

**COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA  
SUI CASI DI MORTE E DI GRAVI MALATTIE CHE HANNO COL-  
PITO IL PERSONALE ITALIANO IMPIEGATO IN MISSIONI MILI-  
TARI ALL'ESTERO, NEI POLIGONI DI TIRO E NEI SITI DI  
DEPOSITO DI MUNIZIONI, IN RELAZIONE ALL'ESPOSIZIONE A  
PARTICOLARI FATTORI CHIMICI, TOSSICI E RADIOLOGICI DAL  
POSSIBILE EFFETTO PATOGENO E DA SOMMINISTRAZIONE DI  
VACCINI, CON PARTICOLARE ATTENZIONE AGLI EFFETTI DEL-  
L'UTILIZZO DI PROIETTILI ALL'URANIO IMPOVERITO E DELLA  
DISPERSIONE NELL'AMBIENTE DI NANOPARTICELLE DI MINE-  
RALI PESANTI PRODOTTE DALLE ESPLOSIONI DI MATERIALE  
BELLICO E A EVENTUALI INTERAZIONI**

## **RESOCONTO STENOGRAFICO**

46.

**SEDUTA DI MERCOLEDÌ 25 GENNAIO 2017**

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **GIAN PIERO SCANU**

### **INDICE**

	PAG.
<b>Sulla pubblicità dei lavori:</b>	
Scanu Gian Piero, <i>Presidente</i> .....	2
<b>Esame testimoniale del Colonnello Filippo Agosta, JMED COI:</b>	
Scanu Gian Piero, <i>Presidente</i> .	2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12
Agosta Filippo, <i>JMED COI</i> ....	2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE  
GIAN PIERO SCANU

**La seduta comincia alle 14.40.**

**Sulla pubblicità dei lavori.**

PRESIDENTE. Avverto che, se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche mediante l'attivazione di impianti audiovisivi a circuito chiuso.

*(Così rimane stabilito).*

**Esame testimoniale del Colonnello Filippo Agosta, JMED COI.**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'esame testimoniale del Colonnello Filippo Agosta, JMED COI, che saluto e ringrazio preliminarmente per la sua presenza.

Ricordo che questa Commissione, in adempimento ai propri compiti così come fissati dall'articolo 1 della delibera della Camera dei deputati istitutiva della medesima del 30 giugno 2015, ha deliberato di procedere, ai sensi degli articoli 13, comma 1, e 15, commi 1 e 2, del proprio Regolamento interno, all'audizione del colonnello in qualità di persona informata dei fatti ai fini dello svolgimento dell'inchiesta nell'ambito degli approfondimenti che la Commissione sta svolgendo per valutare l'esistenza di un rischio lavorativo per il personale civile e militare impiegato nei poligoni militari.

Al fine di consentire alla Commissione di valutare l'applicabilità delle garanzie che per disposizioni regolamentari e per prassi costante vengono riconosciuti ai soggetti indagati che compaiono in audizione, la

prego cortesemente di voler confermare alla Commissione che non le risulta di essere sottoposto a indagini in procedimenti connessi all'oggetto dell'inchiesta parlamentare.

FILIPPO AGOSTA, JMED COI. Ringrazio lei, signor presidente, e gli onorevoli membri di questa Commissione. Rispondo alla seconda domanda. Per quello che mi è dato sapere, a oggi, 25 gennaio, non risulta assolutamente nessuna evidenza dal punto di vista penale o comunque di indagine nei miei confronti relativamente all'argomento di cui all'oggetto.

PRESIDENTE. Grazie. Iniziamo allora l'esame testimoniale. Ci può descrivere quali sono i compiti del suo ufficio e come si svolge il suo lavoro?

FILIPPO AGOSTA, JMED COI. Innanzitutto mi presento. Sono il colonnello medico Filippo Agosta del Corpo sanitario dell'esercito. Dal 1 marzo 2015 ho assunto l'incarico di capodivisione JMED e MEDAD del Comando operativo di vertice interforze.

Sono capodivisione JMED in quanto, come spiegherò in seguito, questa divisione è articolata in diverse sezioni. Il suo compito è quello di pianificare e condurre le operazioni sanitarie su tutti i teatri operativi. Mi spiego meglio. Là dove l'organo politico, ovvero il vertice di forza armata e del dicastero, decida di inviare personale all'estero, ovvero venga iniziata una missione, noi di fatto pianifichiamo, con le altre divisioni competenti del COI che cosa deve essere messo in quel teatro operativo per assicurare l'assistenza sanitaria al personale e tutto ciò che ne deriva per even-

tuali *noxae* e fenomeni morbosi che si possono verificare in quel teatro medesimo.

PRESIDENTE. Lei è capodivisione. La divisione è articolata in sezioni. Esattamente quante persone vi lavorano?

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Ci sono io come capodivisione. Poi abbiamo la sezione pianificazione sanitaria che comprende un ufficiale e un sottufficiale di Marina. Poi spiegherò di che cosa si occupa la sezione pianificazione sanitaria.

Inoltre, c'è la sezione operazioni sanitarie, il cui capo è un ufficiale del Corpo sanitario dell'esercito, coadiuvato da un sottufficiale dell'esercito. Ancora, abbiamo una sezione evacuazione sanitaria e *patient tracking*, fino a poco tempo fa carente della rappresentanza, ma ora occupata da un ufficiale superiore dell'Aeronautica militare. Ancora, c'è una sezione medicina preventiva e veterinaria che si occupa di tutta la parte veterinaria ed è coadiuvata da un sottufficiale dell'Arma dei carabinieri.

La sezione pianificazione sanitaria, se dovessimo interagire come una struttura di armi varie, è come la J5, ovvero quella che pianifica l'inizio di un'operazione dal punto di vista sanitario.

Faccio un esempio molto pratico. Se dovessimo andare in una qualsiasi regione in cui il Governo ha stabilito che deve essere presente una componente militare, insieme a essa ci sarà anche la componente sanitaria di supporto, facente parte di una coalizione ovvero di una struttura NATO o dell'Unione europea. A quel punto noi stabiliamo, sulla base di quanto redatto dal reparto operazioni, qual è la capacità sanitaria che deve essere immessa *in loco*.

Mi spiego meglio. Dal punto di vista operativo qualsiasi unità che si reca all'estero ha per dottrina NATO una struttura sanitaria già predisposta, il classico « Role1 », che consente alle forze presenti in teatro di avere un'assistenza sanitaria minimale, cioè in grado di assicurare un *damage control resuscitation*, quindi un controllo delle condizioni di salute prima che il soggetto, se fosse in condizioni peggiori, possa essere trasferito a una struttura sanitaria di secondo grado.

La struttura sanitaria di secondo grado è il « Role2 », che attraverso la stampa o comunemente viene chiamata « ospedale da campo ».

Il Role 2 è una struttura sanitaria che può essere ceduta da una nazione anche in concorso con altre nazioni. Per esempio in Afghanistan inizialmente il Role 2 era fornito dalla componente spagnola, poi, quando nel 2015 il Governo spagnolo ha deciso di ripiegare le proprie forze, in sede di Conferenza delle nazioni della NATO si è stabilito che il Role 2 venisse offerto dall'Italia.

Quindi, l'Italia offriva la capacità che gli spagnoli avevano ritirato, assicurando questo servizio al teatro. In sostanza, una nazione ha non soltanto il Role 1 come assetto di forza armata, ma anche il Role 2 come componente maggiore.

Dal punto di vista dottrinale abbiamo il Role 1, il Role 2, il Role 3 e il Role 4. L'Italia fornisce soltanto il Role 1, come ogni altra nazione, e il Role 2, ovvero gli ospedali da campo. Non abbiamo una capacità Role 3, mentre la capacità Role 4 è l'assistenza sanitaria in patria che viene offerta dal Policlinico militare di Roma. Per istituto, questo è l'unico ospedale in Italia avere capacità Role 4, ovvero assistenza, cura e riabilitazione.

Infatti, nel momento in cui viene ferito o ha delle *noxae* patogene il militare viene trasferito (in termine tecnico « evacuato ») dal teatro operativo verso la struttura superiore, che può essere il Role 2, se il soggetto è *intra* teatro, o il Role 3 che viene offerto da altre nazioni — per esempio il Role 3 in Afghanistan è dato dagli americani — oppure transita direttamente presso il Role 4 per esigenze che si valutano di volta in volta di concerto tra la mia divisione e il teatro operativo, quindi viene trasferito in Italia.

A volte, per alcune esigenze, il paziente può non transitare direttamente dal Role 3 al Role 4, ma può passare attraverso, per esempio, il Role 3 di Bagram, che è sotto egida americana, presso l'ospedale di Landstuhl in Germania, dopodiché noi andiamo a recuperare il paziente con le no-

stre capacità all'ospedale americano sito in Germania e lo riportiamo in Italia.

La sezione pianificazione si occupa di questo. In sostanza, partita la missione, dobbiamo decidere quali assetti inserire in relazione alle necessità. Creiamo, dunque, dei pacchetti capacitivi, ovvero delle scatole, e diciamo ai singoli forze *provider*, cioè alle singole forze armate, che abbiamo bisogno di creare una certa struttura per alimentare la quale è necessario che siano presenti determinate figure, per esempio un'unità chirurgica, ortopedica, radiologica, farmaceutica, laboratorio analisi.

Noi diamo il pacchetto e le Forze armate lo riempiono. Nell'ambito della stessa struttura sanitaria sono presenti componenti dell'Esercito ma, se questi non riescono a fornire una determinata specializzazione, possono essere alimentati dalla Marina, dai Carabinieri o dall'Aeronautica.

La sezione operazioni sanitarie svolge, invece, il passo successivo. Partita l'operazione, è necessario, infatti, seguirla. Noi le chiamiamo « operazioni correnti », ovvero come il J3.

Faccio una piccola digressione. La differenza tra la divisione JMED e le altre divisioni del reparto operativo del COI è che nel reparto operativo ci sono delle divisioni a sé stanti in cui una pianifica e l'altra conduce, mentre nell'ambito della divisione JMED è la stessa divisione che, con gli stessi uomini, pianifica e conduce.

In pratica, noi programiamo e nello stesso tempo seguiamo passo passo, cosa che non succede nell'altro caso, dove c'è una divisione che pianifica e poi, nel momento in cui è partita l'operazione, c'è un'altra divisione che conduce le azioni.

Partita l'operazione, valutiamo gli effetti e tutta la situazione, ovvero come si procede dal punto di vista sanitario.

Se accade che il personale, per qualsiasi motivo (per questioni di armi, per un fatto acuto o per un evento non legato al servizio) si faccia male, la sezione evacuazione sanitaria (*patient tracking*), attraverso il supporto dell'ufficiale medico del Role 1 o del Role 2, stabilisce che quel paziente deve essere evacuato.

Ci sono delle procedure ben precise, che riguardano il tipo di patologia e la priorità con cui il paziente deve essere evacuato. La priorità 1 è quella che viene chiamata IPV (imminente pericolo di vita). Comunque, la priorità viene dettata dal teatro che è sotto nostra supervisione, ma è chiaro che, pur supervisionando il teatro, non entriamo nel merito della valutazione clinica del paziente.

Ovviamente, se il paziente ha avuto un trauma, per esempio un tamponamento cardiaco o comunque una lesione da arma da fuoco, e ci dicono sia in priorità 3, io propongo di valutarla meglio perché la diagnosi sembra discordante rispetto alla priorità.

Fino a questo momento, però, non siamo mai entrati nel merito in questo senso. Non abbiamo mai obiettato rispetto a ciò che faceva il teatro per l'evacuazione del paziente perché il livello di priorità era ben valutato. In tutti i pazienti che sono stati evacuati dal teatro la diagnosi di evacuazione corrispondeva alle reali situazioni cliniche del paziente, per cui l'evacuazione è avvenuta o attraverso il Role 3 di Bagram (parlo per l'Afghanistan) presso l'ospedale regionale di Landstuhl ovvero direttamente al Policlinico militare di Roma.

PRESIDENTE. Grazie, lei ha svolto un'introduzione molto generosa e molto ricca. Non siamo molto abituati, in verità, a questo tipo di precisazioni e puntualizzazioni. Attualmente i teatri operativi sottoposti alla sua competenza quali sono?

FILIPPO AGOSTA, JMED COI. Mi occupo delle aree in cui sono presenti assetti sanitari e anche di alcune zone in cui non sono presenti assetti sanitari (poi spiegherò per quale motivo).

Le aree in cui sono presenti assetti sanitari sono il teatro kosovaro, quello afgano, quello iracheno, Emirati Arabi Uniti, Gibuti, Somalia, Libano e Libia.

PRESIDENTE. Ci spieghi meglio il ruolo che svolge la sua divisione.

FILIPPO AGOSTA, JMED COI. Dal punto di vista operativo, si tratta di teatri di alta

e bassa intensità. Ovviamente, l'intensità viene definita dal carattere operativo della situazione contingente che si viene a stabilire nel teatro stesso.

Dal punto di vista sanitario, in determinati teatri abbiamo determinate strutture che sono state incrementate o ridimensionate per la riduzione della minaccia, del personale presente o delle esigenze, per esempio in alcuni casi, dal punto di vista politico si è ritenuto ridurre la tensione verso quel teatro oppure, nell'ambito di una *consensus conference* della NATO, si è deciso di affidare una determinata struttura non più all'Italia, ma a un'altra nazione.

Iniziando dal punto di vista più vicino, che è il Kosovo, la missione è iniziata il 13 giugno 1999. Lo ricordo perché fui il primo ufficiale medico a transitare nella notte tra la Macedonia e il Kosovo. In quel momento avevamo stabilito un Role 1, successivamente è stato fatto un ospedale militare da campo. C'era un Role 3 tedesco. Anche attualmente è presente un Role 3 tedesco, ma la Germania ha deciso di ritirare prossimamente questi assetti sanitari, quindi ha chiesto alle nazioni che fanno parte della missione quali siano in grado di assicurare il Role 3 nel momento in cui deciderà di ritirarsi. Questa decisione deve essere ancora presa, quindi siamo presenti in Kosovo con una struttura Role 1, che assicura assistenza sanitaria al personale presente, nonché il controllo del vettovagliamento e delle acque.

Cito testualmente quello che abbiamo preparato insieme alla divisione.

PRESIDENTE. Note di linguaggio.

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Non sono note di linguaggio, ma documenti chiarificatori.

PRESIDENTE. La mia era una domanda innocente.

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Abbiamo visto, nei documenti che sono stati consultati, quali sono le domande, le perplessità e le argomentazioni che questa onorevole

Commissione aveva posto ai vari rappresentanti e a coloro che mi hanno preceduto. Alcune argomentazioni riguardavano prettamente la parte sanitaria.

Ebbene, nella parte sanitaria teniamo conto di due componenti. Una è proprio quella che riguarda le acque destinate all'uso umano. In passato sono state fatte delle analisi sulle acque. Ho visto anche la relazione fatta nel lontano 2005 dal dottor Pasquinelli, che è un biologo che ha lavorato per conto della forza armata con il CISAM, delle cui relazioni, peraltro, ha reso deposizione presso la vostra Commissione.

Ebbene, in Kosovo le acque destinate all'uso umano, notoriamente le acque potabili, sono acquisite dal commercio nelle dosi previste dal teatro operativo. Attualmente sono 6 litri per persona al giorno, che include anche la quota di acqua destinata all'uso alimentare.

Nel momento in cui mangiamo in Kosovo, l'acqua che viene riversata nella pentola è destinata a uso umano, non è quella proveniente dal rubinetto. La potabilità della rete idrica di « Villaggio Italia » e dell'MSU di Pristina è monitorata dal laboratorio specializzato sul controllo delle acque dell'ospedale di Prizren, il famoso Role 3 tedesco, che è ancora presente.

Per i cibi e per l'acqua si sottolinea l'assoluto divieto – poi leggerò anche un documento che fa parte della nostra bibbia nel momento in cui noi mettiamo in ordine le operazioni – di consumo di prodotti locali. Il pane, acquistato da forni locali e prodotto con farina e acqua italiana, come da contratti in essere, è controllato con campioni che, a cadenza mensile, sono inviati al CISAM di San Pietro a Grado per la valutazione di eventuali residui o radioattività nei prodotti da forno.

Diciamo « residui » perché i prodotti da forno a volte, con il calore, possono rilasciare delle sostanze che non siamo in grado di valutare, per cui mandiamo un campione a cadenza mensile presso il laboratorio per la valutazione.

Tutto il personale indottrinato al momento dell'*in processing* in teatro riceve il proprio dosimetro individuale e periodica-



mente, una volta a settimana, viene effettuata la lettura dello stesso ai fini della rilevazione di valori di eventuale esposizione. A tutt'oggi presso la mia divisione non è arrivata alcuna segnalazione. Quando dico segnalazione intendo sia in negativo sia in positivo. La situazione è, dunque, completamente sotto controllo.

Nell'ultima ispezione del mese scorso, alla quale purtroppo non sono stato presente perché ho avuto un lutto in famiglia, i miei collaboratori, ovvero il tenente colonnello caposezione servizio veterinario, l'addetto caposezione pianificazione e operazione sanitaria e il maresciallo dei Carabinieri, hanno effettuato controlli in tutta l'area kosovara per verificare che la situazione corrispondesse alle nostre direttive e a quanto stabilito dalla NATO e che presentasse dei valori tali da poter considerare la situazione al momento sotto controllo.

Ho parlato di ordine delle operazioni perché per mettere i colleghi nella giusta posizione, quella di ritrovarsi a passare dal teatro delle operazioni direttamente a viale delle Milizie senza passare per Ciampino, cioè attraverso la procura militare, noi diciamo esattamente che cosa devono fare nel teatro operativo.

Nell'ambito dell'ordine di operazione che il comando operativo trasmette ai comandi subordinati e che stabilisce qual è la missione, noi diciamo come devono procedere dal punto di vista sanitario.

Se permettete, vi leggo esattamente quello che diciamo. Questo ordine di operazione è per un teatro complesso, ma può variare per determinate situazioni, quindi sottolineo laddove può variare a seconda del teatro. Ho preso quello più ampio perché nei teatri minori possiamo avere qualche sottigliezza di differenza legata sostanzialmente al tipo di rischio epidemiologico, ambientale e quant'altro a cui può andare incontro il personale.

Tutto il personale designato per la missione dovrà essere sottoposto alla prevista visita di idoneità al teatro operativo a cura dei comandi ed enti di appartenenza. Le misure di profilassi sanitaria (accertamenti sanitari, vaccinazioni eccetera) a cui dovrà essere sottoposto il personale designato per

l'impiego sono definite sulla scorta delle indicazioni di SMD RIS-CII medical intelligence – il secondo reparto dello Stato maggiore della difesa, a cui è deputato il compito di stabilire il rischio, la minaccia e l'eventuale dubbio dal punto di vista epidemiologico o di malattia – e nelle more della divisione dei nuovi protocolli vaccinali (decreto legislativo n. 91 del 26 aprile 2016), di cui parlerò dopo, così come stabilito dall'Ispettorato generale della sanità militare con lettera SMD «aggiornamento delle schede vaccinali e delle altre misure di profilassi per il personale militare del Ministero della difesa direzione generale della sanità militare edizione 2008» e successive varianti.

In particolare, si dovrà applicare il protocollo n. 1 integrato dalla vaccinazione antitifica e antinfluenzale per questo teatro stagionale. I comandi ed enti di appartenenza cureranno le modalità di coordinamento e gli aspetti esecutivi di dettaglio. Si raccomanda l'attuazione dello *screening* per la tubercolosi prima dell'immissione in teatro ed al rientro.

In questa prima fase diciamo alle forze armate, ai *force provider* e ai colleghi che nessun personale dovrà essere immesso in teatro se non è idoneo per l'impiego all'estero. L'idoneità all'impiego all'estero prevede delle visite pre-immissione, degli accertamenti e la valutazione della minaccia dal punto di vista infettivo.

IGESAN stabilisce le regole della vaccinazione attraverso una direttiva, anche se con il decreto legislativo dell'aprile 2016 è cambiato qualcosa. Su questo pure farò dei chiarimenti.

Dopodiché, il personale diventa idoneo per l'immissione in teatro e successivamente attiviamo le misure di *force health protection*.

Il personale dovrà essere indottrinato sia in sede di approntamento, quindi da parte delle *force provider* ovvero delle forze armate che danno il personale, a cura dei rispettivi reparti appartenenza, sia l'atto dello schieramento in teatro operativo a cura dei responsabili sanitari delle *task force* – qui ritorniamo al concetto di Role 1, che è una struttura insita alla Forza

armata che immette il personale — sui rischi sanitari nell'area di operazione e sulle misure comportamentali preventive da adottare, con particolare riferimento ai potenziali rischi connessi con il consumo di acqua e di alimenti, come abbiamo detto per il Kosovo, con l'esposizione a malattie infettive anche trasmesse da animali (zoonosi).

In merito si rappresenta il divieto tassativo di importazioni di tagli di animali, nonché di prodotti di origine animale, di esposizione a malattie sessualmente trasmissibili e si raccomanda di adottare le misure di igiene e pulizia personale.

Sembra un concetto lapalissiano, ma vi assicuro che non è così perché in tutti i teatri c'è sempre qualcuno che vuole portarsi qualche *mascotte*, un gatto o un cane, ma è assolutamente inammissibile che tale animale venga importato dal teatro, anche con tutte le misure di profilassi e quant'altro. È fatto assoluto divieto di importare attraverso canali ufficiali e men che meno attraverso canali non ufficiali qualsiasi animale dal teatro.

Per quanto riguarda l'esposizione a malattie sessualmente trasmissibili, ci si riferisce al contatto tra personale militare e personale locale di cui noi non conosciamo assolutamente l'origine o quant'altro.

In base a quanto accaduto in passato il rischio non è tanto per le malattie sessualmente trasmissibili come la sifilide, la gonorrea e quant'altro, ma per malattie come la sindrome di immunodeficienza acquisita in zone come quelle africane dove l'incidenza, l'endemia e il rischio di ammalarsi risulta ancora elevato.

Quantunque ci sia stato un blocco della malattia rispetto al 1983, quando fu identificata per la prima volta, ma ancora non si sapeva quale fosse l'agente patogeno o comunque quali fossero le linee di trasmissioni, è pur vero che in determinate aree la situazione rimane endemica, come poteva essere l'attivazione malarica nell'Agro Pontino negli anni Venti e Trenta. Parliamo, ovviamente, di situazioni differenti, ma c'è ancora presenza effettiva dell'agente patogeno.

Nella gestione del rischio alimentare, al fine di prevenire e ridurre il rischio associato, si fa divieto tassativo di consumare alimenti non provenienti da canali ufficialmente riconosciuti e comunque non sottoposti al preventivo nullaosta del direttore veterinario di contingente.

Dico questo perché è vero che siamo in teatro operativo, ma può venire da più parti, per qualsiasi ragione di tipo diplomatico o per far sì che il contingente sia ben visto dalla popolazione locale, che a volte il locale possa offrire qualche alimento...

**PRESIDENTE.** Queste misure di cui ci sta dando lettura da chi vengono elaborate?

**FILIPPO AGOSTA, JMED COI.** Le misure vengono elaborate sulla base del rischio epidemiologico definito dal RIS-CII, dal secondo reparto.

**PRESIDENTE.** Chi ha la responsabilità di attuarle?

**FILIPPO AGOSTA, JMED COI.** Noi del COI perché siamo responsabili di tutto ciò che riguarda il teatro operativo.

**PRESIDENTE.** Quindi voi vigilate su questo?

**FILIPPO AGOSTA, JMED COI.** Certamente.

**PRESIDENTE.** Come avviene la vigilanza?

**FILIPPO AGOSTA, JMED COI.** La vigilanza avviene attraverso immissione in teatro della mia divisione. Io recentemente sono stato in Afghanistan dieci giorni. Non sono potuto essere presente in Kosovo. Prossimamente abbiamo pianificato per il teatro gibutino, per quello somalo e per quello libanese.

È vero che il nostro è un colloquio amichevole con i colleghi, ma nello stesso tempo valutiamo che, dal punto di vista sanitario, tutti i protocolli e le misure siano

adottati e che, dal punto di vista operativo, le nostre indicazioni sanitarie siano applicate.

La nostra madre è IGESAN perché fa le *policy* che noi poi tramutiamo in interventi di carattere operativo.

PRESIDENTE. Lei ci ha appena detto che, ancorché in posizione sottostante rispetto a IGESAN, è il COI che elabora queste norme. Inoltre, ha anche affermato che l'attività ispettiva è svolta dallo stesso COI. Allora cosa intende per « colloquio amichevole » con i colleghi ?

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Quando sono andato in attività di controllo, non ispettiva, ho chiesto di visionare il teatro per vedere se fosse tutto regolare dal punto di vista sanitario, operativo e in merito a eventuali rischi di malattie che non fossero stati comunicati.

È chiaro che questa visita « amichevole » diviene attività ispettiva reale nel momento in cui abbiamo contezza di qualche evento morboso o *noxa* che possa essere presente in teatro e che non sia stata comunicata attraverso i canali gerarchici ovvero non sia stata comunicata dai nostri colleghi. Se sappiamo qualcosa in modo indiretto ne chiediamo le ragioni e la documentazione probante per avere, appunto, contezza della situazione.

PRESIDENTE. Avete avuto modo di verificare il mancato rispetto...

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Al momento non si è trattato di grosse mancanze. L'ultima ispezione che abbiamo fatto in Afghanistan era legata alla vetustà dei locali, quindi abbiamo dato indicazioni su come ricompattare le celle frigorifere e provvedere alla ritinteggiatura di alcuni locali, di modo che queste carenze minime legate alla vetustà del locale o comunque al passare del tempo non dessero una connotazione negativa alla situazione sanitaria del contingente.

PRESIDENTE. Come vengono valutati, da chi e con quali strumenti i rischi fisici,

chimici, radiologici, cancerogeni, mutageni e teratogeni nei teatri operativi ?

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. La valutazione dei rischi ambientali non è seguita dalla mia divisione, mai dalla divisione J4, che non è una divisione tecnica, non medica. Il rischio ambientale, ovvero l'eventuale presenza di fattori cancerogeni non necessariamente legati alla parte sanitaria, non compete alla mia divisione.

PRESIDENTE. Ci può dire a chi fa capo la divisione J4 ?

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. La divisione J4 fa capo sempre al reparto supporto operativo del COI.

PRESIDENTE. È un'altra divisione che ha la sua stessa collocazione, ma si occupa...

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Sì, si occupa della tutela ambientale.

PRESIDENTE. Chi la guida ?

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Il capodivisione è il colonnello Pietro Lo Giudice.

PRESIDENTE. Non l'abbiamo sentito ?

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Noi facciamo la tutela ambientale a livello operativo, ma a livello di SMD c'è l'ufficio sulla sicurezza e tutela ambientale nell'ambito, appunto, del IV reparto SMD.

Nel momento in cui si stabilisce una missione, c'è una valutazione del territorio prima che partano gli uomini. Faccio un esempio molto pratico. Se deve essere collocata una base, ci dobbiamo assicurare che, dal punto di vista ambientale, sia idonea e non magari insista su stoccaggio di *yellow cake*, ovvero su vecchie strutture dove si è fatta lavorazione di metalli pesanti.

La valutazione ambientale non viene fatta dalla divisione JMED, che insiste sulla parte sanitaria in acuto. Dico questo perché gli eventuali riflessi di una contamina-



zione ambientale che si ripercuotono, dal punto di vista sanitario, in una *noxa* patogena, ovvero nella comparsa di una malattia, noi possiamo scoprirli solo dopo.

Noi evacuamo il paziente per un fatto acuto (un trauma, un'esplosione o un incidente). La valutazione su un paziente *x* che ha sviluppato una malattia neoplastica verosimilmente correlabile con l'ambiente viene fatta a posteriori, a distanza di tempo, ma non viene fatta dalla nostra divisione perché non è un fatto acuto, ma cronico.

L'Osservatorio epidemiologico della direzione generale ora Ispettorato generale della sanità militare è l'organo che valuta situazioni di questo tipo. Noi, invece, valutiamo il fatto acuto. La valutazione della comparsa della malattia a distanza di tempo non è nostra competenza. Al momento, posso solo dire che il soggetto viene evacuato per un certo fatto.

**PRESIDENTE.** Che relazione esiste tra la sua divisione e quella che valuta l'aspetto cronico? Immagino che le divisioni si parlino dal punto di vista...

**FILIPPO AGOSTA, JMED COI.** Le do subito un chiarimento. Io prima di essere capodivisione JMED ero direttore del Dipartimento militare di medicina legale di Roma. In sostanza, valutavamo la dipendenza da causa di servizio, quindi si valutava che l'evento riportato dal soggetto avesse un nesso di causalità con il servizio prestato, ragionando in tal senso.

In questo caso, nel momento in cui il soggetto soffre di qualche fatto morboso, e attraverso i ricoveri presso gli ospedali civili o gli ospedali militari vi sia dichiarazione di dipendenza da causa di servizio c'è un suo eventuale riconoscimento da parte della commissione. La nostra posizione è, dunque, esterna. La questione non è di nostra pertinenza. In questo senso non saprei rispondere perché questa cosa non è legata alla nostra divisione.

**PRESIDENTE.** Che lei sappia il COI ha elaborato un elenco del personale ammalatosi a seguito di esposizione ad amianto, uranio impoverito o altre sostanze poten-

zialmente pericolose disperse nei teatri di operazione?

**FILIPPO AGOSTA, JMED COI.** Non sono in grado di rispondere a questa domanda perché non ho contezza di documentazione in tal senso. A noi come divisione JMED non è mai pervenuta, né per conoscenza, né per competenza, la notizia per cui Agosta Filippo si sia ammalato in seguito a un fatto del genere.

Una comunicazione del genere non arriva a noi come divisione perché il soggetto che si ammala fa la sua domanda all'ente di appartenenza. Poi è l'ospedale militare di competenza che gestisce la pratica. Questo vale anche per la Marina e per l'Aeronautica.

Il signor Mario Rossi che si ammala fa richiesta del riconoscimento per causa di servizio alla pertinente commissione medico-ospedaliera, a seconda della regione in cui si trova, dal momento che le commissioni mediche ospedaliere fanno capo a determinati dipartimenti di medicina legale.

Inoltre, è cambiata la normativa rispetto al 2001, allorquando la Commissione, oltre a dare il riconoscimento della patologia, faceva anche la ascrivibilità a tabella. Ora, invece, la commissione stabilisce l'eventuale ascrivibilità, dopodiché c'è un comitato di verifica che stabilisce l'eventuale nesso di causalità.

**PRESIDENTE.** Facciamo un esempio. Lei con la sua divisione svolge un'ispezione in un teatro che chiamiamo alfa. Se rileva delle violazioni rispetto alle prescrizioni impartite a chi le comunica?

**FILIPPO AGOSTA, JMED COI.** Le comunico immediatamente al caporeparto come dipendente della divisione JMED e al COM COI, essendo anche medical advisor del COM COI.

**PRESIDENTE.** Quale rapporto gerarchico o di eventuale subordinazione funzionale esiste con questi due referenti che ha nominato?

**FILIPPO AGOSTA, JMED COI.** Fino a due o tre anni fa al COI c'erano due figure

ben distinte. C'era la divisione JMED, che inizialmente era inglobata nell'ambito della divisione J4. Allora la funzione sanitaria era una sezione della divisione J4, ma poi si è staccata per l'attività che faceva, quindi è diventata a sé stante, ma sempre nell'ambito del reparto supporto operativo.

Io come capo divisione JMED ho un caporeparto supporto operativo, che a sua volta risponde al Capo di Stato Maggiore e al Comandante di vertice operativo interforze. Come MEDAD, quindi come medical *advisor*, nel momento in cui stabilisco che c'è una situazione di particolare gravità posso immediatamente rivolgermi al COM COI, bypassando l'altro percorso (anche se è chiaro che per ragioni di opportunità e di correttezza li avverto, ma può anche non succedere), informandolo della situazione che si è venuta a creare perché è necessario che attivare delle azioni dal punto di vista sanitario perché la situazione non si allarghi e non si venga a creare un eventuale rischio per il militare.

PRESIDENTE. Ho verificato che non ci sono domande, colonnello. Lei, per quanto mi riguarda, ha certamente collaborato molto nello svolgimento di questa audizione, al punto che abbiamo già nostalgia di lei, quindi le chiederemo di tornare volentieri.

Nella parte introduttiva di questo esame testimoniale ha inquadrato il discorso del Role 1, 2, 3 e 4. Ecco, se potessimo avere da lei un po' di materiale in cui sia contenuta questa sintesi con le rispettive competenze, le saremmo grati.

Io ho appena appreso che la Divisione IV prima conteneva anche quella che si chiama JMED. Per noi sarebbe importante conoscere anche in linea orizzontale, oltre che verticale, l'organizzazione.

FILIPPO AGOSTA, JMED COI. Nella struttura ordinativa dell'esercito la sezione sanitaria, in qualsiasi reparto, è messa nell'ambito dell'ufficio logistico, che denominiamo J4. In questo ufficio logistico c'è la parte infrastrutturale, la parte materiali, quella approvvigionamenti, quella vestizione, nonché la parte sanitaria, con una

sezione veterinaria, una sezione logistica e così via.

Ebbene, era così fino al 2005-2007. Non vorrei sbagliarmi sulla data, ma comunque mi riferisco a circa dieci anni fa.

In quel periodo la divisione JMED – nella prossima audizione vi dirò esattamente quando – si è staccata dalla divisione J4, quindi quella che era la sezione è diventata una divisione e nell'ambito della divisione si è divisa in altre sezioni. L'ufficio logistico si è tolto, quindi, quella componente pesante, dal momento che la divisione J4 non è affatto leggera, ma ha una sua ragion d'essere e una sua funzione.

Quindi, riferirò in tal senso. Per quanto riguarda il Role 2, se non chiedo troppo, vorrei aggiungere che con questa denominazione viene indicata la struttura sanitaria in ambito NATO.

È vero che determinate missioni nascono come NATO, ma ci sono anche missioni che nascono come ONU. Per esempio, in Libano dove la missione è ONU non abbiamo una struttura Role 2, ma abbiamo una struttura *level*. In sostanza, noi lavoriamo con dottrina NATO, dottrina Unione Europea e dottrina Nazioni Unite.

Contestualmente vi posso fare, pertanto, una descrizione dei Role e delle capacità di ciascuna struttura sanitaria, affiancandoli all'equivalente dell'Unione europea o dell'ONU.

PRESIDENTE. Lei è una miniera. Stabiliamo che per il tramite sia della dottoressa [*incomprensibile*], che è la segreteria di questa Commissione, sia dei nostri consulenti, a partire già da domani, le faremo pervenire una serie di richieste per integrare quelle che lei ci avrà già predisposto, con gli approfondimenti che ha suggerito.

Quando pensa di essere in grado di farlo?

FILIPPO AGOSTA, JMED COI. Ditemi voi.

PRESIDENTE. Ci mancherebbe. Noi non siamo superiori. In quanto tempo pensa di riuscire a fare un lavoro ben fatto, in modo che possiamo capire anche noi che non

abbiamo grande dimestichezza con questa materia ?

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. È materiale già pronto perché durante i vari *briefing* lo presentiamo a coloro che si immettono in teatro o agli stessi COM COI che si alternano, per stabilire qual è esattamente la situazione dal punto di vista sanitario.

Se lei e la Commissione siete d'accordo, potrei presentare per ogni teatro la struttura sanitaria presente.

PRESIDENTE. Anche con le ispezioni fatte e con i risultati conseguiti.

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Il medico competente è previsto nel nostro pacchetto d'ordini e viene indicato dal comandante della *task force* operante in teatro sulla base delle precedenti esperienze o dell'incarico che ha.

È chiaro che non tutti i medici possono avere la qualifica di medico competente. Quindi, pur nella situazione di riduzione di personale, abbiamo stabilito che in teatro o la forza armata invia nell'ambito del pacchetto di cui dicevo il medico competente o che il comandante individui, sulla base delle precedenti situazioni esperienziali dei medici *in loco*, colui che possa assumere la figura del medico competente ovvero che ci possono essere delle situazioni di squadra a contratto che le singole forze armate inviano al momento per la valutazione dell'eventuale rischio professionale di coloro che sono immessi in teatro.

Abbiamo pensato oltre per ovviare a questa situazione. In merito alla questione del medico competente, secondo la legge n. 81 del 2008 che prende le sue origini dalla ex legge n. 626 del 1996, la valutazione va fatta a seconda dell'incarico.

Noi in teatro difficilmente veniamo a trovarci con incarichi specifici, quali possono essere quelli in uno stabilimento pirotecnico, in un arsenale o di armaiolo, di artificiere e quant'altro. Dobbiamo, quindi, far sì che tale personale che sia già inquadrato con incarichi specifici venga visitato prima dell'immissione in teatro dal medico competente. Inoltre, poiché l'immissione in

teatro non va oltre i sei mesi e come voi mi insegnate che le visite vengono fatte a seconda della specifica mansione ogni semestre...

PRESIDENTE. Ci sta dicendo che mancano i medici competenti.

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Sì, mancano i medici competenti. Per quello stiamo cercando di ovviare.

PRESIDENTE. Grazie di tutto. Queste cose le scriva perché il tipo di collaborazione che chiediamo è proprio quello che lei oggi ci ha offerto, approfondendo soprattutto le criticità, di cui vorremmo poter farci carico per risolvere le cose. Questa è l'occasione.

Le chiediamo, dunque, tutto quel lavoro che ha impostato con le integrazioni che tramite la segreteria le invieremo.

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Spezzo una lancia a favore di tutte le forze armate nel dire che c'è la volontà di poter risolvere il problema e non porlo in un angolo per rimuoverlo o ignorarlo coscientemente.

PRESIDENTE. Di questo siamo quasi sicuri, ma vorremmo eliminare il « quasi ».

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Dove è possibile, con le forze in campo si cerca di risolvere il problema prima che nasca e che si presenti e non dopo.

PRESIDENTE. Va bene. Ringraziamo molto il gradito ospite non soltanto per ragioni di ordinaria cortesia. Lei però non ci ha detto — di sicuro non perché voglia eludere il discorso — quando pensa che sia pronto.

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Domani dovrò essere presente dal Capo di SMD.

PRESIDENTE. Per la prossima settimana ?

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Dal giorno 31 al 2 sarò a Messina per la pia-

nificazione della parte sanitaria del G7. Verosimilmente, dopo il 2 do piena disponibilità.

**PRESIDENTE.** Grazie ancora. Dichiaro conclusa l'audizione.

**La seduta termina alle 15.40.**

*Licenziato per la stampa  
il 9 febbraio 2018*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO



\*17STC0029170\*