



## **DISEGNO DI LEGGE**

**d'iniziativa del senatore SCILIPOTI**

**COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 15 MARZO 2013**

Norme per la tutela dei soggetti affetti da disabilità ambientale

ONOREVOLI SENATORI. – Negli ultimi cento anni l'ambiente di vita dell'uomo è stato completamente stravolto dalle attività industriali. Se prima dell'avvento della chimica, in natura, erano presenti circa 150 sostanze chimiche, oggi ce ne sono sul mercato oltre 100.000, la maggior parte delle quali non testate per gli effetti sulla salute a lungo termine.

Parallelamente, le micro-onde di fondo dell'ambiente naturale erano praticamente inesistenti e derivavano da fonti extraplanetarie, dell'ordine di un milionesimo di *microwatt* per centimetro quadrato, mentre le comunicazioni personali senza fili introdotte negli ultimi quindici anni hanno introdotto livelli di potenza che possono arrivare alle decine di *microwatt* per centimetro quadrato.

Il corpo umano, dunque, per migliaia di anni si è evoluto in un ambiente formato solo da 150 sostanze chimiche, praticamente privo di micro-onde e non è biologicamente preparato a proteggersi dall'improvviso aumento di questi fattori ambientali, a differenza, per esempio, della difesa dai raggi ultravioletti del sole che è garantita, dopo secoli di selezione evolutiva, dalla melanina.

La nostra società si trova ad affrontare, quindi, l'emergenza di tutta una serie di nuove patologie e di disturbi causati dall'impiego di sostanze tossiche, che sono state considerate innocue per decenni, nonché di sostanze di cui non è noto l'effetto sanitario così come di campi elettromagnetici biologicamente attivi, sebbene considerati innocui dalle leggi vigenti che si basano esclusivamente sugli effetti termici della radiazione elettromagnetica.

A tal proposito va ricordato che la determinazione dei limiti di legge per le esposi-

zioni ad agenti tossici o a campi elettromagnetici è storicamente determinata sulla base di studi che sono in gran parte finanziati dalla stessa industria ed è scientificamente dimostrato che le leggi in materia di salute pubblica arrivano con ritardo ad adeguarsi al progresso delle conoscenze scientifiche.

Nel caso dei campi elettromagnetici, per esempio, a fronte di una proliferazione incontrollata di prodotti per le comunicazioni senza fili, nell'ultimo decennio sono aumentate le evidenze degli effetti delle esposizioni a campi magnetici molto inferiori di quelli presenti nelle linee guida, al punto che in diverse occasioni scienziati indipendenti hanno adottato risoluzioni per un abbassamento dei limiti di legge di questi campi: risoluzione di Catania (2002), risoluzione di Benevento (2006), risoluzione di Londra (2007), risoluzione di Venezia (2008), risoluzione di Porto Alegre (2009).

Nel 2007 alcuni scienziati indipendenti si sono uniti nel Gruppo BioInitiative per effettuare una revisione degli studi e analizzare le attuali politiche sanitarie in merito ai campi elettromagnetici alla luce del principio di precauzione. Il rapporto BioInitiative è stato adottato dall'Agenzia per la protezione europea nello stesso anno e le conclusioni invitano ad abbassare i limiti di sicurezza a 0,6 volt/metro, suggerendo anche che per le onde ad altissima frequenza la soglia di esposizione priva di effetti biologici potrebbe essere migliaia di volte inferiore a quella massima di legge nella maggior parte dei Paesi industrializzati.

Nella risoluzione sulla valutazione intermedia del piano d'azione europeo per l'ambiente e la salute 2004-2010 2007/2252/INI

del 4 settembre 2008, il Parlamento europeo ha elencato, quali nuove malattie emergenti di carattere ambientale, l'ipersensibilità chimica multipla, la sindrome degli amalgami dentali, l'ipersensibilità elettromagnetica, la sindrome degli edifici malati o sindrome da mancanza di attenzione con iperattività (*Attention deficit and hyperactivity syndrome*) tra i bambini.

Negli ultimi trent'anni è aumentato il numero di soggetti affetti da sensibilità chimica multipla (MCS) e da elettrosensibilità (ES), due condizioni diverse nel quadro clinico, ma simili perché impongono a chi ne è affetto di evitare gli agenti che scatenano le reazioni, rispettivamente le sostanze di sintesi chimica e i campi elettromagnetici; molto spesso, inoltre, queste due condizioni si sovrappongono.

La MCS è una patologia che comporta reazioni multi-organo in caso di esposizione a sostanze chimiche presenti nell'ambiente anche in dosi molto inferiori a quelle tollerate dalla popolazione in generale. I criteri diagnostici della malattia sono stati stabiliti dal Consenso internazionale del 1999, frutto di uno studio multicentrico durato dieci anni, che è stato pubblicato su *Archives of Environmental Health* (volume 54/3).

Il Consenso definisce la MCS come:

- 1) uno stato cronico;
- 2) con sintomi che ricorrono in maniera riproducibile;
- 3) in risposta a bassi livelli di esposizione;
- 4) a prodotti chimici multipli e non connessi tra di loro;
- 5) che migliorano o scompaiono quando gli elementi scatenanti sono rimossi.

Successivamente è stato aggiunto un sesto criterio sul fatto che i sintomi interessano più di un organo o sistema organico.

L'inizio della MCS è stato associato all'esposizione a sette classi di sostanze chimiche: i solventi organici, pesticidi organo-fosforati, carbammati, le organoclorine, i pi-

retroidi, il mercurio, il solfuro di idrogeno e il monossido di carbonio (M. Pall, 2009). Le sostanze che possono scatenare le reazioni sono soprattutto insetticidi, pesticidi, disinfettanti, detersivi, profumi, deodoranti personali o per la casa, vernici, solventi, colle e prodotti catramosi, conservanti del legno, materiali dell'edilizia, carta stampata, rimozione delle amalgame dentali, inchiostri, gas di scarico, fumi di stufe, camini, *barbecue*, prodotti plastici, farmaci, anestetici, formaldeide che si trova nel mobilio, nei tessuti e nelle stoffe nuove, carburanti e tutto ciò che è di derivazione petrolchimica.

La sensibilità ad agenti chimici contenuti nei prodotti di uso comune è riscontrata negli Stati Uniti d'America nel 15 per cento della popolazione e nel 10 per cento in Danimarca mentre la MCS invalidante colpisce tra l'1,5 e il 3 per cento della popolazione (G. Heuser, 1998) ed è causa di moltissime patologie disabilitanti che interessano vari sistemi fisiologici: il sistema renale; gli apparati respiratorio, cardiocircolatorio, digerente e tegumentario; il sistema neurologico; il sistema muscolo-scheletrico ed endocrino-immunitario.

Studi genetici suggeriscono che esista una predisposizione genetica alla malattia nei soggetti con polimorfismi genetici del CYP2D6, del glutatione sulfureo transferasi, del NAT2 e dell'attività di superossidismutasi (SOD) che sono responsabili di una ridotta capacità di metabolizzazione delle sostanze xenobiotiche.

Spesso la MCS è erroneamente scambiata per una comune allergia, poiché i sintomi scompaiono con l'allontanamento dalla causa scatenante, ma le sue dinamiche e il suo decorso sono tuttavia completamente diversi, in quanto viene persa per sempre la capacità di tollerare gli agenti chimici.

Non esistono cure risolutive, ma protocolli sanitari internazionali suggeriscono di adottare un protocollo di evitamento chimico ambientale quale migliore approccio terapeutico privo di controindicazioni. Il malato con

MCS deve, quindi, modificare, in funzione di tale evitamento chimico, il luogo di vita e di lavoro, la casa, le sue attività del tempo libero e l'alimentazione che deve essere biologica e priva di additivi chimici o conservanti. Questo compito può essere facilitato dall'adozione di ausili terapeutici come maschere di cotone o carta ai carboni attivi o ai filtri di cotone, maschere di ceramica per l'ossigeno, purificatori ai carboni attivi o all'osmosi inversa per l'acqua, purificatori dell'aria interamente in metallo ai carboni attivi e filtri HEPA per l'auto e per la casa.

Nel caso di allergia di tipo IV ai metalli, è stato dimostrato un miglioramento dei malati di MCS attraverso la rimozione protetta delle amalgame dentali, degli altri metalli odontoiatrici o protesici. Studi sperimentali indicano un percorso terapeutico volto ad abbassare un carico tossico del corpo attraverso l'alloggio prolungato in unità ambientali controllate, terapie quotidiane fisiche e del calore, nonché integrazioni volte ad abbassare lo *stress* ossidativo che è tipicamente molto alto nei pazienti con MCS.

Poiché la MCS può variare molto da caso a caso e nel tempo, con individui completamente disabili e con altri che soffrono solo di lievi sintomi occasionalmente, il Consenso internazionale del 1999 raccomanda di caratterizzare ogni diagnosi con indicatori quantitativi o qualitativi di impatto sulla vita o disabilità (ovvero: minimale, parziale, totale); gravità dei sintomi (ovvero: deboli, moderati e gravi); frequenza dei sintomi (ovvero: giornaliera, settimanale, mensile); e implicazioni sensoriali, identificando quali sistemi sensoriali siano coinvolti - olfattivo, trigemino, gustativo, auditivo, visivo e/o tattile, includendo la percezione di vibrazioni, dolore, e caldo o freddo - che mostrino una variazione di sensibilità (in più o in meno) o di tolleranza a normali livelli di stimolazioni, sia in modo cronico, che in risposta a esposizioni a particolari sostanze chimiche.

In Italia ci sono già decine di malati gravi con invalidità civile per MCS al 100 per cento e qualche caso di invalidità con accompagnamento, ma si tratta di casi in cui la malattia era a uno stadio talmente avanzato che non vi erano dubbi sulla diagnosi e sullo stato di invalidità, mentre è necessario tutelare con il riconoscimento di invalidità anche i soggetti ancora in attività lavorativa al fine di renderli il più a lungo possibile cittadini attivi nella società.

Negli Stati Uniti d'America la MCS è riconosciuta come malattia e invalidità dall'*American with Disabilities Act (ADA)* legge sulla disabilità, dal Dipartimento statunitense per lo sviluppo edilizio e urbanistico, dall'Agenzia per la protezione ambientale (EPA), da agenzie, commissioni, istituti e dipartimenti federali, statali e locali, nonché da sentenze di corti federali e statali.

In Germania, Austria e Giappone la MCS è stata inclusa nella classificazione internazionale delle malattie dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), ICD-10, con il codice T78.4 relativo ad «allergia non specificata». Il Ministero tedesco del *welfare*, inoltre, parifica la MCS a un'invalidità motoria.

L'Agenzia per la protezione ambientale della Danimarca ha pubblicato nel 2004 un rapporto sulla MCS, nel quale conclude che esiste un'ampia evidenza scientifica che le sensibilità sono dovute a fattori ambientali e il Governo danese si è impegnato per minimizzare l'uso di materiali che emettono gas negli ambienti interni al fine di prevenire lo sviluppo di questa condizione.

Le patologie che possono comportare iper-sensibilità ad agenti chimici sono l'encefalopatia neurotossica, l'encefalite mialgica o sindrome da fatica cronica (CFS), la fibromialgia, la sindrome delle vie aeree iper-reattive, asma aspecifica, l'emigrania, la sindrome di Daunderer, la sindrome di Sjogren, la dermatite atopica, il cancro (soprattutto in caso di trattamento chemioterapico) e molte altre condizioni.

Un'altra patologia ambientale di enorme diffusione negli ultimi decenni, che tra l'altro colpisce anche molti soggetti con MCS, è la ES, ovvero la reazione multi-organo a campi elettromagnetici presenti nella vita quotidiana, come quelli emessi dalle linee elettriche ad alta tensione (elettrodotti), da trasmettitori radiotelevisivi, da elettrodomestici e da strumenti di uso lavorativo (per esempio videoterminali) e, soprattutto, dai cellulari e dai ripetitori della telefonia mobile o da stazioni radio-base. Si tratta di una condizione che può comportare sintomi fastidiosi e saltuari ma anche un vero e proprio stato di malattia grave con una conseguente riduzione o perdita della capacità lavorativa e un degrado della qualità della vita.

Studi scientifici «in doppio cieco» hanno evidenziato che i soggetti elettrosensibili erano in grado di riconoscere correttamente la presenza dei campi elettromagnetici e manifestavano, a seguito della stimolazione, i sintomi da essi attribuiti a tali campi. Negli ultimi anni, inoltre, si sono accumulate evidenze sperimentali sempre più numerose a supporto della obiettività delle «malattie da elettrosmog» e delle loro possibili basi molecolari, cellulari e funzionali. Il professor Olle Johansson dell'Istituto Karolinska in Svezia ha scoperto, in particolare, un aumento dei mastociti e di altre sostanze da essi secrete nei campioni di pelle del viso di persone elettrosensibili poste di fronte a videoterminali. I mastociti svolgono un ruolo nelle reazioni allergiche, di ipersensibilità e nelle reazioni anafilattiche, ma anche nella produzione di sostanze responsabili della vasodilatazione e della contrazione della muscolatura e potrebbero essere responsabili anche dei sintomi simili a infarto riferiti da alcuni elettrosensibili dopo l'esposizione a campi elettromagnetici.

In Svezia, dove la condizione colpisce, secondo alcuni ricercatori, fino al 10 per cento della popolazione, il Ministero della salute e del *welfare* (*Socialstyrelsen*), infatti,

ha riconosciuto la ES come una «ridotta capacità che rende una persona inabile nella sua relazione con l'ambiente circostante» e suggerisce ai medici di classificare questa condizione con il codice internazionale di classificazione delle malattie ICD R68.8, relativo a «Altri sintomi generali specifici e segni di malattia» (*Socialstyrelsen, Enheten för klassifikation och terminologi 2009-03-09 Dnr 55-2573/2009*). Il soggetto elettrosensibile, quindi, riceve sussidi per migliorare il proprio ambiente di vita o di lavoro, per esempio attraverso vernici o tende schermanti o, nei casi più gravi, con lo spostamento in un alloggio lontano da fonti elettromagnetiche.

In Canada l'ES è riconosciuta come condizione invalidante ed esiste una tutela anche da parte del sistema pensionistico per i malati più gravi.

Negli Stati Uniti d'America l'ES rientra nelle condizioni sotto tutela da parte del citato ADA.

La stessa OMS ritiene che gli elettrosensibili rappresentino dall'1 al 3 per cento della popolazione, mentre stime prodotte nel 2005 da una ricerca dell'istituto di medicina sociale e preventiva dell'università di Berna, Svizzera, indica un 5 per cento di svizzeri elettrosensibili, ma, secondo il professor Gino Levis, già professore ordinario di mutagenesi ambientale all'università di Padova e membro permanente della Commissione tossicologica nazionale presso l'Istituto superiore di sanità di Roma, queste percentuali saliranno presto vertiginosamente per l'aumento delle reti *wireless fidelity*.

Il 2 aprile 2009, il Parlamento europeo, prendendo atto che le tecnologie *wireless fidelity* (cellulari, Wi-Fi/WIMAX, *bluetooth*, linee telefoniche DECT) emettono campi magnetici che possono avere effetti avversi per la salute umana, ha richiamato gli Stati membri a riconoscere come disabili le persone che soffrono di ES così da garantire un'adeguata protezione e pari opportunità,

come ha già fatto la Svezia da diversi anni (risoluzione INI/2008/2211).

Alcuni governatori statunitensi e canadesi proclamano il mese di maggio «Mese per la consapevolezza della MCS e della elettrosensibilità», mentre nel nostro Paese i malati sono di fatto abbandonati a se stessi e solo chi possiede i mezzi finanziari necessari può lasciare il lavoro, migliorare la propria abitazione o trasferirsi in un luogo più sano.

Nel novembre 2009 sedici città francesi hanno deciso di abbassare in via sperimentale i limiti massimi di esposizione a quelli consigliati dal gruppo BioInitiative (0,6 V/m), in risposta anche all'invito (maggio 2009) da parte del Ministero dell'ambiente all'adozione di limiti più stringenti.

Il Ministero per l'ambiente israeliano ha informato (luglio 2009) la popolazione sull'uso attento del telefono cellulare.

L'inquinamento ambientale ha prodotto un aumento considerevole delle allergie spesso complicate da un quadro di poliallergie di difficile risoluzione con la vaccinazione o con il solo trattamento farmacologico e, in alcuni casi gravi, il paziente poliallergico è costretto a seguire un evitamento degli allergeni. È noto, peraltro, che molti pazienti poliallergici o con ES soffrono anche di iper-reattività ai farmaci.

Esistono, inoltre, tutta una serie di altre patologie di carattere ambientale che sono dovute a una carenza enzimatica o a un *deficit* metabolico. Si pensi, innanzitutto, a chi presenta una ridotta attività della catalasi o del glutatione sulfureo transferasi o del SOD, ma anche ai pazienti fabici che in alcuni casi non possono venire a contatto con la minima traccia di leguminacee, sia da ingestione, che da inalazione.

Il presente disegno di legge intende dare una risposta a tutti coloro che, per mantenere uno stato di salute, sono costretti a seguire un protocollo di evitamento di agenti che scatenano loro una riduzione del benessere psico-fisico.

Si fa riferimento per questo al principio di precauzione sancito dal trattato europeo del 1992; alla Corte di giustizia dell'Unione europea che ha precisato a più riprese che il contenuto e la portata di tale principio nel diritto comunitario è uno dei fondamenti della politica di protezione perseguita dall'Unione nel settore dell'ambiente e della salute; al fatto che i criteri adottati dalla Commissione nella sua comunicazione del 2 febbraio 2000 sul principio di precauzione (COM(2000)0001) hanno carattere vincolante; alla citata risoluzione del 2 aprile 2009 del Parlamento europeo che ha raccomandato agli Stati membri di interessare gli operatori di mercato a migliorare la qualità dell'aria interna e a ridurre l'esposizione alle radiazioni elettromagnetiche nei loro immobili, nelle loro filiali e nei loro uffici. A tutt'oggi questa raccomandazione è rimasta disattesa.

Si fa appello soprattutto alla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità fatta a New York il 13 dicembre 2006 e resa esecutiva dalla legge 3 marzo 2009, n. 18, che stabilisce che tutti gli esseri umani hanno diritto a vivere in una società basata sull'eguaglianza. I pazienti descritti soffrono di fatto di un'esclusione da questo diritto fondamentale alla salute e da questo diritto all'eguaglianza a causa della mancanza di normative specifiche sulla malattia o sulla disabilità ambientale e, soprattutto, della scarsa formazione della classe medica riguardo la medicina ambientale, che non trova sufficienti fondi pubblici, delegando così la formazione medica prevalentemente alle attività di divulgazione dell'industria che ha tutto l'interesse a puntare l'attenzione solo sui rimedi terapeutici chimici piuttosto che sulle cause reali delle malattie.

Occorre ricordare che in data 18 ottobre 2012, alla Camera, in sede di discussione del decreto legge 158/2012 (c.d. decreto Balduzzi) convertito dalla legge 189/2012, il Governo ha accolto un ordine del giorno

a firma dello scrivente impegnandosi ad attivarsi, anche attraverso specifici provvedimenti legislativi, affinché fossero messe a disposizione dei malati affetti da malattie osteoarticolari, da patologie autoimmuni, dalla sindrome da sensibilità chimica multipla (MCS) e dalla sindrome di Sjogren, par-

ticolarmente gravi e ad alto rischio d'invalidità, adeguate strutture assistenziali di cura e di riabilitazione, nonché a garantire, attraverso il Servizio sanitario nazionale, l'erogazione dei farmaci salvavita, in tutti i casi in cui se ne richiede l'utilizzo da parte dei pazienti affetti da suddette patologie.

## DISEGNO DI LEGGE

---

### Art. 1.

*(Definizione e riconoscimento della malattia ambientale come malattia sociale e definizione di disabilità ambientale)*

1. Si definisce malattia ambientale ogni condizione che comporta un'alterazione dello stato di salute della persona indotto da fattori dell'ambiente e si definisce disabilità ambientale una ridotta capacità della persona nella sua relazione con l'ambiente circostante. Rientrano in tali definizioni le patologie che hanno un'origine prevalentemente ambientale, come la sensibilità chimica multipla (MCS), l'elettrosensibilità, le allergie, l'asma, la ipersensibilità ad agenti chimici, nonché le condizioni morbose di origine eziopatogenica diversa o ignota che comportano incapacità di relazione con l'ambiente circostante, come la fibromialgia, la sindrome da fatica cronica, la sindrome dell'edificio malato, il favismo, nonché le alterazioni metaboliche o le complicanze del trattamento chemioterapico.

2. Il Ministro della salute 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, ad apportare 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 previsti dalla presente legge sono diretti, unitamente agli interventi



generali del Servizio sanitario nazionale, a tutelare la salute, a garantire i diritti fondamentali all'eguaglianza e alle pari opportunità, nonché a favorire il normale inserimento nella vita sociale dei soggetti affetti da malattia o da disabilità ambientale e a promuovere la ricerca sulla medicina ambientale.

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 malattia e la disabilità ambientale.

3. Gli interventi nazionali e regionali di cui ai commi 1 e 2 sono rivolti ai seguenti obiettivi:

a) istituire un centro di riferimento nazionale di medicina ambientale, interamente finanziato dal Servizio sanitario nazionale e gestito esclusivamente da specialisti che abbiano anche una formazione di tossicologia clinica e non si trovino in situazioni di conflitto di interessi, ovvero che non abbiano altre attività di natura privata, con esclusione della libera professione, che non abbiano lavorato anche saltuariamente per le industrie chimiche e farmaceutiche nei cinque anni precedenti la loro assunzione, che non facciano parte di organizzazioni professionali o associazioni sponsorizzate dalle medesime industrie e che non possiedano azioni o partecipazioni in tali industrie per un valore superiore a 5.000 euro;

b) agevolare l'accesso ai livelli essenziali di assistenza garantiti dall'articolo 3 della Costituzione, prevedendo l'adozione di protocolli di pronto soccorso specifici e la realizzazione di almeno un ambulatorio per ogni provincia dedicato a soggetti affetti da malattie o disabilità ambientale, secondo le regole delle unità ambientali controllate degli ospedali di medicina ambientale internazionali che prevedono un accesso diretto

dall'esterno, l'uso di materiali e di tecniche della bioedilizia, inerti e inodore, esenti da emissioni di *radon* o di particolato di origine naturale, nonché sistemi di ventilazione controllata e di purificazione dell'aria che consentano di isolare l'ambiente dell'ambulatorio dal resto dell'ospedale;

c) imporre il divieto d'uso degli apparecchi di telefonia mobile e dei prodotti contenenti fragranze nonché il divieto di fumo negli ambienti sanitari, nelle scuole di ogni ordine e grado e negli uffici pubblici e di pubblica utilità, nonché l'obbligo, per gli esercizi commerciali, compresi quelli dell'accoglienza turistica, di avviso con cartellonistica in merito all'uso di impianti di *wireless fidelity* o di comunicazione senza fili, di insetticidi, di erbicidi o di pesticidi nei dieci giorni precedenti e in merito alla presenza di prodotti profumati, di fave o di leguminose;

d) effettuare la prevenzione delle complicanze delle malattie ambientali e delle malattie che comportano la disabilità ambientale favorendo una maggiore consapevolezza da parte degli enti locali e degli operatori sanitari riguardo l'importanza della qualità dell'aria interna dei luoghi chiusi, gli effetti nocivi delle sostanze chimiche presenti nei prodotti d'uso comune e i pericoli legati alle attuali tecnologie di comunicazione senza fili al fine di prevenire la comparsa di malattie, con particolare riguardo verso i bambini, i malati cronici, gli anziani, le donne in stato di gravidanza e i soggetti con ridotta capacità genetica di disintossicazione delle sostanze xenobiotiche;

e) prevedere modalità di esercizio del diritto di voto compatibili con la disabilità ambientale, compresa, ove necessario, la possibilità di votare per corrispondenza, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 8;

f) migliorare l'educazione sanitaria della popolazione sulla malattia e sulla disabilità ambientale;

g) favorire l'educazione sanitaria del soggetto affetto da malattia o da disabilità ambientale e della sua famiglia;

h) provvedere alla formazione e all'aggiornamento professionali del personale sanitario in relazione alla malattia e alla disabilità ambientale;

i) provvedere all'istruzione e alla formazione del personale dei servizi sociali e delle Forze dell'ordine in relazione alla malattia e alla disabilità ambientale;

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 o a esposizioni elettromagnetiche sul luogo di lavoro, la cui malattia professionale è evoluta in disabilità ambientale, che sono inabili al lavoro a seguito della ridotta capacità di disintossicazione del loro organismo o ad uno stato di ipersensibilità, anche di origine genetica;

m) predisporre gli opportuni strumenti di ricerca sulla malattia e sulla disabilità ambientale;

n) estendere ai soggetti affetti da grave disabilità ambientale i benefici previsti dalla legge 5 febbraio 1992, n. 104, al fine di garantire la fornitura di ausili terapeutici e dei fondi necessari a modificare il loro ambiente domestico e a migliorare il loro inserimento nella vita sociale;

o) predisporre visite e terapie domiciliari per chi è affetto da malattia o da disabilità ambientale.

### Art. 3.

#### *(Diagnosi e prevenzione della malattia e della disabilità ambientale)*

1. Ai fini della diagnosi precoce e della prevenzione della malattia e della disabilità ambientale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, attraverso i rispettivi piani sanitari e gli interventi di cui

all'articolo 2, tenuto conto dei criteri e delle metodologie stabiliti con specifico atto di indirizzo e coordinamento del Ministro della salute, indicano alle aziende sanitarie locali gli interventi operativi più idonei a:

*a)* definire un programma articolato che permetta di assicurare la formazione e l'aggiornamento professionali del personale medico in relazione alla malattia e alla disabilità ambientale, al fine di facilitare l'individuazione dei soggetti affetti da patologie che potrebbero evolvere in una malattia o disabilità ambientale, come gli allergici o i malati oncologici;

*b)* prevenire le complicanze e monitorare le patologie associate alla malattia o disabilità ambientale, all'elettrosensibilità e alle poliallergie;

*c)* definire il monitoraggio dei soggetti affetti da malattia o da disabilità ambientale attraverso l'istituzione di un osservatorio nazionale.

2. Per la realizzazione degli interventi di cui al comma 1 le aziende sanitarie locali 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, nonché di centri regionali e provinciali di riferimento, cui spetta il coordinamento dei presidi della rete, al fine di garantire la tempestiva diagnosi, anche mediante l'adozione di specifici protocolli concordati a livello nazionale.

3. Le aziende sanitarie locali provvedono, altresì, a:

*a)* promuovere presso le unità di pronto soccorso l'adozione di un protocollo di ospedalizzazione per i soggetti affetti da malattia o da disabilità ambientale da attuare nei casi di necessità e urgenza;

*b)* istituire in ogni regione e provincia autonoma un centro di riferimento per la diagnosi e per la cura delle patologie che comportano una disabilità ambientale;

c) favorire il soggiorno dei medici impegnati nel trattamento della malattia e della disabilità ambientale presso le strutture sanitarie internazionali maggiormente accreditate per tali patologie, al fine di far loro acquisire l'esperienza clinica necessaria per la ricerca, la diagnosi e la cura;

d) predisporre visite domiciliari per indagini specialistiche e di laboratorio da parte di personale sanitario adeguatamente informato sulle precauzioni da prendere nei diversi tipi di malattia o di disabilità ambientale;

e) predisporre unità odontoiatriche mobili per interventi e per terapie realizzati con materiali compatibili secondo le prescrizioni delle unità ambientali controllate per le patologie che comportano una disabilità ambientale.

#### Art. 4.

*(Sostegno economico per l'alimentazione)*

1. Al fine di garantire un'alimentazione equilibrata ai soggetti affetti da malattia o da disabilità ambientale è riconosciuto loro il diritto a un contributo per l'acquisto di prodotti speciali o di acqua oligominerale tollerata imbottigliata in vetro.

2. Il Ministro della salute, con proprio decreto, stabilisce i modi e le forme per il riconoscimento del contributo di cui al comma 1.

#### Art. 5.

*(Erogazione di farmaci, di integratori nutrizionali e di ausili terapeutici)*

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce l'erogazione dei farmaci salvavita e dei farmaci che contribuiscono significativamente al miglioramento delle condizioni dei soggetti affetti da malattia o da disabilità ambientale.

2. Il Servizio sanitario nazionale garantisce le cure odontoiatriche, la terapia con agopuntura, la riabilitazione motoria, anche domiciliare, la ossigenoterapia e la terapia con camera iperbarica ad uso singolo o collettivo, se compatibili con assenza di fragranze e di esalazioni chimiche, e comunque qualsiasi terapia per la quale sia dimostrabile un miglioramento delle condizioni psico-fisiche del malato.

3. Il Servizio sanitario nazionale garantisce, inoltre, l'erogazione gratuita di ausili terapeutici al soggetto affetto da malattia o da disabilità ambientale in funzione del suo grado di invalidità. Gli ausili terapeutici previsti per i soggetti affetti da malattia o da disabilità ambientale per sovraccarico tossico chimico sono: sauna, 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 di cui all'articolo 3, comma 2. Gli ausili terapeutici previsti per i soggetti affetti da elettrosensibilità sono: *personal computer* schermati, vernici e tende speciali per isolare l'abitazione del malato, la sua automobile o il suo veicolo speciale, nonché altri ausili eventualmente prescritti dal medico del centro regionale o provinciale di riferimento di cui al citato articolo 3, comma 2.

#### Art. 6.

##### *(Norme per l'edilizia)*

1. È garantito il diritto alla casa dei soggetti affetti da malattia o da disabilità ambientale che hanno una situazione economica disagiata attraverso le seguenti misure:

a) sgravio fiscale del 55 per cento sulle ristrutturazioni degli immobili adibiti ad abitazione di proprietà o in affitto per adeguarli alle esigenze derivanti dalla malattia o dalla

disabilità ambientale, attestata da certificazione rilasciata da un medico del Servizio sanitario nazionale;

b) realizzazione di alloggi di edilizia pubblica in almeno ogni capoluogo di provincia secondo le regole delle unità ambientali controllate ovvero di alloggi posizionati all'interno di zone verdi o parchi naturali o, comunque, lontano da fonti di esposizione chimica ed elettromagnetica. Gli alloggi devono essere realizzati con materiali della bioedilizia, inerti e inodore, esenti da emissioni di *radon* e di particolato di origine naturale, con sistemi di ventilazione controllata e di purificazione dell'aria che consentano di isolare ogni unità abitativa;

c) realizzazione, da parte della protezione civile, di unità mobili secondo le regole delle unità ambientali controllate per il soggiorno temporaneo dei soggetti affetti da malattia o da disabilità ambientale in caso di calamità naturali o nei casi in cui il soggetto debba necessariamente allontanarsi dalla propria abitazione.

2. L'utilizzo di insetticidi, di pesticidi e di erbicidi chimici è vietato per un raggio di 100 metri nelle aree urbane e di 500 metri nei contesti agricoli dall'abitazione di un soggetto affetto da malattia o disabilità ambientale con l'obbligatorietà della notifica dell'orario e del giorno di irrorazione almeno una settimana prima. Tali prodotti sono sostituiti da operazioni meccaniche o da prodotti naturali.

3. L'utilizzo di deodoranti ambientali, di vernici contenenti solventi e di solventi è vietato, per un raggio di 50 metri, dall'abitazione di un soggetto affetto da malattia o da disabilità ambientale e negli ambienti pubblici destinati al ricevimento e all'accoglienza del pubblico. Tali prodotti sono sostituiti da prodotti ad acqua, a basse emissioni di composti organici volatili e privi di fragranze.

4. È fatto divieto di installazione di antenne di *wireless fidelity*, di comunicazione

senza fili e di telefonia mobile nonché di ricezione del segnale radio-televisivo in prossimità dell'abitazione o del luogo di lavoro di un soggetto affetto da elettrosensibilità ovvero da malattia o da disabilità ambientale incompatibile con campi elettromagnetici biologicamente attivi. Le aziende sanitarie locali provvedono a definire il campo magnetico dentro e intorno all'abitazione o al luogo di lavoro ritenuto accettabile per il malato al fine di garantire che le sue caratteristiche non vengano modificate nel tempo, anche se le esposizioni sono inferiori ai limiti stabili dalla legislazione vigente in materia.

5. I comuni predispongono il piano della viabilità e del traffico e vincolano il rilascio di autorizzazioni per attività commerciali e per installazioni di antenne in funzione della presenza di abitazioni ove risiedono i soggetti affetti da malattia o da disabilità ambientale.

6. I comuni provvedono alla rilevazione periodica delle emissioni elettromagnetiche, effettuata da organismi indipendenti, prevedendo la partecipazione di rappresentanti delle associazioni delle persone affette da malattie o da disabilità ambientale, e a tenere costantemente informata la popolazione interessata dei risultati emersi da tale rilevazione.

7. Le regioni favoriscono con incentivi la realizzazione di zone bianche, preferibilmente all'interno di zone verdi o di parchi naturali, caratterizzate dall'assenza di contaminazioni chimiche derivanti da attività industriali, artigianali o dell'agricoltura, nonché dalla presenza di campi elettromagnetici inferiori a 0,1 volt/metro.



## Art. 7.

*(Tutela del diritto al lavoro e allo studio)*

1. Al fine della tutela del diritto al lavoro dei soggetti affetti da malattia o da disabilità ambientale 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 3;

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 nel caso di sensibilità chimica;

c) impiego di elementi di arredo che non esalino sostanze chimiche volatili nel caso di sensibilità chimica;

d) allocazione in ambienti attrezzati con depuratori e con ricambio dell'aria delle apparecchiature che rilasciano fragranze di inchiostro e sostanze chimiche volatili;

e) possibilità di mutamento delle mansioni qualora incompatibili con la condizione di soggetto affetto da malattia o da disabilità ambientale;

f) divieto d'uso di impianti di comunicazione senza fili negli uffici in cui è presente un soggetto affetto da elettrosensibilità ovvero da malattia o da disabilità ambientale incompatibile con campi elettromagnetici biologicamente attivi;

g) mantenimento della categoria professionale per i soggetti che hanno contratto una malattia o una disabilità ambientale per cause di lavoro;

h) incentivazione del telelavoro in tutti i casi in cui è di vantaggio per un soggetto affetto da malattia o da disabilità ambientale.

2. Al fine della tutela del diritto allo studio dei soggetti affetti da malattia o da disabilità ambientale sono previsti adeguate soluzioni di soggiorno in un ambiente scolastico bonificato, sia per quanto concerne i

materiali edili che per quelli necessari alla didattica, nonché il divieto di uso di fragranze e di detersivi chimici, nel caso di sensibilità chimica e il divieto d'uso di impianti di *wireless fidelity* e di apparecchi di telefonia mobile ricorrendo, nei casi più gravi, all'apprendimento e alla verifica a distanza.

#### Art. 8.

*(Esercizio del diritto di voto, di elezione e di partecipazione a concorsi pubblici e privati)*

1. Al fine di garantire il diritto di voto ai soggetti affetti da malattia o dal disabilità ambientale, il diritto di voto per corrispondenza previsto dalla legge 27 dicembre 2001, n. 459, è esteso ai medesimi soggetti, in conformità a quanto stabilito dal comma 2 del presente articolo.

2. Al fine di garantire il diritto sancito dall'articolo 51 della Costituzione all'accesso agli uffici pubblici e alle cariche pubbliche in condizioni di eguaglianza, in caso di elezione di soggetti affetti da malattia o da disabilità ambientale presso il Parlamento, i consigli comunali, provinciali e regionali o presso altri enti pubblici, i medesimi soggetti hanno diritto a un accesso sicuro nelle medesime strutture, predisponendo protocolli di modifica degli edifici e degli arredi nonché, ove necessario, prevedendo modalità di partecipazione a distanza alle assemblee e alle votazioni.

3. In caso di soggetti affetti da malattia o da disabilità ambientale che partecipano a concorsi pubblici e privati devono essere attivate le misure di decontaminazione di sostanze chimiche negli ambienti destinati alle prove di concorso.

## 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 materia di malattia e di disabilità ambientale, con particolare riferimento ai problemi concernenti la diagnosi precoce e il monitoraggio delle complicanze.

## Art. 10.

*(Copertura finanziaria)*

1. All'onere derivante dall'attuazione della presente legge, valutato in 10.000.000 di euro annui a decorrere dall'anno 2013, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2013-2015, nell'ambito del fondo speciale di parte corrente dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2013, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute.

2. 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 17, comma 13, della legge 31 dicembre 2009, n. 196, e successive modificazioni, e trasmette alle Camere, corredati da apposite relazioni, gli eventuali decreti emanati ai sensi dell'articolo 26, comma 2, della citata legge n. 196 del 2009.

3. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

