



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 5

**COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA
sui casi di morte e gravi malattie che hanno colpito il
personale italiano impiegato nelle missioni militari all'estero,
nei poligoni di tiro e nei siti in cui vengono stoccati
munizionamenti, nonché le popolazioni civili nei teatri di conflitto
e nelle zone adiacenti le basi militari sul territorio nazionale,
con particolare attenzione agli effetti dell'utilizzo
di proiettili all'uranio impoverito e della dispersione nell'ambiente
di nanoparticelle di minerali pesanti prodotte dalle esplosioni
di materiale bellico**

AUDIZIONE DI RAPPRESENTANTI DEL
MINISTERO DELLA DIFESA

7^a seduta: giovedì 17 maggio 2007

Presidenza della presidente BRISCA MENAPACE

I N D I C E**Audizione di rappresentanti del Ministero della difesa**

| | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|-----------------------|------------------------------|
| PRESIDENTE | Pag. 4, 5, 8 e <i>passim</i> | CASTAGNETTI | Pag. 5, 6, 8 e <i>passim</i> |
| BODINI (<i>Ulivo</i>) | 14, 25, 26 | MARTINES | 16, 24, 25 e <i>passim</i> |
| CASSON (<i>Ulivo</i>) | 5, 11, 12 | | |
| MANNINO (<i>UDC</i>) | 28, 30 | | |
| RAME (<i>Misto-IdV</i>) | 8, 24, 30 e <i>passim</i> | | |
| RAMPONI (<i>AN</i>) | 10, 15, 24 e <i>passim</i> | | |
| VALPIANA (<i>RC-SE</i>) | 12 | | |

Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democrazia Cristiana per le autonomie-Partito Repubblicano Italiano-Movimento per l'Autonomia: DCA-PRI-MPA; Forza Italia: FI; Insieme con l'Unione Verdi-Comunisti Italiani: IU-Verdi-Com; Lega Nord Padania: LNP; L'Ulivo: Ulivo; Per le Autonomie: Aut; Rifondazione Comunista-Sinistra Europea: RC-SE; Sinistra Democratica per il Socialismo Europeo: SDSE; Unione dei Democraticicristiani e di Centro (UDC): UDC; Misto: Misto; Misto-Consumatori: Misto-Consum; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-Italiani nel mondo: Misto-Inn; Misto-L'Italia di mezzo: Misto-Idm; Misto-Partito Democratico Meridionale (PDM): Misto-PDM; Misto-Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur; Misto-Sinistra Critica: Misto-SC.

Intervengono il Capo operativo di vertice Interforze, generale di corpo d'armata Fabrizio Castagnetti, accompagnato dal contrammiraglio Mario Tarabbo, dal colonnello Arnaldo Bravi e dal capitano Giuseppe Scuderi, e il Direttore generale della sanità militare, ammiraglio ispettore capo Vincenzo Martines, accompagnato dal colonnello Silvio Porcù, dal colonnello Aldo Piccininno e dal colonnello Mario Peragallo.

I lavori hanno inizio alle ore 15,10.

COMUNICAZIONI DELLA PRESIDENTE

PRESIDENTE. Comunico che, ai sensi dell'articolo 23, comma 1, del Regolamento interno, sulla base delle indicazioni dei componenti dell'Ufficio di Presidenza allargato ai rappresentanti dei Gruppi e conformemente al mandato ricevuto dall'organo medesimo, ho designato, con decorrenza dal 1° maggio 2007 sino al 31 dicembre 2007, quali collaboratori della Commissione, le seguenti persone, che hanno già notificato la loro accettazione dell'incarico: il dottor Ezio Chinelli, la dottoressa Antonietta M. Gatti, il dottor Valerio Gennaro e il dottor Domenico Leggiero.

Tali collaborazioni, secondo le indicazioni unanimemente formulate dall'Ufficio di Presidenza, prevedono esclusivamente il rimborso delle spese effettivamente sostenute e debitamente documentate. Analoga impostazione sarà adottata anche per le ulteriori collaborazioni che dovessero essere decise nel prosieguo dei lavori.

La nostra Commissione, inoltre, non si assume l'onere di remunerare nuove ricerche, anche perché i consulenti solitamente ci riferiscono i risultati di ricerche già portate a termine. Se ritenessero necessari, ad esempio, laboratori per nuove ricerche, dovrebbero rivolgersi a un Ministero e non certamente alla nostra Commissione; noi potremmo esprimere parere favorevole alla richiesta, ma non possiamo assumerci alcun impegno in merito. Sottolineo questi aspetti perché ci arrivano molte richieste di chiarimento sui costi della nostra Commissione e se ci sono fondi sufficienti: la nostra dotazione è la stessa di tutte le altre Commissioni.

RAME (*Misto-IdV*). Presidente, oggi non era prevista la presenza dei consulenti?

PRESIDENTE. I consulenti ci hanno fatto pervenire i quesiti che ora formuleremo agli auditi. Infatti, essendo la Commissione d'inchiesta equiparabile ad un tribunale, i quesiti devono essere presentati prima al Presidente, il quale ufficialmente li esprime. Naturalmente cerchiamo di non essere così formali, ma non dovrebbe esserci un rapporto diretto tra i consulenti nominati dalla Commissione e gli auditi. Ci atteniamo a tale criterio.

Tornando alle spese della Commissione, vi prego di precisare all'esterno che non disponiamo di alcun fondo aggiuntivo per finanziare nuove ricerche, ma che è previsto esclusivamente il rimborso delle spese sostenute e documentate dei nostri consulenti.

Gli incarichi assegnati ai consulenti saranno tendenzialmente a tempo e a tema, di tipo «mirato», ossia concernenti specifici progetti, i cui contenuti e tempi di realizzazione saranno concordati di volta in volta. Analoga impostazione sarà adottata anche per le ulteriori collaborazioni che dovessero essere decise nel prosieguo dei lavori. Se non si fanno osservazioni, così resta stabilito.

I consulenti finora nominati e l'Istituto superiore di sanità, a cui abbiamo chiesto di esprimere delle indicazioni, hanno formulato i quesiti che rivolgerò agli auditi. In particolare, l'Istituto superiore di sanità ha ritenuto opportuno indirizzare le proprie domande al personale della struttura sanitaria militare, con il quale difficilmente riesce a relazionarsi, dal momento che i dati vengono raccolti in maniera differenziata. Se la Commissione riuscirà a fare da tramite tra i due organismi sarà già un buon risultato.

Avverto che sarà redatto e pubblicato il resoconto stenografico della seduta odierna.

Audizione di rappresentanti del Ministero della difesa

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione di rappresentanti del Ministero della difesa. Do il benvenuto al Generale di Corpo d'Armata Fabrizio Castagnetti, Comandante del Comando Operativo di Vertice Interforze, accompagnato dal Contrammiraglio Mario Tarabbo, dal Colonnello Arnaldo Bravi e dal Capitano Giuseppe Scuderi.

Finora, assumendone la validità, abbiamo adottato i risultati della precedente Commissione d'inchiesta e l'aspetto più rilevante – purtroppo negativo – che abbiamo constatato è che tutti i ricercatori, di qualunque specialità e a prescindere dalla loro collocazione territoriale e forse persino politica, convengono che non sia possibile stabilire a oggi un nesso lineare causa-effetto tra l'uso dell'uranio impoverito e le patologie che hanno colpito il personale militare italiano. Se ci fermassimo di fronte a questo ostacolo, il nostro lavoro sarebbe già bloccato; noi, invece, dobbiamo superarlo e, se non riusciamo a farlo con un salto, dobbiamo aggirarlo.

Poiché normalmente nelle ricerche epidemiologiche non è richiesta la determinazione del rapporto causa-effetto secondo un ragionamento logico-deduttivo e non possiamo giungere ad una determinazione sperimentale, a meno di non utilizzare delle cavie, non ci resta che una certezza cosiddetta «morale» o probabilistica. Si tratta di chiedere ai ricercatori: se non potete affermare che c'è un rapporto lineare logico-deduttivo, potete però escludere in assoluto che l'uranio impoverito sia la causa delle patologie riscontrate? Se rispondono di non poterlo escludere, come sempre avviene, si presenta un altro criterio di ricerca. In tal caso, trattandosi

di pericolo per la vita umana, deve essere subito adottato il principio di precauzione perché non si possono correre rischi. Non si può rimanere in attesa che succeda qualcosa. Allora, appena vi è stato allarme o si è venuti a conoscenza di possibili danni, sono state prese misure precauzionali?

Al generale Castagnetti, in particolare, vorrei chiedere quali misure di protezione individuale (equipaggiamenti, procedure operative) sono state adottate dal personale militare interessato, anche in confronto con altri Paesi della NATO.

La precedente Commissione aveva lamentato ostacoli posti dalle autorità militari all'acquisizione di informazioni.

CASTAGNETTI. Da parte mia, c'è trasparenza completa.

PRESIDENTE. Siamo assolutamente d'accordo, ma ritengo vi sia un equivoco su questa Commissione, che viene considerata un organo politico, per cui si vuole sapere se ha ragione la maggioranza o l'opposizione. Questa non è una Commissione politica, non dobbiamo provare chi ha ragione tra la maggioranza o l'opposizione, di questa o della precedente legislatura: noi dobbiamo cercare la causa dei danni subiti dai militari impegnati nei vari teatri di guerra o nelle missioni internazionali. Dopo di che chi è responsabile ne risponderà: questo è per l'appunto un tribunale, non una Commissione politica.

Abbiamo chiesto al Ministro della difesa di eliminare eventuali ostacoli e, comunque, di precisare quali notizie non possono essere richieste. Il ministro Parisi ha risposto positivamente alla domanda della Commissione di conoscere i dati. Quindi saremo abilitati a chiedere le informazioni utili al nostro lavoro di inchiesta. Ebbene, la Difesa ha riconosciuto cause di servizio legate all'uranio impoverito? Sappiamo infatti, generale Castagnetti, che sono in corso un paio di processi e ci sono giunte molte lettere da familiari di militari, che lamentano di non avere ricevuto tali riconoscimenti.

Ho già detto che i rappresentanti dell'Istituto superiore di sanità lamentano qualche difficoltà di connessione tra i dati (probabilmente raccolgono i dati secondo criteri diversi da quelli seguiti dalla Sanità militare), specialmente perché non riescono ad accedere ai nominativi del personale militare interessato, senza i quali sostengono che non possono elaborare statistiche. Bisogna trovare il modo di superare tale difficoltà. Credo sia stato raggiunto un accordo tra Difesa e Istituto superiore di sanità sui criteri di riservatezza adottati da quest'ultimo. D'altra parte, il problema del trattamento dei dati personali c'è anche per i ricoveri ospedalieri: chi si reca in ospedale deve rivelare la propria identità. In sostanza, c'è un conflitto tra la tutela della *privacy* e la raccolta di dati nominativi.

CASSON (Ulivo). Signora Presidente, non so se il quesito che intendo porre è da indirizzare al generale Castagnetti o, forse più correttamente, all'ammiraglio Martines. Più che rivolgere agli auditi una domanda

da un punto di vista medico, sanitario o epidemiologico, vorrei ricevere da loro informazioni precise sull'uso del materiale, per sapere se in qualsiasi missione italiana all'estero sia mai stato utilizzato munizionamento con componenti a uranio impoverito.

Questa è la prima questione che intendo sottoporvi, cui si collega una seconda: vi risulta anche che Forze armate amiche abbiano utilizzato materiale contenente uranio impoverito negli scenari in cui hanno operato i nostri soldati?

In terzo luogo, vi risulta che altre Forze armate, anche non amiche, abbiano utilizzato materiale di questo tipo negli stessi scenari?

CASTAGNETTI. Signora Presidente, onorevoli senatori, innanzi tutto mi presento: sono il Generale di Corpo d'Armata Fabrizio Castagnetti, Comandante del Comando operativo di vertice Interforze (COI) dal 2005.

Vi ringrazio per la presente audizione, che mi offre la possibilità di parlare, seppur brevemente, della pregevole opera svolta dai nostri soldati nei vari teatri di operazione. Ho preparato un breve intervento, che vorrei leggere prima di rispondere alle domande che mi sono state rivolte, nel quale accennerò a tutte le problematiche evidenziate.

Uno dei compiti del Comando operativo di vertice Interforze, di cui sono il comandante, è di pianificare, coordinare e condurre – per quanto di competenza – le operazioni multinazionali cui le Forze armate italiane partecipano a seguito di specifico mandato del Parlamento e del Governo italiani.

Tutte le operazioni multinazionali cui le Forze armate italiane partecipano discendono da specifiche risoluzioni del Consiglio di sicurezza delle Nazioni Unite, mentre, per quanto riguarda l'autorità del controllo operativo delle forze sul terreno, essa è demandata alle Nazioni Unite stesse per le operazioni gestite direttamente dall'ONU (è il caso del Libano) oppure all'organizzazione multinazionale o regionale cui l'ONU ha affidato il compito di conduzione delle operazioni. In Afghanistan e in Kosovo tale organizzazione è la NATO; in Bosnia è l'Unione europea; in Darfur è l'Unione africana.

È di tutta evidenza – e mi preme sottolinearlo – che le aree dove intervengono i soldati per operazioni di *peace keeping* sono comunque aree disastrose, dalla guerra o da catastrofi naturali, aree dove generalmente regnano la sporcizia, la miseria, la polvere ed eventualmente anche residui bellici. La tutela della salute dei nostri militari impegnati oltre i confini nazionali assume, pertanto, una rilevanza particolare: si tratta di un dovere e di una responsabilità che abbiamo verso i cittadini, uomini e donne, che in divisa servono il Paese con grande dedizione, alle loro famiglie e all'intera nazione che essi rappresentano sui fronti di crisi internazionali.

Per assicurare questa tutela vengono puntualmente diramate disposizioni di *force protection* contro i rischi connessi all'esposizione ad agenti patogeni di natura radiologica, biologica o chimica di provenienza terroristica, industriale (ROTA) ed ambientale. La valutazione di questi rischi – necessaria per determinare, per ogni singolo teatro d'intervento, il livello e

le procedure di *force protection* da attivare – inizia prima del dispiegamento delle truppe nelle aree delle operazioni, con l'esame approfondito dei seguenti elementi: fonti d'*intelligence* nazionali ed alleate, rapporti di ricognizione di *teams* di sorveglianza ambientale e, infine, teniamo in debito conto anche comunicazioni di fonti aperte.

Per i suddetti rapporti di ricognizione il mio Comando, che non dispone di forze proprie, si avvale dell'opera di nuclei del 7° Reggimento di difesa nucleare, biologica e chimica (NBC) dell'Esercito, del Centro tecnico logistico interforze (CETLI), del Centro interforze studi per applicazioni militari (CISAM), del Centro studi e ricerche di sanità e veterinaria del Comando logistico dell'Esercito.

Queste indagini e valutazioni, attivate preliminarmente al dispiegamento delle forze, vengono poi costantemente ripetute, a dispiegamento delle forze avvenuto, con un monitoraggio continuo e periodico effettuato su campioni di suolo, aria, acqua ed alimenti. Sulla base della consistenza e dell'eventuale variabilità dei rischi vengono decise – e, se del caso, opportunamente modificate – le dotazioni di protezione individuale, le eventuali procedure operative che le nostre forze dovranno adottare in conformità alle realtà locali e l'eventuale intervento di assetti specialistici dalla madrepatria.

In merito all'attività di prevenzione sanitaria, prima del dispiegamento nel teatro interessato il personale viene sottoposto a visita medica e ad indagini di laboratorio atte ad accertare lo stato di salute e l'idoneità fisica all'impiego nella specifica operazione. Analoghi accertamenti, sempre per tutto il personale, vengono effettuati al rientro per i successivi cinque anni, al fine di accertare tempestivamente ogni variazione dello stato di salute dell'individuo correlabile all'esposizione ad agenti nocivi eventualmente presenti nella zona di operazioni.

In questa ottica e in occasione della missione in Iraq è stato sviluppato – non per tutti, ma per un campione di personale – un progetto di monitoraggio a lungo termine chiamato SIGNUM (Studio dell'impatto genotossico nelle unità militari), che è *in itinere* in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità ed altri enti universitari. Credo che questo progetto non trovi rispondenza in altri Paesi e dimostra quanto le Forze armate abbiano investito, in risorse finanziarie e umane, nell'aspettativa di far eventualmente emergere trasparenti e certi elementi di conoscenza scientifica.

Infine, per ogni teatro operativo vengono emanate (a cura della Direzione generale di sanità militare) specifiche direttive sulla schedula vaccinale e sulle eventuali misure di chemio-profilassi antimalarica, finalizzate alla prevenzione dei rischi biologici ambientali. La schedula vaccinale e la tempistica relativa agli intervalli di somministrazione vengono elaborati in collaborazione con le autorità scientifiche istituzionali nazionali, tenendo anche conto di segnalazioni di organizzazioni internazionali, quale l'Organizzazione mondiale della sanità, e delle autorità sanitarie locali dei teatri di operazione.

In sintesi, ogni territorio ove sono chiamati ad operare i nostri militari viene sottoposto ad approfondite e ripetute verifiche ambientali fina-

lizzate ad accertare l'esistenza di agenti o aggressivi chimici, biologici, radiologici e nucleari. Queste verifiche condizionano la scelta dei siti, quando ne abbiamo facoltà, ove saranno allestite le basi, estendendo progressivamente gli accertamenti all'intera area di responsabilità.

Al fine di prevenire l'esposizione da tali agenti accidentalmente presenti nell'ambiente o deliberatamente immessi da elementi ostili, l'area dove operano i soldati italiani viene continuamente monitorata tramite sensori fissi e mobili in grado di discriminare natura e intensità delle possibili minacce. L'unità che assolve questo servizio è il 7° Reggimento di difesa nucleare, biologica e chimica (NBC) dell'Esercito, impegnato con assetti robusti presenti nei teatri libanese e afgano e periodicamente, alla bisogna, sul teatro balcanico. Ovviamente, quando è iniziata l'operazione in Bosnia c'era tale assetto NBC. Questo reggimento è un reparto d'*élite*, altamente specializzato e professionale, e le sue unità possono essere rinforzate – con interventi *ad hoc* - da assetti di altri Enti della Difesa, che possono assicurare verifiche di secondo e terzo livello (CE-TLI/CISAM).

A tale riguardo, con l'ausilio di alcune mappe, vorrei mostrarvi il lavoro che svolge il reggimento con riferimento alla situazione libanese. (*Vengono mostrate alcune mappe geografiche*). Nelle carte sono riportati tutti i siti che sono stati verificati dal 7° Reggimento NBC, a cominciare da quelli in cui presumevamo fossero avvenuti bombardamenti da parte dell'aviazione israeliana. Si tratta di migliaia di siti e tutti hanno dato esito negativo. Questa situazione si riferisce a qualche mese fa e quasi tutto il territorio libanese è stato battuto a tappeto. L'altra mappa mostra i rilevamenti che sono stati fatti, ad esempio, su fabbriche o discariche a cielo aperto, comunque situazioni che potrebbero essere legate all'insorgenza di determinate patologie.

PRESIDENTE. Potremmo avere copia delle mappe e dei questionari che usate per adottare misure di prevenzione?

RAME (*Misto-IdV*). Stando a ciò che si legge negli articoli pubblicati sulla materia, i nostri soldati nella missione nei Balcani non hanno mai avuto libretti di informazione. Aggiungo che vi sono fotografie, disponibili su Internet, in cui i nostri soldati sono ritratti mentre stanno lavorando in maniche di camicia in zone di guerra, mentre gli americani, i tedeschi e gli inglesi sono protetti da tute, occhiali e guanti.

PRESIDENTE. Questo lo vedremo successivamente. Intanto sono particolarmente interessata alla prevenzione per mezzo di vaccini.

CASTAGNETTI. Signora Presidente, preferirei terminare la mia esposizione. L'ammiraglio Martines sarà molto più esaustivo su questi aspetti.

A carattere generale, i protocolli di sorveglianza sanitaria non hanno evidenziato la consistenza di manifestazioni epidemiologiche per le patologie emolinfoproliferative significativamente difforni dalla media nazionale.

Per quanto concerne la standardizzazione delle procedure riguardanti il comportamento del personale che opera in prossimità di aree interessate dalla presenza di uranio impoverito, le procedure nazionali sono sovrapponibili a quelle in uso presso le Forze armate di nazioni alleate che operano nei Balcani. La Direzione generale della sanità militare è in continuo contatto con l'organizzazione sanitaria che raccoglie i vertici delle sanità militari delle nazioni aderenti al Comitato dei responsabili sanitari delle Forze armate in ambito NATO (COMEDS), per verificare tempestivamente ogni informazione condivisa tra le nazioni che hanno inviato truppe in Bosnia e Kosovo. Allo stato degli atti, la comunità sanitaria militare nazionale ed internazionale ritiene che il rischio di contaminazione sia significativo solo per il personale esposto in vicinanza al momento dell'esplosione di mezzi colpiti da munizionamento a uranio impoverito (evento che mai ha interessato militari italiani), raccomandando, a titolo precauzionale, di astenersi dal contatto con i relitti, adottando l'impiego di mezzi di protezione individuale in occasione della ricognizione e della bonifica.

Nonostante tutte le precauzioni permangono rischi per i nostri soldati in tutte le aree in cui essi sono presenti. Questi rischi, se mi è permesso un paragone, potrebbero essere paragonati ai rischi che corre una squadra dei vigili del fuoco che, in ottemperanza al dovere, non esita ad esporsi ai pericoli intrinseci alla professione e al servizio. Quando non sussistono dolo, negligenza, imperizia o imprudenza si deve solo apprezzare il comportamento di tali uomini.

I contingenti nazionali schierati nei vari teatri, nell'assolvere la missione assegnata, supportano le legittime autorità locali affinché possano assumere la totale responsabilità del loro territorio, aiutando nel contempo con uomini, mezzi e risorse finanziarie la ricostruzione. La cultura del soldato, ricevuto un compito dall'autorità politica, è quella di assolverlo al meglio e di tornare quanto prima a casa. Per raggiungere l'*end state* in queste operazioni – che è sempre un *end state* di carattere politico e al cui raggiungimento la componente militare concorre assieme alle componenti politiche, diplomatiche, alle varie organizzazioni multinazionali, alle organizzazioni non governative (ONG) – è di vitale importanza, come si dice in gergo NATO, «*to win the hearts respecting the minds*». Per vincere i cuori rispettando la cultura locale – e, per inciso, i soldati italiani sono molto bravi in questo – i nostri uomini e donne devono operare tra la gente, e per operare tra la gente bisogna evitare, per quanto possibile, atteggiamenti aggressivi. Per assurdo, indossare sempre la maschera antigas per evitare l'aspirazione di polveri e particelle, oltre che oggettivamente impossibile per prolungati periodi di tempo, sarebbe anche operativamente controproducente.

PRESIDENTE. A meno di non distribuirle anche alla popolazione locale.

CASTAGNETTI. Ma non si può andare in giro sempre con la maschera antigas.

PRESIDENTE. Vuol dire però che il rischio per la popolazione locale c'è.

RAMPONI (AN). Ha detto «per assurdo».

PRESIDENTE. Il generale non ha bisogno di essere interpretato, senatore Ramponi.

RAMPONI (AN). Come parla lei, ho la facoltà di parlare anch'io, illustre Presidente. Non mi interrompa.

PRESIDENTE. Le chiedo scusa.

CASTAGNETTI. La maschera e il sopravvestito protettivo – rispondo alla senatrice Rame – vengono usati quando necessario e principalmente dai tecnici del 7° Reggimento NBC. È ovvio che, se i nostri militari dovessero trovare un relitto, interverrebbero i bravissimi soldati del 7° Reggimento NBC con il sopravvestito e la maschera antigas, effettuerebbero le rilevazioni necessarie e, se ritenessero che il relitto è radioattivo, questo verrebbe cinturato e opportunamente isolato; successivamente, ovviamente, verrebbe avvertita la popolazione locale.

Per finire, permettetemi un'ultima osservazione o esortazione come soldato, come comandante di uomini. Tutte le operazioni, anche quelle esclusivamente umanitarie, comportano dei rischi. I nostri soldati sono caduti nell'adempimento del dovere, ben prima delle missioni in Bosnia, Iraq, Afghanistan e Libano: soldati caduti in servizio presso le Nazioni Unite, in Somalia, uccisi dai terroristi o colpiti da malattie mortali. Se tra i compiti di questa Commissione vi è anche quello di deliberare istituti risarcitivi, esprimo il desiderio che essi siano giusti.

A puro titolo d'esempio, vi consegno alcune foto che ritraggono il sergente maggiore Marco Di Sarra. Questi, a suo tempo, fu posto all'attenzione dei *media* perché ritratto con in braccio un bambino i cui occhi esprimono un mondo di felicità, di speranza e di attenzione mai sperimentati prima. Questo paracadutista del 9° «Col Moschin» ha operato prima in Ruanda, teatro di un orrendo genocidio, poi in Uganda nel 1994, con Maria Pia Fanfani. Il paracadutista Di Sarra era stato inviato d'urgenza per concorrere a porre fine a un genocidio ed è morto di malaria fulminante appena rientrato in Italia.

Signor Presidente, onorevoli senatori, ho terminato e vi ringrazio per l'attenzione. Sono disponibile a rispondere a tutte le domande che questa autorevole Commissione riterrà opportuno rivolgermi. Qualora non mi sentissi in grado di rispondere in modo esauriente, mi riservo di rispondere per iscritto quanto prima. Ritengo, peraltro, che i quesiti di carattere più strettamente medico a cui l'onorevole Presidente accennava in precedenza siano di competenza dell'ammiraglio Martines, Direttore generale della Sanità militare (DIFESAN).

CASSON (*Ulivo*). Ringrazio il generale Castagnetti per l'illustrazione. Credo che, in effetti, in merito alle direttive sulla schedula vaccinale, cui faceva riferimento la Presidente, potremmo chiedere in maniera più adeguata all'ammiraglio Martines.

Tuttavia, mi sia consentito di tornare sui quesiti che ho posto all'inizio perché, nel corso della sua pregevole illustrazione, il Generale ha fatto, sì, alcuni accenni all'utilizzazione di un determinato tipo di materiale, ma io gli avevo rivolto domande più specifiche per avere, se possibile, anche successivamente in una nota scritta, indicazioni sull'utilizzo di munizionamento a base di uranio impoverito negli scenari in cui hanno operato i nostri soldati. Mi riferisco al munizionamento utilizzato dalle nostre Forze armate, a qualsiasi titolo e in qualsiasi occasione, a quello utilizzato dalle Forze armate di Paesi alleati o anche da forze militari non alleate.

Credo che indicazioni più specifiche a tale riguardo potrebbero essere utili alla Commissione, dal momento che si tratta di un dato tecnico e scientifico basilare per i nostri lavori.

CASTAGNETTI. Senatore Casson, vado a memoria, ma sarò più preciso per iscritto. Credo che la prima volta che le Forze armate italiane sono state informate che in Bosnia e Kosovo erano stati usati proiettili a uranio impoverito sia stato nel 2000. Tuttavia già precedentemente un nostro ufficiale che si trovava a Pec, in Kosovo, aveva diramato a tutti i nostri comandi in teatro di operazioni una direttiva sulle precauzioni da utilizzare nel caso si fossero rinvenuti manufatti esplosivi. L'Italia non ha mai utilizzato – sottolineo mai – munizionamento a uranio impoverito né fuori, né in patria all'interno dei poligoni.

Se posso riferire un altro esempio che può essere utile, il nostro contingente in Iraq trovò uno o due relitti di carri armati (non sappiamo neppure a quale guerra risalissero) che risultavano radioattivi solamente nel foro di entrata del munizionamento ad uranio impoverito. Come ho detto prima, questi carri armati sono stati cinturati con il filo spinato. Ogni due o tre giorni dovevamo rimettere il filo spinato perché veniva rubato dalla popolazione, che quindi sapeva benissimo che in quel luogo c'era materiale radioattivo dal quale bisognava tenersi alla larga.

Ancora. In Bosnia, quando ho assunto il comando operativo, ho potuto vedere un *container* nel quale erano contenuti fusti di cemento armato, nei quali erano annegati residuati bellici, che non era stati usati da noi e sui quali alcuni giornalisti – credo – avevano richiamato la nostra attenzione. Noi abbiamo affogato quei proiettili (che, comunque, non emettevano alcuna radioattività) e li abbiamo consegnati all'università di Sarajevo. Lo stesso è avvenuto in Kosovo; anche lì abbiamo affogato dei residuati nel cemento armato e li abbiamo consegnati alle autorità americane, che li hanno presi in consegna e credo li abbiano trasferiti in Germania, dove hanno la possibilità di disporre di tali mezzi, mentre noi avremmo qualche difficoltà. Comunque, si trattava di artefatti esplosivi portati alla nostra attenzione. Per aiutare la popolazione, adottando tutte le precauzioni necessarie, abbiamo immerso quei residuati nel cemento armato, controllato che

non emettessero radiazioni e abbiamo riposto i fusti in un *container* chiuso, che è stato poi consegnato agli americani.

CASSON (*Ulivo*). Mi scusi se la interrompo. Lei conosce, oltre agli Stati Uniti, quali sono gli altri Paesi che hanno trattato o utilizzato proiettili ad uranio impoverito? Anche in occasione dell'ultima riunione dell'Ufficio di Presidenza ci siamo soffermati sull'opportunità di estendere le indagini condotte dalla Commissione. Le chiedo quindi, se possibile, di fornirci alcune indicazioni in proposito, anche successivamente in una nota scritta. Non le chiedo uno sforzo mnemonico in questo momento.

CASTAGNETTI. Non vorrei dare risposte non esaurienti o persino sbagliate. Non lo so, forse la Gran Bretagna, ma non sono sicuro.

CASSON (*Ulivo*). Le chiedo se può fornirci questo dato in una nota scritta.

VALPIANA (*RC-SE*). Signora Presidente, ringrazio il generale Castagnetti per la sua relazione. Mi trovo d'accordo con lui quando afferma che fare la guerra è un mestiere pericoloso: è il motivo per cui sono pacifista, esattamente perché è un mestiere pericoloso per chi lo sceglie e per chi vi si trova coinvolto malgrado la propria volontà.

Vorrei focalizzare la mia attenzione su due aspetti. Il primo riguarda i programmi vaccinali cui vengono sottoposti i soldati prima di partecipare alle missioni internazionali, in particolare per quanto concerne i tempi di somministrazione. Lei, generale, ha parlato delle segnalazioni dell'OMS e delle autorità locali in merito alle patologie che ricorrono in un dato luogo e ha fatto riferimento ad autorità scientifiche istituzionali nazionali non meglio identificate. Oggi nel nostro Paese il dibattito sulle vaccinazioni è arrivato a un punto raggiunto trent'anni fa da alcune avanguardie, tra le quali mi colloco anch'io. In presenza di particolari condizioni soggettive anche vaccinazioni classificate dallo Stato come obbligatorie, perché giudicate positive per l'intera collettività, hanno avuto effetti dannosi sul fisico di alcuni bambini, tanto che è stata approvata la legge n. 210 del 1992, che prevede rimborsi (come se fosse rimborsabile la salute e la vita di un bambino!) in presenza di danni vaccinali. Ci ha messo trent'anni il nostro Paese a dimostrare la relazione tra vaccino e danni fisici!

È evidente che per recarsi in luoghi di guerra in cui sono presenti determinate patologie è necessario preparare il fisico del soldato. Credo, però, che anche questo dato dovrebbe essere vagliato e approfondito, perché una serie di somministrazioni di vaccini ravvicinate e particolarmente virulente può danneggiare il fisico. Vorrei sapere dunque se sono state svolte indagini specifiche su questo aspetto.

In una precedente audizione – che in questo momento non sono in grado di citare puntualmente – era stata menzionata la particolare ricettività dell'organismo femminile, in confronto a quello maschile, rispetto ai danni conseguenti all'esposizione all'uranio impoverito. Sembra che le

donne abbiamo una possibilità sei volte maggiore di sviluppare malattie in presenza di tale materiale. Dal momento che lei ha parlato di uomini e donne che si recano nei teatri di guerra, vorrei sapere se vengono date particolari raccomandazioni alle donne in relazione a tale aspetto, anche in considerazione del fatto che l'organismo femminile contaminato può trasmettere i danni subiti alle generazioni successive.

Infine, lei ha affermato che in Italia non è mai stato utilizzato materiale contenente uranio impoverito. Mi piacerebbe però sapere se non è mai stato utilizzato, né prodotto, né posseduto o se è mai stato di stanza sul nostro territorio. O si fa riferimento solo al suo utilizzo?

CASTAGNETTI. Posso rispondere immediatamente a quest'ultima domanda, ancorché non sia specificamente competente per gli altri quesiti, in merito ai quali l'ammiraglio Martines potrà essere più esauriente. L'uranio impoverito viene usato diffusamente, basti pensare agli aeroplani.

PRESIDENTE. Non più.

CASTAGNETTI. Quando lei viaggia in aeroplano probabilmente ignora che vi sono quintali di uranio impoverito sotto le ali del velivolo. Non voglio dilungarmi ulteriormente, ma questo metallo viene usato anche in materiali medici, dall'Aeronautica, per le navi, come contrappeso (perché è estremamente pesante), per costruire pozzi, ascensori. Ha un'utilizzazione estrema, ma è pericoloso solamente quando esplode, per le polveri che può produrre.

Inizialmente lei ha parlato di guerra: preciso nuovamente che le Forze armate italiane non fanno la guerra in nessun teatro di operazione, ma vi si recano sempre per supportare il legittimo governo istituzionale e per aiutarlo a prendere possesso del suo specifico territorio. Inoltre, l'Esercito italiano e le altre Forze armate si occupano della ricostruzione. Se aveste la possibilità di accompagnarvi in Afghanistan, come già hanno fatto numerosi membri della Commissione difesa, vedreste cosa fanno i nostri soldati.

Le altre domande riguardano più specificamente la competenza dell'ammiraglio Martines; pur essendo a conoscenza delle schedule vaccinali, ritengo più opportuno che parli chi ne è competente. Tuttavia, in merito non credo vi sia univocità mondiale, come dimostra un esempio che vorrei farvi, da operativo. In Sudan, Paese piagato dalla malaria, avevamo una compagnia di soldati che avevano effettuato la profilassi prevista dal nostro Ministero della sanità. Quando mi recai sul posto, andai a trovare il comandante, un canadese, al quale chiesi che tipo di profilassi antimalarica assumesse. Mi mostrò la scatoletta del farmaco, che, neanche a farlo apposta, era lo stesso che assumevamo noi per la profilassi antimalarica. C'era però il divieto di fare tale profilassi per periodi superiori ai sei mesi; ciò significa che i nostri *standard* sono molto elevati. Il generale canadese, quando gli obiettai che, assumendo quelle pasticche, sarebbe potuto rimanere sul posto solamente sei mesi, mi rispose che le assumeva da due anni ed era sano come un pesce.

Ho voluto raccontare tale aneddoto per sottolineare che anche in ambito mondiale non c'è una perfetta univocità sulla profilassi. Lascio però alla competenza dell'ammiraglio Martines il compito di illustrarvi ulteriori dettagli in merito.

PRESIDENTE. Poi ascolteremo l'ammiraglio Martines, che ha chiesto di essere audito in un momento successivo.

Ci è stato riferito che i poligoni di tiro vengono affittati anche a terzi, non ad italiani ma a compagnie che vogliono sperimentare, ad esempio, come un proiettile all'uranio impoverito passi attraverso una corazza piena a sua volta di uranio impoverito, sì da risultare più dura e più difficile da trafiggere. Che tipo di controllo effettuiamo sull'uso che di tale materiale possono fare altri Paesi, o addirittura società private, secondo quanto ci è stato riferito?

In secondo luogo, ogni quattro mesi il Parlamento riceve una relazione elaborata congiuntamente dai Ministeri della difesa e della sanità, da cui risultano significative punte di presenza di specifiche patologie. In sostanza, non è vero che i dati sono analoghi a quelli della popolazione civile, ma, anzi, in un breve periodo (quattro mesi) si nota persino qualche incremento.

CASTAGNETTI. Non sono competente per tutte le attività che vengono svolte sul territorio nazionale. L'autorità competente per i poligoni nazionali è lo Stato maggiore della Difesa, 4° Reparto, cui passerò questa richiesta di informazioni. Comunque vi è una letteratura al riguardo e mi sono preparato anche su quanto non era di mia stretta competenza.

Ritengo che non sia mai stato usato munizionamento all'uranio impoverito nei nostri poligoni, che, come lei giustamente ha sottolineato, qualche volta è in uso anche a Forze armate alleate ed amiche.

PRESIDENTE. E cosa ci può dire riguardo la relazione elaborata congiuntamente da Sanità e Difesa, che ogni quattro mesi riferisce al Parlamento sull'incidenza di specifiche patologie oncologiche?

CASTAGNETTI. Anche quest'attività credo sia svolta sempre puntualmente a cura dell'ammiraglio Martines.

BODINI (*Ulivo*). La prima domanda che avrei voluto rivolgere ai nostri ospiti è già stata posta dalla Presidente; si tratta in realtà di una richiesta di rassicurazione circa il fatto che nei poligoni italiani non venga utilizzato munizionamento ad uranio impoverito.

La seconda domanda riguarda invece i livelli di radioattività. Lei, generale, ci ha riferito che, avendo testato alcuni relitti, la radioattività è stata rinvenuta nella sede dell'impatto. È possibile avere un'idea dell'entità della radioattività emessa? Si può sapere presumibilmente qual è il tempo intercorso tra l'impatto e la misurazione (perché c'è un processo di decadimento della radioattività) e se si tratta di un dato costante,

cioè se tutte le volte che si trova un relitto questo emette radioattività, oppure se si tratta di un episodio occasionale?

CASTAGNETTI. Anche con riguardo a questo aspetto l'ammiraglio Martines potrà essere più esaustivo. L'unico esempio di radioattività a mia conoscenza è quello a cui ho fatto riferimento prima: in Iraq c'erano carri armati distrutti risalenti al conflitto precedente, non siamo stati neppure capaci di stabilire quale guerra. C'era della radioattività, ridottissima, nel foro di entrata e di uscita dei proiettili. In Bosnia, in Kosovo e in tutti gli altri teatri non mi risulta sia mai stata rilevata radioattività, sicuramente non dai nostri soldati, non nelle nostre aree di intervento, non nei nostri itinerari di pattugliamento.

RAMPONI (AN). Desidero ringraziare il generale Castagnetti e gli altri rappresentanti delle Forze armate che lo hanno accompagnato. Sono rimasto sorpreso dalla sua convocazione, perché il generale è un operativo e non so quale contributo possa dare ai lavori della nostra Commissione. Comunque le faccio un elogio, perché lei si è preparato molto bene e ha detto cose decisamente interessanti, pur con la cautela che deve contraddistinguere chi non è specificamente coinvolto nell'ambito di cui ci occupiamo. Debbo altresì constatare con piacere che quanto lei ha riferito conferma esattamente quello che già la relazione della Commissione precedente ha chiarito in termini di risposte alle domande che le sono state rivolte. La ringrazio.

CASTAGNETTI. Vorrei fare un'integrazione a proposito delle vaccinazioni. Per quanto riguarda in modo specifico la Bosnia e i Balcani, che credo rappresentino il centro di gravità, esistono addirittura dei decreti ministeriali che fissano le schedule vaccinali.

PRESIDENTE. Se non ci sono altre domande, possiamo ringraziare i nostri ospiti. Ci scusiamo se abbiamo posto delle domande improprie: per quanto mi riguarda, ciò rivela solo la nostra ignoranza e il desiderio di imparare.

Quanto ai motivi della convocazione, vista la nostra inesperienza, abbiamo chiesto indicazioni e ci sono stati indicati, in primo luogo, l'ammiraglio Martines e, per altri aspetti, il generale Castagnetti. Quindi non abbiamo scelto noi, ma sono state le Forze armate ad indicare questi nomi.

Infine, gradiremmo molto se poteste inviare per iscritto agli uffici della Commissione le risposte alle domande a cui non avete potuto rispondere in maniera esauriente in questa sede.

Ringrazio ancora una volta il generale Castagnetti per il suo contributo.

Do ora la parola all'ammiraglio Martines, Direttore generale della sanità militare, accompagnato dal colonnello Silvio Porcù, dal colonnello Aldo Piccinino e dal colonnello Mario Peragallo.

MARTINES. Signora Presidente, onorevoli senatori, la mia esposizione verterà, come richiesto, sulle misure di precauzione sanitaria attualmente adottate nei confronti del personale militare destinato nei teatri operativi, un compito specifico della sanità militare, che ha sempre svolto e svolge un'azione efficace per la salvaguardia dell'integrità psicofisica del proprio personale, in cui è centrale il concetto di prevenzione.

La tutela del bene salute, oltre che rispondere a una giusta aspirazione del singolo, incide positivamente sull'efficienza complessiva dello strumento militare, in quanto il soldato che sa di poter contare su un servizio sanitario qualificato, in particolare nelle emergenze, opera con maggiore serenità. Non posso non ricordare in questa sede come tutti i militari, fin dalle prove concorsuali di incorporamento, sono sottoposti a controlli sanitari che hanno poi nel corso della carriera periodiche verifiche diversificate per età e sesso. Vengono inoltre eseguiti controlli sanitari sui militari dedicati a specifiche attività d'impiego, quali sommergibilisti, subacquei, aeronaviganti, paracadutisti e altri controlli, come vedremo fra poco, prima e dopo l'impiego all'estero.

Questi controlli si propongono tre obiettivi: il primo è quello di offrire al militare la certezza del possesso di uno stato di salute ottimale; il secondo è quello di garantire a chi impiega il personale, quindi ai comandanti, di poter contare su militari pienamente affidabili; vi è poi una finalità preventiva, direi quasi di sanità pubblica. Alcuni esami infatti non vengono svolti per un'esigenza di tipo medico-legale, ma per la salvaguardia della salute del cittadino: citerò solo, negli uomini che hanno una certa età, il controllo dell'antigene prostatico (PSA). Questi controlli hanno, dunque, una valenza di sanità pubblica.

La Direzione generale della sanità militare (DIFESAN) è nata nel 1966, quindi è abbastanza giovane, ed è posta nell'area tecnico-amministrativa, ma la riforma strutturale della Difesa, quella dei vertici e non ultima la risonanza dei casi di gravi patologie riportate da personale militare che ha operato fuori area, hanno di fatto accelerato questo processo di «interforzizzazione» nella prospettiva di una auspicata riforma legislativa della sanità militare con una più agevole comunicazione con l'area operativa. Si tratta di due aree molto diverse: una ha un assetto di tipo logistico e l'altra, invece, operativo. Dall'area operativa dipendono i servizi sanitari di Forza armata (ormai quattro, perché i Carabinieri mantengono una loro autonomia operativa).

Dal 2000 la Direzione generale della sanità militare ha assunto alcuni compiti specifici: supporto alla Commissione Mandelli e pianificazione del monitoraggio sanitario (cominciamo ad entrare nell'ambito delle domande che mi avete rivolto) dei militari impegnati nelle operazioni fuori area, che ha il suo terminale nell'Osservatorio epidemiologico della Difesa. Considero questa struttura, che nasce nel 2001 come Gruppo operativo interforze (GOI), di fondamentale interesse. In precedenza era attivo un numero verde che metteva in contatto con il centro di ascolto per il personale; recentemente, nel dicembre dell'anno scorso, la struttura è diventata pienamente operativa. Parlerò anche dei limiti, in termini di per-

sonale e infrastrutture, e della mancanza di collegamenti con le istituzioni che devono completare l'attività della struttura.

La Direzione generale deve effettuare le analisi preliminari e successive del rischio sanitario nelle aree d'interesse operativo, essenziali per individuare adeguate contromisure sanitarie profilattiche, e sviluppare l'apporto integrato interforze nei settori della ricerca e formazione.

Per quanto noi medici, farmacisti, veterinari, psicologi militari costituamo un piccolo corpo (gli ufficiali non raggiungono le 2.000 unità, a cui si affianca l'importante supporto del personale parasanitario), riusciamo a fare un po' di attività di ricerca. Vorremmo farne di più, perché penso che ogni medico debba essere mosso dal desiderio di ricerca; nello zaino di ogni medico deve esserci questa curiosità, per quanto compatibile con le altre esigenze di servizio, perché, oltre ad essere utile per raggiungere un obiettivo, è un modo per imparare, studiare e confrontarsi con gli altri.

Vorrei fornirvi alcune brevi notizie sull'Osservatorio epidemiologico che, come dicevo, è pienamente operativo, anche se con molti limiti, dal dicembre 2006. Esso dovrebbe raccogliere, analizzare e diffondere, consegnandoli alle sedi dove possono essere valutati al meglio, i dati statistici relativi alla morbosità e alla mortalità del personale della Difesa. Svolge inoltre molte altre funzioni, a cominciare dal controllo delle malattie infettive. Infatti, per la sanità militare le operazioni fuori area e le guerre hanno sempre rappresentato un grave problema. Basta pensare alla Crimea o leggere i racconti di Sebastopoli: anche allora, più che dalle pallottole del nemico, gli uomini venivano colpiti da malattie ricorrenti negli eserciti, legate a carenze igieniche, le stesse che ritroviamo oggi nei teatri operativi. È sufficiente leggere i *reportage* del tempo per capire quanto fossero importanti l'igiene, l'acqua, gli alimenti e quindi il controllo delle malattie diffuse. Vi è poi il controllo delle malattie cardiovascolari e neoplastiche, delle patologie allergiche, delle malattie contratte nell'ambiente di lavoro (ormai dobbiamo attenerci strettamente ai dettami del decreto legislativo n. 626 del 1994), del fenomeno delle tossicodipendenze, del disadattamento, dei suicidi (al riguardo abbiamo buoni sensori che ci aiutano a comprendere meglio tali fenomeni).

Certamente gli ambienti operativi sono massimamente degradati: ci sono problemi di *stress* e di vario genere per il personale che opera fuori area.

L'Osservatorio dovrà produrre un bollettino epidemiologico dedicato. Ciò è importante non solo per noi, ma anche per chi dovrà valutarne i risultati: non mi riferisco solo alla stampa, ma agli organi sanitari che devono rapportarsi con tale realtà. Ormai le Forze armate sono abbastanza integrate nel tessuto della nazione, non è più come tanti anni fa, quando c'era una barriera: credo che ormai le barriere siano sempre più sottili e che parliamo la stessa lingua.

All'Osservatorio epidemiologico afferiscono le schede individuali, anche se – ahimè! – in parte in formato cartaceo. Uno dei problemi della Difesa – lo riconosco pur facendone parte, ma è un difetto comune ad altri

Ministeri – è che non disponiamo ancora in alcuni settori di uno strumento tecnologico informatico avanzato. Ci auguriamo che entri presto in funzione il SISAD (Sistema informatico sanitario amministrazione difesa) che dovrebbe contribuire a velocizzare il flusso di informazioni. Mi è stato assicurato che prima di un anno il sistema dovrebbe essere pienamente attivato; esso ci consentirebbe di acquisire in tempo reale, o quasi, tutti i dati che provengono dall'Italia e dall'estero.

Quando si parla di misure precauzionali il mio primo pensiero va a una corretta informazione del rischio e dei modi per contrastarlo, per tutto il personale, perché solo con la cosciente collaborazione del singolo il rischio può essere ridotto. Credo che ciò venga fatto, soprattutto oggi. Tanti anni fa forse c'era meno attenzione, ma oggi, a tutti i livelli, ritengo anche a livello sanitario, viene richiesto ai nostri ufficiali di dare informazioni corrette. Una volta l'obbedienza era cieca, pronta e assoluta, ma oggi tali concetti sono superati: ciò ha consentito una maggiore integrazione tra chi comanda e gestisce un reparto e chi deve concorrere alla sua attività.

La sorveglianza sanitaria è quindi affidata all'Osservatorio epidemiologico che, ripeto, dipende dalla Direzione generale della sanità militare.

Vorrei soffermarmi ora sui dati registrati a partire dal 1995-1996 fino ad oggi, relativi a 1.802 casi di tumori insorti nel personale militare delle quattro Forze armate. Di questi 1.802 casi, 195 riguardano militari che hanno operato in teatro balcanico. Per quanto concerne questi ultimi, c'è un *report* periodico che aggiorniamo in tempo reale. Quando venne audito il mio predecessore, generale Donvito, i casi erano 124. Di questi 195 casi, 21 sono linfomi di Hodgkin, 11 leucemie acute e 29 carcinomi della tiroide. Cito questi numeri perché sono dati sensibili, relativi a patologie che tutti più o meno correlano alla partecipazione ad operazioni fuori area. Di questi 1.802 casi, 1.600 sono riferiti a militari mai inviati all'estero, che quindi non hanno mai messo piede in territori degradati (Balcani, Afghanistan, Libano o Iraq).

Sono quindi casi limitatissimi. A me piace la storia e, in genere, verifico anche dieci volte un dato che non mi soddisfa. Come sappiamo tutti, i limiti sono dovuti al fatto che, per chi si è recato nei teatri di guerra balcanici, non è prevista l'obbligatorietà di sottoporsi a controlli periodici, ma solo ad una visita preventiva e ad una successiva, perché cambia lo scenario di lavoro. I controlli periodici suggeriti dal famoso protocollo Mandelli (che, come sappiamo, dura cinque anni per il teatro balcanico) o dal progetto SIGNUM (Studio dell'impatto genotossico nelle unità militari) (che riguarda l'Iraq ed è molto più esteso nel tempo) non sempre vengono effettuati. Inerzia? Mancanza di informazioni? È difficile poterlo dire. Io credo che le informazioni vengano date, cerchiamo di sensibilizzare le persone al problema, non possiamo però violare i convincimenti personali (ad esempio, può esserci una generica sfiducia nei confronti degli esami medici o altre forme di diffidenza). Ne siamo dispiaciuti, perché se i militari eseguissero attentamente i controlli, disporremmo di riferimenti più precisi, anche se, purtroppo, a distanza.

Di fatto, per esaminare sotto il profilo generale la problematica delle patologie correlate alla presenza nei Balcani, al di là di quelle neoplastiche (che commenteremo in seguito), riceviamo una sorta di bollettino settimanale in cui sono riportati i casi particolari. Il *trend* si attesta su valori modesti, che interessano organi innocenti: si tratta infatti di bronchiti e piccoli problemi gastrointestinali oppure delle classiche patologie traumatiche che colpiscono i militari (fratture, distorsioni). L'Osservatorio, inoltre, ha inserito i dati anagrafici e di servizio dei 74.658 militari delle quattro Forze armate impiegati in Bosnia; conosciamo quindi l'identità di tutti coloro che si sono recati in quell'area. Naturalmente c'è stato anche chi vi si è recato due volte; infatti i 74.658 militari di cui sopra sono stati impiegati in 122.744 missioni, dato da cui si desume che un soldato vi si è recato in media due volte.

Passando dalle patologie benigne a quelle più pesanti, nel 2000 è stata registrata l'incidenza maggiore, soprattutto del linfoma di Hodgkin. Naturalmente si tratta del risultato di una visione preliminare, che andrebbe pertanto verificata e controllata statisticamente, perché ancora non conosciamo precisamente tutti i dati, come le quote del personale militare suddiviso per categoria e impiego. Noi medici non siamo ancora riusciti a raggiungere questo obiettivo, che compete più precisamente alla Direzione generale del personale militare e agli Stati maggiori, dal momento che vi è un movimento della forza lavoro: c'è gente che va e gente che viene, chi lascia il servizio, chi si reca all'estero e così via. Volevo comunque riferire alla Commissione questo dato, che – lo ribadisco – è assoluto, nel senso che ad una seria verifica scientifica risulterebbe non attendibile; tuttavia, in mancanza di altro, rappresenta una proiezione. In linea di massima con il colonnello Peragallo, specialista di grande valore, abbiamo visto che il *trend* dell'incidenza dei linfomi (soprattutto di Hodgkin) che ci preoccupava sembrerebbe riassorbito.

C'era poi il problema del cancro della tiroide; i casi registrati non sembrano tanti, anche se, nel complesso, la sanità pubblica ci rivela che le patologie tiroidee sono generalmente in aumento in tutta Europa. Qualcuno in via di ipotesi potrebbe farne risalire la cause al tragico incidente di Chernobyl, in seguito al quale una nube tossica, formata oltre che da carbonio da cesio 137, si diffuse nell'Europa centrale, forse dispiegando i suoi effetti fino a noi.

Quindi, questa è una proiezione, il cui valore però è tutto da verificare. Insieme al colonnello Peragallo e a qualcun altro che spero ci vorrà aiutare, ho intenzione di assumere un impegno in relazione alla convenzione con il CNEPS (Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute dell'Istituto superiore di sanità), attualmente ancora *in fieri* ma già all'attenzione degli Stati maggiori, che mi auguro venga licenziata a breve. Credo nella ricerca, anche se mi occupo di tante cose. In prospettiva tale accordo permetterebbe al personale militare di acquisire informazioni che a volte non possediamo tramite un flusso di comunicazione con l'Istituto superiore di sanità. Sarei intenzionato a destinare un ufficiale medico a tale istituto; a mio modo di vedere, infatti, rap-

presenterebbe un investimento farlo lavorare lì per sei mesi o un anno e, una volta perfettamente addestrato, farlo tornare presso di noi. Il medico oggi può adottare una lunga serie di precauzioni, come la profilassi anti-malarica o le vaccinazioni per altre patologie, inquietanti soprattutto nel settore biologico e chimico. Il nostro investimento però deve essere altro: essendo diventato da poco Direttore generale, vorrei lanciarmi in tale obiettivo con tutte le mie forze, superando gli ostacoli, a cominciare dalla carenza del personale, anche se quello esistente è preparato e disponibile.

Ho già fatto riferimento ai limiti. Ormai i militari sono affidati al Servizio sanitario nazionale e va tutelata la *privacy* degli individui. Tempo fa, essendo stato chiamato per telefono dalla moglie di un sottufficiale che era stato ricoverato in un ospedale romano, mi sono recato sul posto; i colleghi (uno dei quali mi conosceva) non mi hanno potuto riferire niente per la *privacy*, neanche qualche semplice dato di laboratorio. Non è facile. Il raccordo con le istituzioni pubbliche scientifiche, con il controllo delle dimissioni dagli ospedali civili, e con altri organismi, come l'ISTAT, ci consentirebbe invece di disporre di dati attendibili. Questa è la nostra speranza.

La sorveglianza sanitaria prima e dopo l'impiego prevede un flusso di notizie, anche cartaceo. Di massima, ripeto, le patologie correlate alla permanenza in Kosovo non lanciano segnali inquietanti; per quanto riguarda quelle neoplastiche, ovviamente vi sono incertezze e dubbi sui numeri, sull'attendibilità, sulle correlazioni.

Non voglio tediarvi eccessivamente con questa esposizione introduttiva, perché preferisco che mi vengano rivolte domande precise.

In merito alla mappatura del rischio, una delle prerogative della sanità militare è prevedere, per quanto è possibile, tramite informazioni dettagliate, i pericoli naturali, gli animali velenosi, le industrie, l'inquinamento dell'aria e dell'acqua, gli alimenti e le malattie infettive. Facciamo questa opera di *intelligence* quando si presenta l'esigenza operativa che i nostri reparti debbano recarsi fuori area (poi altri ne curano gli aspetti operativi). Abbiamo i nostri canali (come, ad esempio, l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS)) e alcune informazioni provenienti dai Paesi NATO. Questi contatti andrebbero sviluppati, ma non è facile, perché ci sono gelosie e problemi di riservatezza. Mi spiego con un esempio familiare. Ho avuto una mamma triestina e un papà catanese, due caratteri completamente diversi, anche di fronte alle malattie; mia madre era estremamente riservata, anzi se stava male quasi non ce ne accorgevamo, mentre per mio padre anche una patologia banale era motivo di esternazione. Intendo dire che ognuno vive la propria tragedia in modo diverso. Se io mi dovessi ammalare sarei riservatissimo, vorrei che nessuno lo sapesse, forse per dovere lo direi a mia moglie e mio figlio, però non vorrei che altri lo sapessero. Molte delle patologie ci sfuggono. Quando qualcuno ha una patologia importante, a parte il Celio che è in grado di fare molto, si rivolge a centri di eccellenza specializzati.

Quello delle vaccinazioni è un argomento importante perché a volte suscita preoccupazioni. Noi abbiamo un sistema di vigilanza sulle reazioni

da vaccinazioni: grazie al cielo le nostre statistiche sono buone, nel senso che i casi di reazione sono rarissimi. Le vaccinazioni sono state una fortuna per le Forze armate. Ricordo che fino al 1985 c'erano giovani militari che morivano di meningococco: ebbene, grazie alla vaccinazione, non registriamo più questa patologia, almeno non con esiti letali. Le nostre vaccinazioni, inoltre, non hanno un'ampiezza pari a quella praticata da altre nazioni, che sono presenti in uno scenario più ampio e più impegnativo (ricordo il botulino e l'antrace); esse rispondono pienamente ai criteri dell'Istituto superiore di sanità. Il rilievo che veniva fatto sulla stampa era di un eccesso di accumulo o di una modalità concentrata nella somministrazione delle vaccinazioni. Ho chiesto chiarimenti ad esperti e, pur non disponendo di documenti che lo possano dimostrare, di massima pare che l'eventuale accumulo inciderebbe – lo dico da laico e non da immunologo – più nella risposta, nel senso di una minore quantità di anticorpi prodotti. Il rischio, quindi, sarebbe un'immunità non completa, ma parziale. Questo è quanto affermano gli immunologi.

Le direttive che diamo in occasione di ogni operazione sono rispettose dei tempi. Non sono in grado di dire se in qualche caso, riportato dalla stampa, si sia trattato di una concentrazione delle dosi di vaccino; è invece possibile che in momenti operativi urgenti le vaccinazioni siano state praticate direttamente nel teatro operativo. Tuttavia, il vantaggio delle vaccinazioni è talmente importante da prevalere su un eventuale eccezionale, limitato numero di casi di reazione. Ogni volta che si va in Afghanistan, in Libano o in aree analoghe le nostre raccomandazioni sulla tempistica e sui controlli vengono fatte secondo quanto la scienza ci suggerisce.

Vorrei aggiungere una breve nota sulla chemioprofilassi antimalarica, anch'essa oggetto di valutazioni continue perché, come è noto, la minaccia è asimmetrica, visto che ci sono ceppi clorochinoresistenti. Abbiamo a disposizione diversi farmaci. Il medicinale però è *venenum* e quindi può provocare qualche problema; soprattutto bisogna considerare che ogni uomo ha una sua reattività e un suo assetto immunitario, quindi ognuno può rispondere diversamente. Sulla profilassi antimalarica siamo molto attenti e a chi svolge lavori in cui l'attenzione deve essere particolarmente alta ordiniamo di fare una profilassi diversa dagli altri.

Tralascio il problema dell'acqua e dell'igiene e la sindrome influenzale (patologia che teniamo sempre in massima considerazione) per soffermarmi sull'uranio impoverito. Non voglio fare la storia di quanto sapete già grazie alle relazioni che sono state svolte in passato, anche se forse l'assetto era diverso. Tali tematiche sono state affrontate dal generale Donvito e dalla Commissione Mandelli, che aveva anche emendato alcune sue ricerche affinando meglio le strategie statistiche.

Le misure precauzionali da assumere in presenza di uranio impoverito oggi sono direttamente gestite da chi deve impiegare gli uomini; si tratta di persone che probabilmente conoscono i siti, i rischi e soprattutto le contromisure che il comandante del COI vi avrà illustrato, nonché le pratiche da evitare, compresa quella di portarsi a casa il proiettile come

ricordo, che ormai è leggenda. Da quando Einstein ha espresso la sua teoria sulla relatività e i quanti di Planck ci hanno dimostrato che esistono ancora realtà misteriose nella scienza non abbiamo più valori assoluti. Sotto un certo profilo, dunque, la scienza ha fatto un passo indietro, nel senso che non ha più quelle certezze in cui il secolo dell'Illuminismo e l'Ottocento ci avevano fatto credere. Anche lo sviluppo prodigioso di apparecchiature deve essere visto con prudenza: l'uomo non è onnisciente, né onnipotente, ha dei limiti. Io che sono radiologo comprendo i limiti di ciò che le persone normali considerano principi assoluti e diagnosi precise. Non è così: l'uomo deve sempre controllare la macchina, c'è sempre qualcosa di diverso da quello che noi pensiamo.

Dunque, le precauzioni da assumerne in presenza di uranio impoverito devono preoccupare maggiormente coloro che gestiscono il personale, che ovviamente deve essere informato. Credo che ciò venga fatto. Il medico, poi, ha il dovere di informare sul rischio di una possibile contaminazione esterna o interna. Invece, ciò che dovremmo capire sull'uranio impoverito, a prescindere dal fatto che dai lavori dei Paesi NATO non risulta, di massima, alcuna dimostrazione dell'esistenza del rapporto causa-effetto, è che non è stato dimostrato neanche il contrario. Atteniamoci al principio filosofico del «terzo escluso», quando non si può né dimostrare né confutare una tesi.

Ebbene, cosa dobbiamo fare noi medici? Dobbiamo capire, attraverso il monitoraggio, ma soprattutto attraverso il progetto SIGNUM, che cos'è successo, se effettivamente l'inquinamento da uranio impoverito ha coinvolto il personale che opera in aree di conflitto con senso del dovere e incontrando difficoltà. Penso che lo scenario dei Balcani sia veramente inquinato e stressogeno, ed alcuni mettono lo *stress* in correlazione con la depressione immunitaria. Vi sono varie teorie, ma non abbiamo certezze, anche se il Centro studi dell'Esercito sta conducendo ricerche sul tema. Da soli però non possiamo affrontare un problema talmente delicato e importante, che incide sulla psiche oltre che sul fisico. Noi medici dobbiamo capire se una tale incidenza di patologie morbose ha un segno comune.

Ho veramente apprezzato la relazione fatta dalla dottoressa Antonietta M. Gatti sul tema delle nanoparticelle dinanzi alla Commissione, perché è molto suggestiva sotto il profilo delle ipotesi che avanza relativamente alle possibili cause delle patologie in esame, che vanno tutte rispettate, ma anche controllate. Capita spesso infatti, in linea generale, di giudicare talune teorie stravaganti, salvo il fatto poi che esse trovino una giustificazione. Le ricerche compiute – sia quelle del progetto SIGNUM, sia quelle sulle nanoparticelle (è un campo d'indagine sicuramente importante, visti gli studi della dottoressa Gatti) – vanno approfondite e verificate centinaia di volte. Esse, anche se ad evento avvenuto, potrebbero convalidare un'ipotesi più seria, scientifica e attendibile.

Il progetto SIGNUM è importante ed originale. È un progetto che ha coinvolto circa un migliaio di persone e mira a valutare l'eventuale esposizione a uranio impoverito o altri genotossici noti, l'esposizione non prevista a sostanze mutagene (per capire se c'è stato un danneggiamento del

DNA) o la presenza di sostanze o aggregati irregolari. C'è stato un ritardo, anche se gli istituti coinvolti sono gloriosi: l'università e l'Istituto tumori di Genova, l'Istituto Mendel di Roma, l'università di Pisa e il Centro studi e ricerche della sanità dell'Esercito. Tutti gli istituti, ad eccezione dell'Istituto superiore di sanità, hanno raggiunto l'obiettivo e hanno concluso i loro accertamenti; l'Istituto superiore di sanità, per motivi di riallineamento interno che non conosco bene, è incorso in un ritardo, e mi dispiace. Secondo le nostre previsioni, entro la fine di quest'anno l'Istituto dovrebbe fornire i dati sugli xenoelementi attualmente oggetto di verifica; agli inizi dell'anno prossimo, grazie a un lavoro svolto in armonia con gli altri istituti, dovremmo giungere alla conclusione. Ci auguriamo di riuscirvi, nonostante il ritardo sul programma, dovuto in parte al mancato ritrovamento presso l'Istituto superiore di sanità di una quota di campioni. Ce ne rammarichiamo, ma speriamo che ciò non incida sul progetto conclusivo; ne ho parlato con il dottor Sergio Caroli, responsabile dell'unità operativa del progetto SIGNUM, ma ancora non ho ottenuto una risposta dall'Istituto. Auspico comunque che il progetto non venga compromesso dalla perdita dei suddetti campioni. La conclusione dello studio potrebbe essere importante, perché vengono considerati anche gli effetti dei nanoelementi. Non c'è solo l'uranio impoverito, infatti, ma si cercano lo zirconio, il piombo, il ferro. È uno studio piuttosto completo. Entro l'inizio dell'anno prossimo mi auguro che si possa dare una prima risposta ai tanti dubbi che gravano sull'opinione pubblica relativamente al delicato problema delle patologie neoplastiche che hanno interessato il nostro personale militare.

C'è poi tutta la parte finanziaria da considerare, soprattutto in merito al risarcimento. Qual è l'indennizzo che lo Stato italiano corrisponde alle famiglie dei militari deceduti? Devo confessare che, nonostante mi sia stata posta tale domanda, non ho grande competenza in materia amministrativa. Come è noto, storicamente, prima c'era la causa di servizio: il militare o i suoi eredi facevano domanda al comando e la commissione medico-ospedaliera decideva. Successivamente si è aggiunto il comitato di verifica, dal momento che la commissione medico-ospedaliera percentualizza il danno, ma il comitato di verifica valuta se il danno subito dal militare è causato da un evento legato al servizio. Questa procedura richiede tempi piuttosto lunghi ed è un dramma per chi ha perduto un familiare. La nuova normativa, che considera il personale deceduto precedentemente impiegato in missioni operative sia all'estero che in Italia (pensiamo ai poligoni di tiro) nei casi in cui è difficile che una commissione medico-ospedaliera possa avere certezze, quanto meno sulla eziopatogenesi, ha dato un filo di speranza. Stamattina, trovandomi per motivi diversi presso il Gabinetto del Ministro, ho cercato di capire meglio come funzioni questo indennizzo. Mi pare che per le vittime del terrorismo il tetto massimo previsto ammonti a 200.000 euro, mentre per il personale militare che non è caduto sul luogo in cui prestava la propria opera questa cifra viene quantificata in 770,50 euro a punto percentuale.

RAME (*Misto-IdV*). Sono 258 euro al mese di vitalizio: questo lo Stato paga alle famiglie che hanno perso un figlio dopo una lunga malattia.

MARTINES. Sì, il vitalizio è di 258 euro al mese. Per quanto concerne l'indennizzo, la somma da corrispondere ai familiari del militare scomparso dovrebbe ammontare a poco più di 77.000 euro.

RAMPONI (*AN*). Ammiraglio Martines, dalle audizioni svolte, dai documenti ricevuti e dalle relazioni quadrimestrali recentemente pervenute emerge un andamento dei lavori e una collaborazione nel settore sanitario (Istituto superiore di sanità, Ministero della sanità e Ministero della difesa) perlomeno discutibile. Mi riservo di venirla a trovare, perché vorrei approfondire molti aspetti, ma approfitto di questo nostro incontro per rivolgerle una domanda.

Abbiamo ascoltato i rappresentanti dell'Istituto superiore di sanità, i quali ci hanno riportato alcune informazioni e hanno denunciato un'*impasse* di cui è responsabile la sanità militare. A seguito della nostra richiesta di avere notizie più precise hanno inviato la comunicazione che mi accingo a leggerle, in quanto la riguarda direttamente: «Al fine di trovare una soluzione condivisa» – evidentemente alla problematica - «il 1° marzo 2007 si è svolta, presso l'Istituto superiore di sanità, nella divisione del Centro nazionale di epidemiologia e promozione della salute» – il CNEPS, di cui lei ha parlato – «una riunione fra i rappresentanti del CNEPS (dottoressa Salmaso), del Ministero della salute (dottor D'Argenio) e della Direzione generale della sanità militare (DIFESAN). In questa occasione viene fatto presente dai rappresentanti della Difesa che la sanità militare non dispone dei nominativi di tutti i militari che hanno prestato servizio per il periodo di interesse e che chi raccoglie i dati sul personale che si è recato in missione e sui casi di tumore segnalati non ha ricevuto indicazioni dai vertici della sanità militare circa la possibilità di condividere questi dati con l'Istituto superiore di sanità. Anzi, in assenza di una designazione al trattamento dei dati, le norme sulla confidenzialità dei dati non permettono accesso a tali dati senza il consenso scritto dell'interessato. Durante la riunione si propone di stilare un accordo quadro di collaborazione tra l'Istituto superiore di sanità e sanità militare per condividere, secondo criteri e regole definiti, l'accesso ai dati». Nel marzo. «La proposta di convenzione viene inoltrata ad aprile all'ammiraglio Martines, ma a tutt'oggi non è stata firmata».

Non è tanto per questo motivo, ammiraglio Martines, che le ho letto tale comunicazione, ma perché vorrei porle una domanda. Un'altra volta, quando verrò a trovarla, entreremo nel merito di tali schermaglie. Che necessità c'è di conoscere il nome dell'individuo ammalato? In una ricerca scientifica, che fa riferimento alle statistiche e al tipo di patologia, che importanza ha che l'ammalato (elemento che spinge a una certa cautela nel rivelare i dati) si chiami Gigi Ramponi o Vincenzo Martines? Nelle ricerche e nelle statistiche non ho mai visto citato il nome dei soggetti interes-

sati dalla ricerca, ho sempre sentito parlare di numeri. Non riesco a capire per quale motivo si consideri un'*impasse* la disponibilità dei dati, mentre comprendo appieno l'esigenza di non diffondere in alcun modo i dati nominativi, che non rivestono alcun significato medico, ma incidono sul rispetto della *privacy* dell'individuo.

Avrei tante altre cose da chiederle, ma questa mi sembrava la più importante.

MARTINES. Senatore Ramponi, le rispondo immediatamente. Va rintracciato tutto il personale colpito da patologie tumorali attraverso il sistema dei ricoveri ospedalieri. Qual è la difficoltà che il CNEPS incontra e di cui ho parlato con la dottoressa Salmaso? Abbiamo bisogno di tutti i dati dei pazienti (nome, cognome e codice fiscale) per effettuare un controllo incrociato di tutto il personale militare, da un anno all'altro, con i registri tumori e i certificati di morte per l'ISTAT. Chiaramente ciò è impossibile senza i nomi dei pazienti.

RAMPONI (AN). Scusi, ammiraglio Martines, ma ogni soldato ha un foglio matricolare in cui sono scritti la diagnosi e lo sviluppo della malattia. I 195 casi che lei ha citato all'inizio del suo intervento hanno un loro foglio matricolare, in cui è registrato tutto. Non dico che si debba effettuare una ricerca in funzione del nome, per carità! Però possiamo fare una ricerca in base ai fogli matricolari, comunicando all'Istituto superiore di sanità soltanto i dati numerici.

Quando lei ha parlato di un *trend* in discesa per alcune patologie, quando ha parlato di 74.000 militari e di 122.000 missioni ha riferito numeri, non nomi. Può darsi che mi sbagli, ma non comprendo il motivo in base al quale in una ricerca dobbiamo essere frenati dalla tutela della *privacy* per un aspetto che, a mio avviso, è di tipo quantitativo (qualitativo per la malattia, purtroppo), ma non nominativo.

BODINI (Ulivo). Mi perdoni, ammiraglio Martines, ma vorrei inserirmi in questo scambio di battute. Innanzi tutto desidero ringraziarla per la relazione svolta, soprattutto per il tratto di umanità con cui l'ha esposta.

Quando si fa una ricerca epidemiologica non devono sfuggire i casi: questa è la base. Se si perdono casi, crolla tutto il sistema. È evidente che la sanità militare possiede i dati relativi al periodo in cui il militare è stato sotto controllo; se però questo è in congedo e si è rivolto all'ospedale di Caltanissetta o di Cremona, dove viene effettivamente fatta la diagnosi di un tumore, la sanità militare non può accedere ai dati, a meno che non si faccia una ricerca incrociata tra tutti i nominativi dei militari che si sono recati sul teatro di guerra e le schede di dimissione ospedaliera (SDO) di tutta Italia (oggi è possibile grazie ai sistemi centralizzati), ma occorre conoscere nome, cognome e data di nascita. Questo è il problema. Dopo di che i dati diventano anonimi, ma vi è un passaggio necessario.

Lo dico per spiegarle la situazione, senatore Ramponi, perché ho svolto ricerche del genere.

RAMPONI (AN). Senatore Bodini, lei sta immettendo nella problematica il discorso di casi non rilevati dalla sanità militare, ma dall'ospedale. Qui, invece, il problema sembra essere proprio la sanità militare.

BODINI (Ulivo). No.

RAMPONI (AN). Sì, invece. Se volete rileggo quel passaggio: si tratta della sanità militare. Se il soggetto non è registrato dalla sanità militare ma da un qualsiasi ospedale italiano, la sanità militare non dispone dei suoi dati. Il problema non sta nella violazione della *privacy*, ma nel fatto che la sanità militare non dispone di quelle informazioni. Non chiediamo dunque alla sanità militare quello che non ha, ma solo quello che ha, fermo restando che non saranno dati esaustivi e bisognerà effettuare ricerche negli ospedali. Credo che la sanità militare possa dire quanti soldati hanno svolto il servizio militare, quanti sono andati in Kosovo, quanti non ci sono andati. Non riesco a capire la necessità di avere i nominativi.

BODINI (Ulivo). Ho già detto che ho apprezzato tutta la prudenza con cui sono stati riferiti questi dati e capisco che in mancanza della completezza ragioniamo sul nulla. Come ho detto fin dall'inizio anche alla Presidente della Commissione, potremmo fare una pausa in attesa di avere dati più solidi su cui ragionare.

Lei, ammiraglio, ha parlato di 1.802 casi di tumori accertati, 195 dei quali in persone che sono state nel teatro operativo dei Balcani. All'interno di questi 195 casi, 21 erano linfomi di Hodgkin e 11 leucemie acute, dunque più di 20 casi di tumori sospetti su circa 200, con una percentuale quasi del 15 per cento. Riconoscendo la parzialità della richiesta, vorrei sapere se quanti linfomi di Hodgkin si sono registrati su tutti i 1.802 casi di tumore, in modo da poter raffrontare le percentuali; inoltre vorrei sapere se le due popolazioni, con tutti i limiti del ragionamento che sto facendo, sono omogenee perlomeno riguardo all'età.

Questi dati epidemiologici, ancorché parziali, potrebbero essere acquisiti per poterli cominciare ad esaminare, pur con tutte le cautele da lei espresse, che condivido pienamente.

PRESIDENTE. Ammiraglio Martines, ho molto apprezzato la sua esposizione, non solo perché così abbiamo conosciuto anche la sua famiglia, ma anche perché tutta la sua esposizione è stata sorretta da un atteggiamento di criticità, tipico della persona ragionevole e soprattutto dello scienziato. Quello che colpisce spesso è l'esposizione secca e assoluta: abbiamo fatto tutto, noi siamo i migliori. Sarà anche vero, ma resta da dimostrare: è sempre possibile che anche un ottimo disegno mentale non venga eseguito. Pertanto il suo atteggiamento critico mi sembra di gran lunga il più utile per poter colloquiare.

La Commissione ha bisogno di un'informazione critico-scientifica narrativa e non tecnica, perché noi siamo una Commissione parlamentare e rispondiamo all'opinione pubblica, presso la quale in questo momento si registra un alto grado di preoccupazione, in parte reale, in parte – sono convinta – eccessivo, come accade per tutti i temi della sicurezza, a cominciare dal terrorismo, dai mutamenti climatici, dalle polveri sottili. C'è un atteggiamento di allarme, che mi auguro sia eccessivo, ma che è un dato di fatto.

Abbiamo perciò il problema di coniugare la serietà della ricerca e la criticità dell'esposizione con una certa velocità di risultati. Quando l'Istituto superiore di sanità ci ha comunicato che si cominceranno ad avere i primi dati forse verso l'inizio dell'anno prossimo mi sono depressa, benché sia una persona poco incline alla depressione, perché mi sono chiesta come avrei potuto agire nel frattempo. La Commissione è già investita da continui attacchi dell'opinione pubblica per varie ragioni, perché impieghiamo troppo tempo, perché non siamo operativi, perché non abbiamo soldi da spendere o ne abbiamo troppi.

Il problema che abbiamo anche nelle audizioni è acquisire dagli esperti dati veritieri, non falsi, non propagandistici, ma nemmeno allarmistici, altrimenti non adempiamo a un nostro compito politico, consistente nel non allarmare la popolazione oltre il necessario, ma anche nel non tranquillizzarla affermando che non si riscontrano criticità.

Per questo ci interessano la valutazione del rischio, le misure di precauzione prese e in quale misura. Ad esempio, ci è stato riferito che le precauzioni adottate dall'esercito italiano sono quelle solitamente adottate dai migliori eserciti del mondo e che sono state sicuramente seguite, però circolano racconti di militari italiani che, vedendo gli americani vestiti come marziani, si sono chiesti per quali ragioni loro, invece, erano in servizio in calzoncini e maglietta; pare che il comandante abbia risposto sostenendo che gli americani sono fanatici. Oscilliamo dunque tra due estremi. L'importante è che ci aiutate a trovare un'esposizione che sorregga la probabilità. Nessuno sostiene che l'uranio impoverito fa bene, tant'è vero che adesso è vietato utilizzarlo anche nella struttura degli aerei. Ciò significa che crescono le preoccupazioni sulle modalità di smaltimento di una scoria nucleare che, per fortuna di chi la vuole smaltire, è molto economica; tuttavia l'idea di eliminarla bombardando dei «nemici» non mi pare la soluzione migliore.

Nelle audizioni che seguiranno vorremmo approssimarci a una ragionevolezza critica. Da un certo momento in poi comincia a manifestarsi presso gli istituti di ricerca e gli enti della sanità militare e civile una preoccupazione in merito all'uso dell'uranio impoverito; da questo momento in poi inizia il compito della nostra Commissione, che consiste nel valutare se a partire da allora ci fu qualche negligenza nel considerare i rischi possibili e nell'adozione delle misure di precauzione. Nel momento in cui le coscienze cominciarono ad allarmarsi vennero prese misure di precauzione? Vennero eseguite, venne controllata la loro esecuzione? C'è stata negligenza o sottovalutazione?

Sulla base di questi elementi potremmo arrivare all'individuazione di responsabilità, magari invitando ad una maggiore generosità nel contabilizzare i risarcimenti, considerando l'effettiva gravità del danno.

Questo è l'atteggiamento culturale che intendiamo imprimere a questa Commissione e siccome mi pare di averlo riscontrato nella sua esposizione, ammiraglio Martines, ho voluto fare questa perorazione con la speranza che ne possiamo fruire tutti quanti. Siamo continuamente investiti da ondate allarmistiche, da sospetti e da accuse e non vorrei favorire questa cultura, che ritengo deleteria da ogni punto di vista, politico, etico e scientifico.

MANNINO (*UDC*). Nell'esprimere apprezzamento per la relazione dell'ammiraglio Martines, vorrei rivolgergli una domanda. Tra le cause delle patologie lei ha ricordato anche lo *stress*. C'è un elemento di riferimento a tale causa nelle statistiche dei casi che si sono presentati?

MARTINES. Se non ricordo male debbo tre risposte. Il senatore Ramponi ha chiesto se è necessario avere i dati nominativi. Entrare in possesso di tali informazioni è necessario perché – e in questo mi ha aiutato anche il senatore Bodini – il CNEPS dell'Istituto superiore di sanità sostiene che se non ha nomi e cognomi di tutto il personale, anno per anno, non è possibile effettuare controlli. Se non abbiamo i nomi, i cognomi e i codici fiscali degli ammalati, non possiamo esercitare un controllo sulle dimissioni ospedaliere, perché non abbiamo un contatto diretto con i malati di tumore. Noi ne abbiamo conoscenza solo da un punto di vista medico-legale, quando la famiglia o il militare – se ancora vivo – fa domanda per la causa di servizio. Se non avessimo i nomi e i cognomi, non potremmo compilare neanche i registri tumori. Visto che il senatore Ramponi ha detto che mi verrà a trovare, glielo spiegherò meglio: è stata una mia mancanza non aver esplicitato meglio questo pensiero, ma è tassativa l'esigenza di avere i nomi e i cognomi degli ammalati.

PRESIDENTE. Mi auguro che riesca a convincerlo.

MARTINES. Più che il sottoscritto lo dovrebbe convincere la dottoressa Stefania Salmaso, direttore del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Protezione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità, che è stata anche audita dalla Commissione e che è tra i medici che ho avuto modo di incontrare. Sono stato nominato direttore generale il 14 marzo scorso e subito si è presentato questo problema, del quale ho parlato con la dottoressa Salmaso. Purtroppo ci sono dei tempi tecnici: non posso decidere autonomamente di stipulare una convenzione, e non sarebbe neanche giusto. La procedura per la convenzione è già partita; anzi, con mio grande piacere, mi ha detto il mio predecessore generale Michele Donvito – che deve esprimere il suo parere, perché è nostro dovere rispettare la gerarchia – che la pratica è stata inviata allo Stato mag-

giore, che dispone di due organismi giuridici, e che ora sta tornando a me con un'osservazione giuridica inerente la *privacy*.

Il senatore Bodini è intervenuto con competenza.

PRESIDENTE. È un epidemiologo.

MARTINES. Lo avevo immaginato. Egli mi ha chiesto se ho provveduto a comparare i 195 casi di militari che hanno prestato servizio nei Balcani e in cui sono state rilevate patologie neoplastiche con il totale dei casi di tumore registrati tra i nostri militari. Non l'ho fatto. Il colonnello Peragallo, tuttavia, può confermare che l'ho sollecitato in tal senso. Gli ho chiesto di verificare che distribuzione avessero i circa 1.600 casi di tumore registrati al di fuori del teatro delle operazioni. È un problema che stiamo affrontando.

La domanda sulle cause psicologiche investe una questione delicatissima. Un militare che opera in un teatro difficile come l'Afghanistan, lontano dagli affetti e sotto il pericolo costante di essere catturato, colpito o cadere vittima di qualche inquinante dannoso che non conosciamo, sicuramente è soggetto a uno *stress* continuativo. Ci sono anche stadi di *stress* acuto, ma in genere è una tensione prolungata nel tempo che colpisce chi si trova in situazioni analoghe. Il nostro centro studi sta lavorando proprio su questo. Noi la chiamiamo anche «fatica occupazionale»: sono quelle attività specifiche cui si debbono dedicare i militari in teatro, le stesse che vuole individuare la legge sul risarcimento, per quanto in misura modestissima. Si riconosce infatti che non c'è un evento traumatico diretto, ma la tipologia di lavoro svolto in una certa area sicuramente sollecita l'intero organismo.

PRESIDENTE. Sono quelli che in ambito civile si chiamano lavori usuranti.

MARTINES. Esatto. Abbiamo qualche nozione sulle patologie di tipo psichiatrico, ma su quelle credo che agisca un fattore genetico aggiuntivo; l'uomo o la donna normali in certe situazioni elaborano un vissuto difficile a discapito di organi bersaglio come il cuore (palpitazioni) o il sistema neuroendocrino, ma senza sviluppare patologie specifiche.

Mi suggerisce il colonnello Porcù che il 30 per cento dei reduci americani dall'Iraq (è un dato interessante, ma mi sembra molto elevato) vive un *post-traumatic stress disorder*. Probabilmente si tratta di una percentuale onnicomprensiva.

PRESIDENTE. Gli Stati Uniti cominciarono a parlarne dopo la prima guerra del Golfo. La famosa «sindrome del Golfo» contemplava anche queste patologie da stress.

MARTINES. Forse sono più aspetti che si cumulano tra loro. Non abbiamo dati al riguardo, ma è uno spunto che cercherò di sviluppare.

RAME (*Misto-IdV*). Vorrei soltanto svolgere una riflessione su quanto ho sentito dire prima dal generale Castagnetti, approfittandone per ringraziarvi perché ci avete fornito elementi d'interesse e umanità.

La mia visione forse è distorta, perché, come la presidente Menapace, vivo un contatto diretto con gli ammalati reduci dai Balcani, dall'Afghanistan e dall'Iraq, venuti a contatto con l'uranio impoverito. Uno scienziato ci ha riferito che in Danimarca gli ammalati sono colpiti da tumore osseo e in Svezia da tumori ai testicoli. In Italia – come abbiamo visto – vi sono tumori e linfomi di ogni tipo. Ho conosciuto un ragazzo che sarà fortunato se riuscirà a vivere ancora tre mesi: ha 28 anni, è stato operato al retto ed è pieno di metastasi, è in fin di vita. La famiglia è distrutta perché, oltre a dover sopportare la prospettiva di perdere il figlio, deve curarlo, non ha i mezzi necessari per farlo e lo Stato non la sostiene. C'è chi finisce in manicomio, all'ospedale o viene colpito da un ictus dopo la morte di un figlio.

L'impressione che ho avuto oggi, ascoltando gli interventi degli auditi, è meno pessimista di quella che constato giorno dopo giorno. Scusatemi il riferimento, ma non è leggerezza: nel corso della trasmissione «Striscia la notizia» è stato trasmesso un servizio allucinante. Dall'ultima testimonianza mandata in onda sabato scorso (su Internet potrete rivedere il servizio) emerge con evidenza lo strazio che prova chi sa che deve morire. Come fate a dire che le ricerche, forse fra un anno, riusciranno ad avere un esito positivo? Dovrebbe esservi una grande premura. Come si possono riconoscere 258 euro di vitalizio a una famiglia che ha perso un figlio? Dovremmo insorgere indignati.

Mi risulta, anche se non ho documenti per provarlo e non ne ho la certezza, perché non posso andare in Libano a verificarlo, che i nostri soldati sono posizionati in una zona colpita da munizionamento ad uranio impoverito. Perché gli americani, a quanto risulta da più di un'inchiesta, mandano sempre gli italiani nelle zone più colpite da tali proiettili, come dicevo prima al generale Castagnetti? Lui ha negato la mia affermazione.

PRESIDENTE. Nel Libano non sono gli americani, è una missione ONU.

RAME (*Misto-IdV*). Sto parlando dei nostri soldati ora in Libano.

PRESIDENTE. Sono in Libano per una missione ONU.

MANNINO (*UDC*). Non ci sono americani.

RAME (*Misto-IdV*). Nel caso del Libano potrò essermi sbagliata, ma in altri casi mandano i nostri soldati, almeno questo risulta dalle inchieste che sto portando avanti. Non è una cosa da poco. Mi sbaglio forse?

PRESIDENTE. Solo per quanto riguarda il Libano si tratta di una notizia non precisa.

RAME (*Misto-IdV*). Sta di fatto che bisognerebbe avere più fretta. Non so se ne siete al corrente, ma mi risulta che il figlio di un generale, di cui non faccio il nome per motivi di riservatezza, è purtroppo gravemente ammalato. Questo generale forse dovrebbe trovare il coraggio di aiutare tante altre famiglie denunciando la grave malattia del figlio, che sicuramente perderà. Certo silenzio, per nascondere la realtà, è comune a molti settori del nostro Paese.

Mi dispiace che si vada avanti molto lentamente, senza grande partecipazione per le condizioni di vita di tanta gente. Sono 516 gli ammalati di patologie terribili causate da uranio impoverito, e sono abbandonati a se stessi. 47 di loro sono morti in poco tempo.

PRESIDENTE. Come ho detto prima, non possiamo aspettare la dimostrazione che l'uranio impoverito sia colpevole di avere ucciso tante persone. Non sono neppure del tutto d'accordo con la senatrice Rame, perché non credo che possiamo spingere la ricerca scientifica ad accelerare, in quanto questa ha i suoi tempi. Dobbiamo invece trovare una mediazione tra l'indicazione dei possibili rischi ed il livello di precauzioni realmente assunte, per fare, di conseguenza, una denuncia politica, che però - lo ribadisco - deve essere equilibrata. Spero molto che lo sia, benché sia molto difficile mantenere i nervi saldi di fronte alle vicende di cui veniamo a conoscenza. So che anche un civile che sa di dover morire a breve di cancro non ha una vita felice. Ormai le Forze armate non sono più un corpo separato, ma condividono con il resto della popolazione tutte le loro emozioni. È generalmente diffusa l'incapacità di seguire queste patologie, di cui si conosce l'esito infausto. Potrebbe forse servire l'aiuto di psicologi nel momento in cui si accerti che chi comincia a soffrire di questi *stress* è stato in Iraq o in Afghanistan.

È ben accetto tutto quanto potrete suggerire al fine di aiutare la Commissione ad adempiere al proprio compito, che non può essere quello di fare ricerca, né di spingerla, né di assumere atteggiamenti da *scoop* giornalistico sfruttando il dolore delle persone. Ci sono anche giornalisti che fanno di queste cose: del resto, gli avvoltoi sono dappertutto, sparsi tra tutte le professioni e sicuramente anche in quella giornalistica.

Questo è quanto mi sento di chiedervi, sulla base della nostra comune cittadinanza. Vi sono cittadini in armi e cittadini inermi, che non vorrebbero mai né avere né vedere armi: sono comunque tutti cittadini della Repubblica italiana. Ritengo che questo sarebbe un buon elemento di condivisione delle responsabilità e delle possibili reazioni. Dalla seduta odierna possiamo ricavare molto, sottoponendo a nostra volta al vaglio critico quanto ci è stato riferito, perché, a mio parere, non tutto è assolutamente credibile, a cominciare da alcune affermazioni troppo perentorie sull'assoluzione previa di qualsiasi atto possano aver compiuto le Forze armate. Del resto, non avevamo nessuna intenzione di accusarle.

Sono molto interessata a questo difficilissimo passaggio dall'esercito di leva a quello professionale, che è una modifica della forma del nostro Stato: non è una questione particolare dei militari, per quanti essi siano, ma una questione politica generalissima. Forse sarò un po' ripetitiva, ma ci tengo molto. Di conseguenza, ogni qual volta consideriamo l'esercito non più un corpo separato, ma un insieme di cittadini in divisa, dobbiamo chiederci quali sono i diritti e i doveri dei cittadini e delle cittadine in divisa e di quelli non in divisa rispetto alle comuni responsabilità.

Non nascondo che lo sviluppo della situazione in Afghanistan mi preoccupa, perché sono convinta che aumentare gli armamenti diminuisca – e non accresca – la sicurezza dei nostri militari. Se i nostri soldati vengono presentati sempre come coloro che riescono a stabilire con le popolazioni un ottimo rapporto di umanità reciproca e vengono generalmente fotografati con i bambini in braccio (immagine forse un po' retorica, anche se vera), nel momento in cui gli americani bombardano Herat, che è sotto la nostra competenza, e noi ci armiamo di più, la popolazione civile cosa deve pensare? Che la nostra umanità era tutta una finta?

Vorrei condividere con voi tali riflessioni; esse comportano un mutamento reciproco di atteggiamento e la caduta di certi confini. Preferisco meno sventolio di bandiere e suono di fanfare da parte vostra e, magari, meno pregiudizi da parte mia. Sono un'antimilitarista assolutamente convinta, quindi probabilmente avrò pregiudizi. Spetta a voi smentirli, cosa di cui vi ringrazio anticipatamente.

MARTINES. Signora Presidente, vorrei rispondere alle domande che mi ha rivolto la senatrice Rame. Vorrei ricordare i 10 milioni di euro stanziati dalla finanziaria per il 2007. Stamattina mi sono recato nel Gabinetto del Ministro per una riunione su questo aspetto: la legge prevede attività di assistenza sanitaria e di ricerca, sia sanitaria sia ambientale. Personalmente intravedo la possibilità che di questi 10 milioni almeno 4 – che pure sono una goccia nel mare – possano essere dedicati al rimborso, senza l'avvio di particolari procedure di causa di servizio, a tutti coloro che sono stati in un territorio sottoposto a particolare inquinamento. Altri 3 milioni potrebbero essere destinati al controllo ambientale di una zona in cui è possibile che vi sia stato un inquinamento particolare, mentre i restanti 3 milioni andrebbero a finanziare una sorveglianza sanitaria analoga a quella prevista dal progetto *SIGNAL*. Naturalmente, avanzo la mia proposta in qualità di direttore generale della sanità militare; ovviamente sarà l'autorità superiore a decidere la distribuzione dei fondi.

Conoscevo lo studio danese citato dalla senatrice Rame; esso ha preso in considerazione 13.500 militari uomini e 480 donne che sono stati nello stesso teatro di guerra. Il lavoro era in inglese, lingua con la quale ho qualche difficoltà, per cui me lo sono fatto tradurre per essere sicuro. Sembrerebbe che i 96 casi di cancro registrati negli uomini in un confronto generale con la popolazione danese diano una percentuale dello 0,9 per cento, il che sarebbe tranquillizzante. Per le donne, invece, l'indice

è più preoccupante; però, trattandosi un campione esiguo, i risultati potrebbero non essere particolarmente significativi.

PRESIDENTE. Rivolgo un particolare ringraziamento a tutti. Spero di potervi ospitare nuovamente nella nostra Commissione al fine di stabilire una comunicazione proficua.

Dichiaro conclusa l'audizione odierna.

I lavori terminano alle ore 17,25.

