimenti in favore di questi malati, sia con l'introduzione di nuovi articoli *ad hoc* all'interno delle leggi sulla disabilità (*American Disability Act*) sia attraverso leggi specifiche a livello di singoli Stati.

La risoluzione del Parlamento europeo del 4 settembre 2008 sulla « valutazione intermedia del piano di azione europeo per l'ambiente e la salute 2004-2010 » ha riconosciuto la sensibilità chimica multipla tra le malattie nuove, di recente manifestazione.

La MCS è riconosciuta come malattia organica negli Stati Uniti ed in Giappone; a livello europeo, in Germania, Austria, Danimarca, Spagna e Finlandia.

In Germania ed in Austria, dove è stato precisato che la malattia non può essere considerata tra i disturbi psichici, la sensibilità chimica multipla è stata classificata come una patologia organica, con il codice T78.4, che identifica « Allergie non precisamente qualificate ». Nel 2009 anche il Giappone ha riconosciuto la MCS a livello nazionale utilizzando il codice ICD10 J68.9 che, testualmente, identifica « Disturbo respiratorio non specificato in relazione alla esposizione a sostanze chimiche, gas, fumi e vapori ».

Il fatto che la MCS non sia riconosciuta in Italia come malattia rende molto precaria l'assistenza ai malati di MCS: la mancanza di ambienti adeguati, sia nei reparti di pronto soccorso che in molte altre strutture sanitarie, congiuntamente alla carenza di specifiche competenze del personale medico comportano un rischio gravissimo per il paziente: molti dei malati allo stadio 3, spesso in gravi condizioni, faticano ad ottenere una completa invalidità ed hanno scarse possibilità di poter usufruire delle cure necessarie secondo i protocolli internazionali; altri malati, meno gravi, ancora in grado di muoversi e di viaggiare, si rivolgono a centri altamente specializzati all'estero per fruire di cure specifiche che, in alcuni casi, sono state rimborsate dalle aziende sanitarie locali ai sensi della legislazione vigente sulle patologie residuali: tuttavia ancora molti malati stentano a ottenere qualsiasi assistenza medica oppure si rivolgono a più specialisti, incorrendo in tentativi diagnostici e terapeutici spesso inutili, se non dannosi, e in ogni caso con un pesante aggravio economico.

Con la risoluzione di Roma del 15 gennaio 2015 ricercatori e medici italiani, nonché di altre nazionalità, dichiarano che la MCS è una malattia fisiologica, caratteriz-

zata da sensibilità chimica e dalla presenza di sintomi in diversi sistemi di organo. Altresì la suddetta Risoluzione rileva la necessità di protocolli di ospedalizzazione, oltre che la necessità di un approccio multidisciplinare alla questione e, infine, che gli individui affetti dalla malattia, dovendo evitare il contatto con le sostanze chimiche, necessitano di una adeguata sistemazione sia nel luogo di abitazione che in quello lavorativo.

In Italia, la malattia è attualmente riconosciuta dalla regione Veneto, con legge regionale n. 2 del 19 marzo 2013, in Umbria, con delibera del 14 marzo 2015, in Basilicata, con delibera n. 396 del 21 marzo 2006.

La MCS 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 n.252 alla *Gazzetta Ufficiale* n. 276 del 27 novembre 2001.

Lo Stato italiano non ha ancora adottato iniziative legislative specifiche, di promozione della salute, di prevenzione dei rischi e di tutela dei malati di MCS.

Nel nostro Paese l'incidenza della MCS non è attualmente nota ma poche centinaia di casi riferiti dall'Istituto superiore di sanità potrebbero rappresentare solo la punta di un *iceberg*, considerando che statistiche americane indicano che circa il 15 per cento della popolazione negli Stati Uniti d'America soffre di una qualche sensibilità chimica e che circa l'1,5-3 per cento ha una forma di MCS grave.

Le difficoltà di accesso dei malati italiani ai servizi sanitari pubblici e privati, a causa della mancanza di unità ambientali controllate, adeguatamente sanificate cioè prive di sostanze tossiche, rendono difficile la valutazione del fenomeno e impongono la necessità di adeguare le normative vigenti sulla tutela della salute pubblica a questo nuovo tipo di invalidità, definibile « chimica ».

Allo stato attuale non esistono sicure fondamenta scientifiche di correlazione tra determinati genotipi umani ed insorgenza di MCS; quest'ultima può essere riscontrata con *test* diagnostici di laboratorio, quali:

a) *test* di provocazione (che però possono indurre reazioni anche gravi nei soggetti con MCS in stadio avanzato);

b) *test* per le allergie tradizionali tipo I (IgE); tipo II (IgG); *test* di trasformazione dei Linfociti (LTT) l'allergia ai metalli (LTT - Melisa), alle plastiche, alle muffe, alle tossine ambientali, agli ftalati, ai farmaci, ai ritardanti di aamma. Questo *test* particolare è molto utile nei casi di o portatori di metalli (amalgame, perni, protesi, ecc);

c) i *test* dello *stress* ossidativo sono tra gli esami del sangue più importanti per la MCS perché indicano se c'è un problema metabolico nella espulsione delle sostanze tossiche, (enzimi eritrocitari); vitamine idro-

solubili; vitamine liposolubili; nitriti/nitrati; capacità antiossidante totale; ATP eritrocitario; acidi grassi della membrana eritrocitaria; ATP pastrinico;

d) il *test* di *ImmunoToleranz Test* (ITT) è un *test* sperimentale messo a punto dal laboratorio di Monaco Lab4More del dottor Bieger che misura alcuni parametri infiammatori (interleuchine IL4, IL5, IL5-IL8, IL2m, IFNy, TNFa, IL1b);

e) i *test* dei polimorfismi genetici;

f) i *test* tossicologici;

g) profilo metabolismo integrato dei farmaci su base genomica (MIFAR), fondamentale per il paziente in caso di assunzione di farmaci, di interventi chirurgici ovvero ricoveri ospedalieri ordinari e in condizioni di emergenza, valutando la risposta individuale, su base genetica, ai principali tipi di farmaci quali anestetici, antibiotici, antidolorifici, antiinfiammatori, eccetera.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Definizione)

1. Ai fini della presente legge si intende per sensibilità chimica multipla (MCS), una infiammazione cronica, 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. Ai sensi dell'articolo 4, comma 2, del decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 249, il Ministro della salute provvede, con decreto da emanare entro un mese dalla data di entrata in vigore della presente legge a riconoscere la MCS come malattia sociale.

Art. 2.

(Finalità)

1. Gli interventi di cui alla presente legge, in attuazione del principio di cui all'articolo 32 della Costituzione, garantiscono il diritto alla salute dei soggetti affetti da MCS e, unitamente agli interventi generali del Servizio sanitario nazionale (SSN), mirano a promuovere la piena integrazione degli stessi nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società.

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 obiettivo, azioni program-

matiche e altre idonee iniziative dirette a fronteggiare la MCS.

3. Gli interventi di cui ai commi 1 e 2 sono finalizzati al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

a) effettuare la diagnosi precoce della MCS attraverso i parametri diagnostici del Consesso 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, ovvero non contaminate da sostanze chimiche, erogati da personale specializzato decontaminato;

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;

f) favorire l'educazione sanitaria del soggetto affetto da MCS e della sua famiglia;

g) provvedere alla formazione e all'aggiornamento professionali del personale sanitario in relazione alla MCS;

h) provvedere all'istruzione e alla formazione del personale dei servizi sociali e delle Forze dell'ordine in relazione alla MCS;

i) provvedere alla rivalutazione delle rendite dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) in favore dei soggetti esposti a sostanze chi-

niche sul luogo di lavoro, la cui malattia professionale è involuta in MCS, che sono inabili al lavoro a seguito della ridotta capacità di disintossicazione del loro organismo determinata dalla stessa patologia;

l) predisporre gli opportuni strumenti di ricerca sulla MCS;

m) riconoscere ai soggetti affetti da MCS i diritti e le tutele rientranti nell'ambito di applicazione della legge 5 febbraio 1992, n. 104, per grave disabilità;

n) predisporre l'adozione di visita e terapia domiciliari;

o) incentivare gli enti locali e gli enti parco a creare « zone bianche » ove sia garantita l'assenza di 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.

Art. 3.

(Diagnosi e prevenzione)

1. Ai fini della diagnosi precoce e della prevenzione MCS, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in conformità alle linee guida del Ministero della salute e sentito l'Istituto superiore di sanità, indicano alle aziende sanitarie locali (ASL) gli interventi più idonei a:

a) definire un programma strutturato per garantire la formazione e l'aggiornamento professionali dei medici sulla conoscenza della MCS, al fine di facilitare l'individuazione dei soggetti affetti da MCS, sintomatici ovvero appartenenti a categorie a rischio;

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.

2. Ai fini di una corretta definizione diagnostico-terapeutica, ai sensi della lettera c) del comma 1, l'Istituto superiore di sanità provvede alla formulazione di un protocollo nazionale diagnostico, che deve tenere in conto gli aspetti genetici ed epidemiologici fondamentali dal punto di vista diagnostico ed includere anche:

a) 10 studi dei polimorfismi genetici dei geni NAT2, UGT1A1, VKORC1, GSTP1, GSTM1, GSTT1, SOD, CAT, OGG1, MPO, UGT, PON1, ABCB1, ABCC2, CYP2D6, CYP2C9, CYP2C19, CYP3A4, CYP3A5, CYP1A e dei geni che codificano per le metallothioneine;

b) studi epigenetici appropriati, con particolare riferimento alla verifica degli addotti sul DNA, ovvero delle sostanze che si siano legate al DNA in corrispondenza di determinati geni, interferendone la trascrizione, nonché alla « verifica dei metalli pesanti sulle metallothioneine ».

3. Ai fini della 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, aventi comprovata esperienza di attività diagnostica e terapeutica specifica, e istituiscono centri regionali e provinciali di riferimento, che attuano il coordinamento dei presidi stessi.

4. Le ASL, altresì, provvedono a:

a) istruire le unità di pronto soccorso al fine di adottare il protocollo di ospedalizzazione per MCS in caso di necessità;

b) istituire in ogni regione e provincia autonoma un centro di riferimento regionale per la diagnosi e la cura della MCS;

c) favorire il soggiorno dei medici impegnati nel trattamento della MCS presso le strutture sanitarie internazionali maggior-

mente accreditate per tale patologia, al fine di far loro acquisire l'esperienza clinica necessaria per la ricerca, la diagnosi e la cura.

5. Alle disposizioni del presente articolo, le amministrazioni interessate provvedono nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Art. 4.

(Contributo per l'acquisto di cibi biologici e per altre necessità legate alla condizione di MCS)

1. Al fine di garantire ai soggetti affetti da MCS un'alimentazione idonea e l'utilizzo di prodotti che non rechino nocimento alla salute, per l'acquisto di alimenti biologici, ai sensi dell'articolo 3, paragrafo 1, numeri 2) e 45), del regolamento (UE) 2018/848 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 30 maggio 2018, nonché per l'acquisto dei prodotti per la pulizia personale senza conservanti e fragranze, è riconosciuto un contributo pari a un massimo di euro 1.000 annui, a decorrere dal 2019, atto a compensare il più alto costo di tali prodotti rispetto a quelli non dotati delle medesime caratteristiche.

2. Per le medesime finalità di cui al comma 1, il medesimo contributo è altresì riconosciuto per le spese riferite a visite e consulenze nutrizionali.

3. Ai fini di cui al comma 1, deve essere adottata una etichettatura completa ed esaustiva dei prodotti di cui al presente articolo, per consentirne la tracciabilità e la rintracciabilità in tutte le componenti ed ingredienti, con particolare riferimento a quei prodotti derivanti da processi di elaborazione e trasformazione multipli.

4. Il contributo di cui ai commi 1 e 2 è riconosciuto alla persona fisica per la quale

sia intervenuta una diagnosi di MCS, ai sensi dell'articolo 1, comma 2, della presente legge.

5. Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze di concerto con il Ministro della salute, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono individuati le modalità e i criteri di attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo.

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, oltre che di integratori nutrizionali, di preparazioni galeniche, prive di eccipienti, conservanti e coloranti, di terapie non farmacologiche come l'ossigenoterapia, la ozonoterapia, la sauna ad infrarossi, la camera iperbarica, nonché prodotti omeopatici e fitoterapici, prescritti dallo specialista nutrizionista o dal medico del centro regionale o provinciale di riferimento.

2. Il SSN garantisce l'erogazione dei seguenti ausili terapeutici ai soggetti affetti da MCS in funzione del grado di invalidità: maschere di tessuto, 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*, nonché altri ausili eventualmente prescritti dal medico del centro regionale o provinciale di riferimento.

Art. 6.

(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, tra i quali, in particolare, quelli elencati all'articolo 5, comma 2;

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 mutamento 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, nonché opportune restrizioni nell'uso di fragranze e di detersivi chimici, ricorrendo, ove necessario, alle forme di istruzione e apprendimento a distanza.

Art. 7.

(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.

Art. 8.

(Finanziamento della ricerca nell'ambito delle malattie ambientali)

1. È 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 ». La dotazione del Fondo è determinata in 20 milioni di euro a decorrere dal 2019.

2. Con decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro dell'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, nonché 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, 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, valutati in 30 milioni di euro a decorrere dal 2019, 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. 9.

(Copertura finanziaria)

1. All'onere derivante dall'attuazione della presente legge, ad eccezione dell'articolo 8, valutato in 5.000.000 di euro annui a decorrere dall'anno 2019, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2019-2021, 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 2019, 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, 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, del 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 è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

€ 1,00