



DISEGNO DI LEGGE

d’iniziativa dei senatori PEPE, CRIMI, TAVERNA, FATTORI, SIMEONI, CATALFO, MONTEVECCHI, Maurizio ROMANI, FUCKSIA, BLUNDO, LEZZI, CAPPELLETTI, GIARRUSSO, SERRA, BERTOROTTA, SCIBONA, GAMBARO, ANITORI, DE PIETRO, PUGLIA, BENCINI, MORRA, VACCIANO, DE PIN, GIROTTO, BATTISTA, COTTI, BUCCARELLA e LUCIDI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 29 APRILE 2013

Disposizioni in favore dei soggetti affetti da sensibilità chimica multipla (MCS), da encefalomielite mialgica (ME/CFS) e da fibromialgia (FM)

ONOREVOLI SENATORI. – La sensibilità chimica multipla (MCS) è una sindrome organica complessa che si sviluppa in seguito a un'esposizione acuta o cronica a sostanze tossiche che scatenano una sensibilizzazione a più sostanze chimiche e, frequentemente, anche a campi elettromagnetici di diversa frequenza.

In pratica il malato presenta diversi sintomi se esposto a tali sostanze, anche se in piccolissime quantità.

Il Consesso internazionale del 1999, frutto di un'indagine multidisciplinare condotta per dieci anni da 89 medici e ricercatori con vasta esperienza sul campo e punti di vista molto diversi sulla MCS, definisce questa patologia come: 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.

Lo stesso Consesso prevede che la MCS si presenti 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 di vita e ridurre la propria vita sociale a incontri solo con persone adeguatamente decontaminate.

I sintomi della MCS 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, digestivi e disfunzioni sensoriali. Con il tempo la MCS può produrre uno stato infiammatorio cronico che determina un danno organico irreversibile

(artrite, *lupus* eritematoso sistemico, ischemie, patologie autoimmuni, cancro, eccetera).

Le sostanze che scatenano le reazioni sono generalmente profumi, deodoranti personali e ambientali, detersivi e ammorbidenti, solventi, prodotti per l'edilizia, gomme e plastiche conservanti e additivi alimentari, gas di scarico e combustibili, tessuti sintetici, emissioni industriali, pesticidi, insetticidi, erbicidi, persino farmaci, e molte altre.

In Italia le prime diagnosi e ricerche sulla MCS sono state eseguite nel 1995 dal professor Nicola Magnavita dell'Università Cattolica di Roma, che ha raccolto, ad oggi, la casistica più vasta. I medici che negli ultimi anni hanno rilasciato diagnosi sono: il professor Alessio dell'università di Brescia, il professor Tirelli, direttore del Centro oncologico nazionale di Aviano, il dottor Cipolla dell'ospedale Sant'Orsola Malpighi di Bologna, il professor Carrer dell'università di Milano, il professor Arcangeli dell'ospedale Careggi di Firenze; il professor Genovesi del Policlinico Umberto I di Roma.

La MCS è riconosciuta come malattia organica negli Stati Uniti, in Canada, Australia, Giappone e, a livello europeo, in Germania, Austria e Danimarca, mentre in Italia non vi è nessun riconoscimento nazionale. Al livello regionale è riconosciuta in 7 regioni:

– Lazio: Articolo 50 della legge regionale 28 dicembre 2007 n. 26. È l'unica regione dove sono state emesse le linee guida regionali diagnostiche e nominato, come centro di riferimento ospedaliero, il Policlinico Umberto I, assegnato il codice di esenzione regionale RQ099R;

- Puglia: Giunta Regionale 19 luglio 2011, n. 165, Centri di Riferimento Regionali di cui alla delibera della Giunta Regionale n. 254 del 3 marzo 2009, Integrazione delibera n. 1653, centro di riferimento IMID, Campi Salentini;

- Emilia Romagna: la Giunta Regionale, con delibera n. 25 del 17 gennaio 2005, ha istituito un ambulatorio presso l'Azienda ospedaliero-universitaria Malpighi di Bologna che garantisce l'accoglienza, la diagnosi differenziale e la cura dei pazienti che presentano sintomi di intolleranza a sostanze chimiche, nel rispetto delle necessarie forme di sicurezza e di garanzia scientifica;

- Toscana: 20 dicembre 2004, delibera n. 1344;

- Abruzzo: legge regionale 8 febbraio 2005 n. 6, centro di riferimento: ospedale di Chieti;

- Marche: è stato riconosciuto un contributo *una tantum* con rimborso di 6000 euro all'anno, con la delibera della Giunta n. 643 dell'11 giugno 2007;

- Veneto: Deliberazione legislativa n. 2 del 5 marzo 2013.

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.

Alcuni malati gravi hanno ottenuto l'invalidità civile al 100 per cento per la MCS. Altri, meno gravi, ancora in grado di muoversi e di viaggiare, si rivolgono a centri altamente specializzati all'estero per ottenere cure specifiche, che in alcuni casi sono state rimborsate dalle aziende sanitarie locali ai sensi della legislazione vigente sulle patologie residuali. Purtroppo, 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.

Negli Stati Uniti d'America la MCS è riconosciuta come malattia e invalidità dall'*American whith disability Act* (ADA) (legge sulla disabilità), dal Dipartimento americano per lo sviluppo edilizio e urbanistico, dall'EPA-Agenzia per la protezione ambientale, da agenzie, commissioni, istituti e dipartimenti federali, statali e locali, da sentenze di corti federali e statali. In Canada la MCS è riconosciuta da agenzie federali e provinciali. Da diversi anni alcuni governatori statunitensi, proclamano maggio «mese per la consapevolezza della MCS».

L'OMS riconosce la Sensibilità Chimica Multipla utilizzando definizioni più appropriate e dettagliate nel contesto dell'ICD10 (*International Code of Disease*). Ad esempio il codice T78.4, che definisce le «Allergie non precisamente qualificate» è stato utilizzato per il riconoscimento dell'MCS sia in Germania che in Austria, dove è stato precisato che la malattia non può essere classificata tra i disturbi psichici. Nel 2009 anche il Giappone ha riconosciuto la MCS a livello nazionale utilizzando il codice ICD10 J68.9 che, testualmente, la definisce «Disturbo respiratorio non specificato in relazione all'esposizione a sostanze chimiche, gas, fumi, vapori».

In Italia l'incidenza della MCS non è attualmente nota. Poche centinaia di casi riferiti dall'Istituto superiore di sanità potrebbero rappresentare solo la punta di un *iceberg*, considerando che da qualche anno il Ministro della salute della Danimarca ha aperto un osservatorio sulla MCS stimando in 50.000 il numero dei malati.

Statistiche americane indicano, inoltre, che circa il 15 per cento della popolazione degli 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 (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 di invalidità, definibile «chimica».

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 MCS appartengono proprio a questa

categoria e che l'eziopatogenesi della MCS è legata a una predisposizione metabolica, attivata da agenti chimici ambientali.

Ai fini della presente legge, con l'articolo 4 del presente provvedimento, sono associate e correlate alla MCS altre due patologie dai sintomi invalidanti: l'encefalomielite mialgica (ME/CFS) e la fibromialgia (FM).

La MCS, la ME/CFS e la FM condividono infatti la maggior parte dei segni, anomalie, *test* e sintomi, quindi si propone, sia per logica che per un abbattimento dei costi del Servizio sanitario nazionale, che tutte e tre le patologie vengano diagnosticate separatamente, in base alla classificazione OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), previo riconoscimento ufficiale delle stesse.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

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

1. Ai fini della presente legge per sensibilità chimica multipla (MCS) si 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 ai fini dell'applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 249, nonchè delle agevolazioni e delle provvidenze previste dalla legislazione vigente in materia.

3. Il Ministro della salute provvede, con proprio decreto, in attuazione di quanto disposto dal comma 1, 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 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, 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 chimiche sul luogo di lavoro, la cui malattia 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 l'applicazione della legge 5 febbraio 1992, n. 104, per grave disabilità;

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

o) realizzare edifici di edilizia pubblica, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 6, e incentivare la costruzione, anche da parte di privati, di centri di soggiorno terapeutico;

p) 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 della MCS, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, attraverso i 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 dal Ministero della salute 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 dei medici sulla

conoscenza della MCS, al fine di facilitare l'individuazione dei soggetti affetti da MCS, siano essi sintomatici o 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. Al fine di quanto stabilito dalla lettera c) del comma 1, l'istituto superiore di sanità provvede alla formulazione di un protocollo nazionale diagnostico da utilizzare obbligatoriamente per la definizione diagnostico-terapeutica, il quale, tenendo conto degli aspetti genetici ed epidemiologici fondamentali dal punto di vista diagnostico, includa:

a) lo studio dei polimorfismi genetici dei geni 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. 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, nonché di centri regionali e provinciali di riferimento, cui spetta il coordinamento dei presidi stessi, al fine di garantire la tempestiva diagnosi, anche mediante l'adozione di specifici protocolli concordati a livello nazionale.

4. Le ASL provvedono, altresì, 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 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.

(Sintomi e patologie associate)

1. Ai fini della presente legge, l'encefalomielite mialgica (ME/CFS) e la fibromialgia (FM) sono considerate patologie associate e correlate alla MCS.

2. La MCS, la ME/CFS e la FM sono diagnosticate separatamente e trattate dallo stesso centro di riferimento, previo riconoscimento ufficiale delle stesse, in base alla classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

3. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro della sanità, provvede all'adozione delle Linee Guida Nazionali per la ME/CFS in modo da recepire le linee guida già adottate in materia a livello nazionale ed internazionale per la definizione di modello clinico per bambini con Encefalomielite Mialgica/Sindrome di Stanchezza Cronica.

4. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro della sanità, provvede all'adozione delle Linee Guida Nazionali per la fibromialgia, facendo riferimento ai criteri di classificazione adottati a livello nazionale ed internazionale, in modo che oltre alle manifestazioni reumatologiche vengano considerate anche le manifestazioni neurologiche, neuro-cognitive, autonome, neuroendocrine.

Art. 5.

(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. A tal fine deve essere adottata una etichettatura completa ed esaustiva dei prodotti di cui al presente comma, al fine di consentirne tracciabilità e rintracciabilità in tutte le componenti ed ingredienti, con particolare riferimento a quei prodotti derivanti da processi di elaborazione e trasformazione multipli.

2. Per le medesime finalità di cui al comma 1, ai soggetti affetti da MCS è riconosciuto un contributo per le spese riferite a visite e consulenze nutrizionali.

3. 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 dei contributi di cui ai commi 1 e 2.

4. Ai soggetti affetti da MCS è rimborsata l'imposta sul valore aggiunto gravante sull'acqua oligominerale tollerata imbottigliata in vetro.

Art. 6.

(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.

2. Il SSN garantisce, l'erogazione gratuita di integratori nutrizionali ai soggetti affetti da MCS prescritti dallo specialista nutrizionista o dal medico del centro regionale o

provinciale di riferimento di cui all'articolo 3, comma 2.

3. Il SSN garantisce, l'erogazione gratuita 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 di cui all'articolo 3, comma 3.

Art. 7.

(Norme per l'edilizia)

1. Ciascuna regione e provincia autonoma prevede 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 di invalidità, che a causa della malattia si trovino nella comprovata necessità di allontanarsi temporaneamente dalla propria abitazione.

2. Gli interventi di cui al comma 1 prevedono la realizzazione di abitazioni con materiali atossici e inerti nonché l'uso di idonee tecniche di costruzione, con particolare riferimento alla necessità della progettazione di impianti elettrici idonei, onde evitare l'esposizione a campi elettromagnetici capaci di esacerbare la sensibilità.

3. È vietato l'utilizzo di insetticidi, di pesticidi e di erbicidi chimici per un raggio di 100 metri dall'abitazione di un soggetto affetto da MCS. Tali prodotti devono essere sostituiti da operazioni meccaniche o da prodotti naturali.

4. È vietato l'utilizzo di deodoranti ambientali, di vernici contenenti solventi e di

solventi per un raggio di 50 metri dall'abitazione di un malato di MCS. Tali prodotti devono essere sostituiti da prodotti ad acqua, a basse emissioni di composti organici volatili e privi di fragranze.

5. È vietato installare negli edifici in cui ha la propria abitazione un malato di MCS impianti di ripetizione di segnali radio, televisivi o della telefonia mobile che comportino un'alterazione del campo elettromagnetico, anche inferiore ai limiti stabiliti dalla legislazione vigente in materia.

Art. 8.

(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 3;

b) impiego di detersivi 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, all'apprendimento e alla verifica a distanza.

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.

Art. 10.

(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 2013.

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, 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 2013, 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, valutato in 5.000.000 di euro annui a decorrere dall'anno 2013, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale da parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2013-2015, 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 2013, 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 è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

