

**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

52.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 15 FEBBRAIO 2017

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **GIAN PIERO SCANU**

INDICE

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:			
Scanu Gian Piero, <i>Presidente</i>	3	Capelli Roberto (DeS-CD)	12, 13, 14
		Carrozza Maria Chiara (PD)	6, 17
		Catalano Ivan (CI)	7, 8
		Cova Paolo (PD)	12
Esame testimoniale del Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa, Col. Claudio De Angelis:			
Scanu Gian Piero, <i>Presidente</i> .	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 18	De Angelis Claudio, <i>Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa</i> .	3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18
Amato Maria (PD)	9, 18	Duranti Donatella (SI-SEL)	5
Boldrini Paola (PD)	8, 13, 18	Grillo Giulia (M5S)	11
		Pili Mauro (MISTO)	13, 15, 16

PAGINA BIANCA

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
GIAN PIERO SCANU

La seduta comincia alle 8.35.

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 Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa, Col. Claudio De Angelis.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'esame testimoniale del Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa, Col. Claudio De Angelis, che saluto e ringrazio per la sua presenza.

Ricordo che la Commissione, in adempimento dei propri compiti come fissati dall'articolo 1 della delibera della Camera dei deputati istitutiva della Commissione 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 De Angelis 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 del Ministero della difesa.

Al fine di consentire alla Commissione di valutare l'applicabilità delle garanzie che, per disposizioni regolamentari e per prassi

costante, vengono riconosciute 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.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Confermo.

PRESIDENTE. Conferma. La ringrazio. Iniziamo il nostro esame. Nel corso dell'audizione del 7 aprile 2016 lei ha segnalato che l'Osservatorio epidemiologico della Difesa – è lei che parla – « nasce nel 2006 grazie alla decisione saggia e lungimirante della Difesa di dotarsi di una struttura permanente in grado di monitorare la situazione della patologia nel nostro settore ». Ha precisato che voi lavorate con due modalità: una cosiddetta passiva, consistente nella raccolta di informazioni dalla vostra periferia, e una attiva, consistente nella ricerca delle malattie « in giro per la nostra organizzazione, per evitare che nulla sfugga ».

La nostra Commissione ha posto una particolare attenzione sul problema dell'esposizione all'amianto nell'ambito delle Forze armate e, quindi, ha cercato di individuare i casi di mesoteliomi riscontrati tra i militari. Le chiedo: nell'ambito della ricerca attiva avete richiesto ai RENAM, i Registri nazionali dei mesoteliomi, i casi di mesoteliomi riscontrati tra i militari ?

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Sul problema dei mesoteliomi ci siamo confrontati subito. Appena ho preso l'incarico, ho affrontato proprio que-

sto problema e, studiando la situazione, ho realizzato che la mediana di latenza del mesotelioma è talmente ampia che praticamente ci sfuggono quasi tutti i casi di mesotelioma. La mediana è di 45 anni. Questo vuol dire, quindi, che 45 anni dopo l'esposizione la metà delle persone va incontro alla patologia.

Pertanto, mi sono attivato e ho preso contatto con il dottor Marinaccio, il responsabile del Registro nazionale dei mesoteliomi, e insieme abbiamo stilato un protocollo di ricerca, proprio per avere accesso a tutti i dati del Registro nazionale.

Questo protocollo attualmente è presso il Comitato paritetico tra SEGREDIFESA e INAIL, che deve decidere sull'applicabilità o meno del protocollo. Siamo in attesa di questo per avere accesso a tutti i dati.

Il problema è un po' più complicato, perché, in realtà, il Registro nazionale non raccoglie tutte le informazioni. Le informazioni di dettaglio sono depositate presso i COR, ossia i Centri regionali. Quindi, loro, a loro volta, dovranno chiedere ai COR di fare quest'analisi dei dati in proprio possesso. Ci siamo impegnati in questa strada proprio per avere tutti i dati possibili sull'argomento.

Non so se ho risposto.

PRESIDENTE. Onestamente, non è che abbia capito granché, ma probabilmente il problema sono io e non è lei. Comunque, andiamo avanti.

CLAUDIO DE ANGELIS, Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa. Mi posso impegnare di più.

PRESIDENTE. Sempre per restare all'audizione del 7 aprile 2016, nella memoria che lei ha presentato, alla pagina 15, si rinvia la tabella X, recante il numero totale di tumori maligni segnalati dall'Osservatorio epidemiologico della Difesa diagnosticati nell'intera popolazione militare dal 1° gennaio 1996 al 31 dicembre 2013 relativi a entrambi i sessi, ripartiti in base alla sede della lesione, distinti per Forza armata e per eventuale partecipazione a

missioni all'estero. Lei lo ricorderà, naturalmente.

La mia domanda è questa: ci sono state variazioni – è ormai trascorso quasi un anno – rispetto ad allora?

CLAUDIO DE ANGELIS, Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa. Proprio in questi giorni abbiamo concluso l'analisi relativa al 31 dicembre 2014, con un anno in più di osservazione. Abbiamo questo lieve ritardo rispetto all'anno di interesse per i motivi che ho già esposto il 7 aprile, legati a un fatto fisiologico inevitabile per gli Osservatori epidemiologici, ossia la stabilizzazione dei dati prima di poter fare delle analisi.

Sostanzialmente no, non ci sono grandi modifiche. Abbiamo rianalizzato tutti i dati in possesso. Ovviamente, ogni anno non ci limitiamo ad aggiungere un anno, ma revisioniamo tutto, nell'ipotesi di verificare che tutto sia correttamente interpretato. Quindi, piccole variazioni ci possono essere anche sugli anni precedenti, ma non tali da cambiare la sostanza di quanto già detto.

PRESIDENTE. A beneficio dei colleghi ed eventualmente anche a beneficio suo – non è tenuto a tenere a mente tutti questi numeri – nella tabella che ho citato si parla di 107 casi di mesotelioma, due relativi a personale contratto in missione o comunque riguardanti persone che hanno svolto missioni, e 105 relativi a persone che non hanno svolto missioni.

Nel corso dell'inchiesta di questa Commissione abbiamo appreso dall'INAIL che nell'ambito delle Forze armate si sarebbero ammalati di mesotelioma 622 militari.

CLAUDIO DE ANGELIS, Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa. È la stima.

PRESIDENTE. È la stima... Lei parla di 107. Finisco la domanda. Sarebbero 622 militari e, in particolare, 249 nella Marina Militare.

Questa Commissione, inoltre, ha appreso che, secondo le indicazioni emerse nell'ambito delle attività investigative svolte

per conto della procura della Repubblica di Padova, sarebbero stati identificati 946 casi di ammalati e/o deceduti per patologie asbesto-correlate con significativa esposizione ad amianto nella Marina Militare.

Come commenta questa macroscopica differenza fra i dati che le ho fornito e quelli che lei qualche istante fa ci ha confermato, sostenendo, rispetto alla tabella X, di non aver rilevato alcun tipo di modifica? Come procedete? Ce lo dica. Prima di fare commenti di qualunque natura, può darsi che ci sia un arcano che mi sfugge.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. È appunto il motivo per cui le dicevo che è stato affrontato questo studio con il Registro nazionale dei mesoteliomi. Noi perdiamo i dati del personale in congedo.

PRESIDENTE. Che istituto di epidemiologia siete, se non vi occupate di tutto il personale, mi scusi? Qui si impone un chiarimento di fondo. Non tocca a me, anche per rispetto alla sua persona e alla sua funzione, spiegare che cosa si intende per studio epidemiologico. Cosa vuol dire che il personale in congedo non lo cercate? Che cosa cercate?

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Non ho detto che non lo cerchiamo. Non abbiamo possibilità di monitorarlo. Non possiamo raccogliere i dati dal Servizio sanitario nazionale in modo automatico. Perdiamo di vista il nostro personale, una volta congedato, a meno che non faccia uso delle nostre strutture militari. Le nostre strutture militari poi comunicano all'Osservatorio...

PRESIDENTE. Lei ritiene che scientificamente questo sia un modo corretto di operare?

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. No, è auspicabile che ci sia questo collegamento. Il collegamento lo

stiamo creando proprio con questo progetto di studio con il Registro nazionale dei mesoteliomi.

Ciò è in parte inevitabile. Se io mi congedo domani mattina e mi sento male, vado in una struttura del Servizio sanitario nazionale. La struttura del Servizio sanitario nazionale non è tenuta a comunicare all'Osservatorio epidemiologico che io mi sono ammalato.

PRESIDENTE. Non è tenuta se voi non glielo chiedete. Che discorsi sono?

Comunque, per quanto mi riguarda – mi scusi – apro la discussione. Su questo aspetto ci sono domande? A me pare dirimente questo tipo di valutazione.

Do la parola ai colleghi che intendano intervenire per porre quesiti o formulare osservazioni.

DONATELLA DURANTI. Grazie, presidente. Devo ammettere che ho la sua stessa difficoltà a comprendere le cose che il Colonnello De Angelis, che ringrazio per essere tornato in Commissione, ci ha riferito in merito al protocollo di ricerca. Anch'io voglio capire.

So perfettamente che il mesotelioma ha un'insorgenza anche lunga, non sempre di 45 anni, a volte, purtroppo, anche molto più corta, più bassa. Tuttavia, è difficile capire come un Osservatorio epidemiologico perda di vista – peraltro, questa è una formula che non mi piace molto – i militari dopo che si sono congedati.

Il protocollo di ricerca, peraltro, lei ha appena affermato che non è stato ancora applicato. Mi pare di aver capito che sia pronto già da tempo, che sia stato stilato già da tempo, ma non ancora applicato. È questo lo strumento che avevate individuato per non perdere di vista i militari in congedo? Se la vostra indagine è così carente, come lei stesso ci ha riferito, se avete pochi strumenti a disposizione, da dove deriva il numero di 100 casi di mesotelioma? Delle due l'una: o non avete possibilità di comprendere che cosa succede dopo il congedo, oppure non si capisce come mai abbiate un dato assolutamente basso rispetto a quelli che ci sono stati riferiti.

Comunque, mi risulta che ci siano militari che si sono ammalati ben prima di andare in congedo. Volevo capire anche per questa categoria di personale come agisce l'Osservatorio e come lavora.

MARIA CHIARA CARROZZA, (*fuori microfono*). Mi scusi, vorrei essere certa di aver capito bene, Colonnello De Angelis. Vorrei capire il significato di epidemiologia nel concetto del Ministero della Difesa.

Come ricercatrice, per me epidemiologia significa nel tempo prendersi cura delle persone che rispettano determinati parametri, nel senso che abbiano effettuato il servizio, e capire quali siano le malattie che nel tempo insorgono per effettuare un'analisi [*incomprensibile*].

Mi sembra contrario — ma posso aver capito male e, quindi, ripeto la domanda — al significato stesso di epidemiologia troncare l'analisi alla fine del servizio e non occuparsi di chi nel tempo magari abbia contratto delle patologie che possono o non possono — questo sarà compito poi dell'epidemiologia stessa e di chi studia il tema stabilirlo — essere state contratte a causa del servizio.

Capisco che lei, colonnello, dica che non avete i mezzi, che non avete il *database*. Non è una responsabilità che le attribuisco, ma vorrei capire il punto di vista del protocollo e la definizione del concetto di epidemiologia. Non sarebbe appropriato chiamarlo Osservatorio epidemiologico, se così fosse, ma magari Osservatorio durante il servizio. Sarebbe anche una contraddizione in termini.

Penso che sia nostro compito, come parlamentari, nell'ambito di questa Commissione d'inchiesta, approfondire anche questo tema nell'interesse dei militari. In questo senso le chiedo di chiarircelo bene.

PRESIDENTE. Le iscrizioni sono molte. Rispondiamo a queste prime due domande. Prego, colonnello.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Spero di essere chiaro. Noi non abbiamo accesso ai dati del Servizio

sanitario nazionale in modo diretto e aperto, ma penso che non l'abbia quasi nessuno. Il Registro nazionale dei mesoteliomi non ha accesso ai dati delle singole persone, perché li hanno i COR.

I COR sono i Centri operativi regionali. I Centri operativi regionali hanno il *database* con tutte le informazioni del soggetto. In sanità i flussi di informazioni non sono così aperti. Se voglio sapere che malattia ha avuto una persona che è stata dimessa da un ospedale, non ho accesso a questo. Non ce l'ha nessuno. Ce l'ha il Ministero della salute.

Noi stiamo facendo un altro studio, che è quello sulla morbosità del nostro personale. È stato rallentato per anni — io l'ho ereditato come problema — perché il Garante della *privacy* si è dovuto esprimere sull'accessibilità dei dati. Non è semplice. Non sto creando alibi. Sto dicendo semplicemente che non è oggettivamente semplice avere dei dati sulle condizioni sanitarie delle persone, soprattutto se le persone non hanno firmato un consenso informato e non hanno espresso chiaramente la loro adesione.

Queste analisi vengono fatte sulla base di studi finalizzati, approvati e decisi. Noi non prendiamo l'iniziativa di andare a vedere tutti i congedati del 1984 e verificare in che condizioni stiano, perché, se loro non sono d'accordo... Per lo studio sulla mortalità e sulla morbosità sono stati pagati annunci sui giornali per sapere se qualcuno fosse contrario.

Esistono problemi strutturali importanti, ma non soltanto per noi. Se domandate a qualunque altra struttura sanitaria civile il polso della situazione su una patologia, risponderà che ci sono problemi per conoscerla esattamente. Questo non per alibi.

PRESIDENTE. Limitiamoci adesso al cosiddetto Osservatorio epidemiologico.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Con riguardo al nostro flusso di informazioni, su tutto il personale che è sotto tutela della sanità militare abbiamo

organizzato questo flusso di informazioni, che si fonda ancora sulle schede di segnalazione che arrivano all'Osservatorio.

Attivamente, come è stato letto prima dal presidente, cerchiamo altri dati, che sono anche sporadici. Non hanno molto senso da un punto di vista epidemiologico. Comunque, per non perdere alcuna informazione, ci confrontiamo con il PREVIMIL e con l'Ufficio contenzioso, per sapere tutte le persone che magari sono state congelate, ma hanno presentato una domanda di indennizzo, proprio per non perdere diagnosi.

Su questo avere un panorama completo è comunque non corretto: o si ha tutta la popolazione in osservazione, oppure non si ha, in realtà, il quadro di incidenza di una patologia.

PRESIDENTE. Quindi, lo sta riconoscendo. L'ha anche detto qualche istante fa, colonnello, acquisita la premessa che ha fatto la collega Carrozza che qui si sta discutendo del funzionamento dell'ufficio. Non si stanno facendo valutazioni sul suo personale operato. Questo, eventualmente, potrebbe essere svolto in altri ambiti.

Tuttavia, lei ha riconosciuto che, di fatto, dall'accezione canonica, dalla definizione corretta di attività epidemiologica, il cosiddetto Osservatorio epidemiologico è distante mille miglia. Fa un lavoro di un dato tipo, che lei ha definito in un dato modo, e si ammanta di poter essere chiamato e definito Osservatorio epidemiologico, pur non svolgendo, di fatto, alcuna attività che sia riconducibile a ciò che la scienza...

L'ha appena detto, colonnello. La prego, misuri attentamente le risposte. Non vorrei che, per la prima volta... Non è una minaccia, è un invito. Lei sorride. Sono contento che lei sorrida. Noi non stiamo facendo una chiacchierata, qui. Lei è sottoposto a un esame testimoniale, il che vuol dire che risponderà delle cose che dice. Quindi, la invito, nel senso proprio più delicato del termine, a ritenersi responsabile delle cose che afferma.

Comunque, procediamo. Ha finito di rispondere ai due colleghi?

CLAUDIO DE ANGELIS, Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa. Volevo dire che noi facciamo un'osservazione epidemiologica del personale – volevo precisare semplicemente questo – che è sotto la tutela della sanità militare, ossia di tutto il personale in servizio che si rivolge alle strutture del nostro servizio.

PRESIDENTE. Quindi, limitatamente al periodo di servizio e al personale che si rivolge a questo vostro ufficio.

CLAUDIO DE ANGELIS, Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa. O anche successivamente, se si rivolge, ma è una facoltà dell'interessato. Non è obbligato a presentarsi presso le strutture militari.

PRESIDENTE. Non so se le colleghe Duranti e Carrozza desiderino un'ulteriore precisazione o passiamo ad altre domande. Passiamo ad altre domande.

IVAN CATALANO. Grazie, presidente. Io credo che il problema di fondo nell'osservazione da parte della Difesa delle situazioni epidemiologiche sia dovuto, in un certo senso, a un disallineamento delle informazioni sui dati sanitari.

Abbiamo un sistema civile, il Fascicolo sanitario elettronico, che ha un dato tipo di ragionamento. Funziona su base regionale e raccoglie soltanto dati della popolazione civile quando usufruisce delle strutture pubbliche o private, ma sempre in ambito civile. Poi abbiamo, invece, per quanto riguarda i militari e il personale della Difesa, un altro sistema, la Carta multiservizi della Difesa, un sistema analogo all'FSE, che raccoglie soltanto i dati dei militari quando usufruiscono della sanità militare.

Credo che il problema di fondo sia qui. Non c'è alcuna previsione normativa che imponga al Ministero della Difesa di collegarsi al Fascicolo sanitario elettronico, nonostante il fatto che la Carta multiservizi della Difesa sia stata fatta con gli stessi protocolli del fascicolo civile.

Per aiutare a risolvere il problema e offrire alla Difesa la possibilità di effettuare uno studio epidemiologico serio, occorrerebbe che non ci fosse questa differenza nella gestione delle informazioni, ovvero che le informazioni sanitarie dei militari fossero archiviate e disponibili in un unico archivio.

Credo che la Commissione debba valutare — chiedo anche il parere all'Osservatorio — la possibilità di stabilire che le informazioni sanitarie di una persona siano archiviate nel Fascicolo sanitario elettronico e che le informazioni archiviate durante il periodo del servizio militare siano archiviate in questo stesso archivio, sempre con l'utilizzo della Carta dei servizi della Difesa che aggiunge delle informazioni in più a questo archivio.

In questo modo, l'analisi epidemiologica non servirebbe più che la facesse il Ministero della difesa. La potrebbe fare tranquillamente la sanità pubblica, perché, avendo tutti i dati della popolazione e di tutto ciò che è successo alla persona, potrebbe estrapolare i dati nel loro complesso. Con una gestione più oculata delle informazioni un Osservatorio settoriale, che ha un campo visivo ridotto, verrebbe meno.

PRESIDENTE. Scusi, lei finora ha detto che non esiste un Osservatorio epidemiologico della Difesa?

IVAN CATALANO. No, l'Osservatorio esiste, ma, per come è stato organizzato, con la Carta multiservizi della Difesa, non può osservare, come è stato detto.

PRESIDENTE. Quindi, esiste un ufficio che si chiama Osservatorio che, per come si è organizzato, non svolge le funzioni...

IVAN CATALANO. Per come ha i dati, per come ha accesso ai dati.

PRESIDENTE. Scusi, vicepresidente, ma è importante. Finora la domanda non l'ha posta. La invito a porre la domanda. Lei praticamente ci ha detto che, anche per gli approfondimenti molto evidenti che ha svolto sulla materia, ha potuto stabilire,

alla luce anche delle dichiarazioni fatte dal direttore, che l'ufficio che viene denominato Osservatorio epidemiologico della Difesa, di fatto, per come è organizzato — non credo che gliel'abbia imposto qualcuno di organizzarsi in questi termini — non svolge le funzioni canoniche di un Osservatorio epidemiologico.

IVAN CATALANO. Perché i dati sono limitati. Mi chiedevo e chiedevo all'auditore se sia d'accordo con la valutazione che ho fatto sull'utilizzare un unico archivio per gestire i dati anche dei militari e se non ritiene che si debba andare in questa direzione.

PAOLA BOLDRINI. Volevo fare anch'io una precisazione. Poiché il Colonnello De Angelis diceva che anche il Registro dei mesoteliomi non ha i dati, sono andata a vedere, in questo momento, la rete dei dati dei Centri operativi regionali (COR), che poi forniscono i dati a livello nazionale. Tutte le fonti interessate (ospedali pubblici, cliniche private, referti di università, istituti di anatomia patologica, Unità sanitarie locali e centri nazionali) sono fonti per i dati del COR. L'ho trovato adesso, ma lo sapevo perché, seguendo anche il Registro — che ancora non c'è — nazionale dei tumori, so che parallelamente hanno lo stesso tipo di organizzazione, ragion per cui i dati ci devono essere. È un po' impossibile che il Servizio sanitario non fornisca questi dati.

Come ha sottolineato giustamente la collega Carrozza, ricercatrice, l'epidemiologia serve a seguire nel tempo sia l'insorgere della malattia, sia il percorso della malattia, ma ha una finalità ben precisa, come quella che hanno sia il Registro dei mesoteliomi, sia i Registri dei tumori: quella di fare anche prevenzione e programmazione da parte di quegli enti che, alla fine, su quei dati devono lavorare. Un ente locale, se viene registrata una tal patologia sul territorio, deve porre rimedio con una prevenzione.

Pertanto, ci si aspettava, e davvero c'è da essere affranti a sapere questa cosa, dall'Osservatorio epidemiologico della Di-

fesa che anche questo organismo servisse per fare prevenzione e porre rimedio. Perdendo i dati della persona, non sapete più niente. Se per 5, 10 o non so quanti anni la seguite, il percorso successivo e antecedente è importante. Quindi, l'Osservatorio non svolge il ruolo che dovrebbe svolgere.

Mi fa piacere che si sia fatto un collegamento con il Registro nazionale dei mesoteliomi. Se riusciste almeno a recuperare questi dati... Con riguardo a quello che diceva il collega Catalano, è auspicabile che tutti i dati vengano nell'FSE, ma sappiamo che, purtroppo, gli FSE non sono attivi in tutte le regioni. È auspicabile che cerchiate di organizzarvi meglio con i dati.

MARIA AMATO. La prima domanda credo sia superflua. Esiste davvero un Osservatorio sul mesotelioma della Difesa? Come osserva? Quali sono proprio le modalità tecniche con cui si interfaccia con il Registro nazionale dei tumori?

La *privacy* è applicata solo ai dati sensibili — è solo la scheda anagrafica quella che non può girare — ma il dato malattia non è vincolato dalla *privacy*. Com'è possibile che non corrispondano i 622 casi da una parte e i 107 dall'altra, ancorché senza i nomi dei militari? Quando si avvia una causa per patologia professionale da mesotelioma, il *database* viene aggiornato automaticamente?

L'altra questione non è una domanda, ma una riflessione. L'epidemiologia ha tra gli scopi programmare e attivare Piani di controllo e monitoraggio di malattia. Si parla di monitoraggio di malattia, non monitoraggio della persona. Questo non ha niente a che vedere con lei sicuramente, ma il sistema non funziona e sicuramente ci si dovrà porre tra professionisti il problema di come farlo funzionare, essendo aderenti agli scopi dell'epidemiologia.

Le branche di studio della medicina e della ricerca non hanno un valore astratto. Hanno un valore in base ai loro scopi. Lo scopo finale riguarda il monitoraggio di malattia e l'intervento sulla profilassi. In questo modo è come se fosse evanescente tutta la *ratio* di un settore di una specialistica e — perdonatemi — di un Osservatorio.

PRESIDENTE. Grazie. Finiamo il giro. Poi interverrà la collega Grillo.

Prego, colonnello.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Concordo pienamente con quello che auspicava il vicepresidente, perché, secondo me, è un requisito fondamentale creare una rete che ci consenta di scambiare le informazioni sulle persone, chiusa, ovviamente, nell'ambiente sanitario. Secondo me, è fondamentale per il Paese, al di là dell'Osservatorio epidemiologico della Difesa.

Noi saremmo tra i beneficiari di questa rete, ma non credo che questo dipenda soltanto da me, modestamente, né dall'Ispektorato generale della sanità militare. Non credo che sia un problema risolvibile da noi. È un problema del sistema Paese, che probabilmente deve attrezzarsi da questo punto di vista. Sono perfettamente d'accordo, assolutamente d'accordo.

I COR, ho detto io, hanno tutte le informazioni, perché i medici sono obbligati, in periferia, ogni volta che vedono un mesotelioma, a spedire l'informazione al COR. Il Registro nazionale, che ha sede all'INAIL, non ha tutte le informazioni personali. Tant'è che sono andato dal dottor Marinaccio pensando di avere vita facile, chiedendo i dati dei militari. Mi ha risposto: « Chi ce l'ha? Non li abbiamo. Li hanno i COR ». Dobbiamo fare un progetto per chiedere ai COR...

Purtroppo, non è semplice. Rispondo qui a titolo personale, mi sembra di aver capito. Le dico, a titolo personale, che darei qualcosa per avere pienamente accesso a tutti i dati, perché, secondo me, è doveroso, per tutta una serie di motivi, primo fra tutti quello scientifico. Se dobbiamo dire qualcosa di correttamente epidemiologico, dobbiamo avere tutti i dati e le informazioni, ma non solo i dati.

A me interessa non soltanto la malattia. Devo necessariamente intersecare la malattia con l'attività lavorativa. A livello centrale questo non è semplice. Vi assicuro che non è un lavoro banale, per cui so che Mario Rossi è stato in una palazzina dove c'era l'amianto. Non è facile arrivare a

questo punto di dettaglio. Questo è più un problema della medicina del lavoro locale.

Quello che dice lei, giustamente, è che l'epidemiologia deve dare lo studio di popolazione. Devo avere un'idea di quanto la mia popolazione sia stata esposta a un problema. Poi la risoluzione del problema del signor Mario Rossi, che è stato esposto, spetta al medico che lì opera e che conosce la realtà locale. Per quale motivo questo compito è stato dato ai COR e al medico del lavoro? Perché loro hanno la possibilità di abbinare correttamente la malattia all'eventuale causa.

Poi c'è il problema della prevenzione. La prevenzione si attua non certo da parte dell'Osservatorio epidemiologico. Noi cerchiamo di farla, per quanto ci è possibile, ma la vera prevenzione si fa a livello locale, con i medici che sono impegnati tutti i giorni a fare il loro mestiere.

Non credo che sia un problema strutturalmente dell'Osservatorio epidemiologico. Noi forniamo le indicazioni che lì c'è un problema e che, quindi, dobbiamo agire in quel senso, ma poi la pratica...

Sull'amianto — fatemi dire questa cosa — sappiamo com'è la prevenzione. Si tratta di togliere l'amianto dai nostri ambienti. Non è che ci siano altri interventi. La linea di indirizzo sulla prevenzione è già stata data e anche attuata, devo dire, perché in gran parte penso che il problema sia stato risolto.

Non dobbiamo scoprire qualche cosa. Noi dobbiamo avere cognizione, giustamente, di quanti sono i nostri malati, ma anche per molti motivi deontologici, ossia per sapere quanti sono i nostri malati. Noi sappiamo che il 4 per cento dei malati di mesotelioma in Italia è del comparto Difesa.

Perché abbiamo proposto questo studio? Proprio per avere questo dato, perché a me interessa. Io già lo so quanti sono: sono il 4 per cento dei malati di mesotelioma. Non è una grossa scoperta sapere quanti sono. A me interessa sapere dove stanno i *cluster* di casi, cioè dove esiste una maggiore concentrazione di casi, perché li posso andare a vedere. Posso segnalare che a Firenze c'è un dato numero di casi di

mesotelioma. Andiamo a guardare se lì c'è un problema nelle nostre strutture. Questa è l'informazione reale che avevo in mente quando ho proposto lo studio.

La realtà è questa. Se avessimo una rete interconnessa che ci fa sapere tutti i malati... Il mesotelioma è importante, ma anche il cancro del polmone non è una stupidaggine. Come ce l'ho il cancro del polmone? Non c'è una rete che ci informi. Nessun medico è obbligato a segnalare il cancro del polmone. Se si ha accesso all'informazione, si ha il dato, altrimenti non si ha.

Si possono fare delle stime. Lo stesso AIRTUM, che pure conta tutti i tumori, come abbiamo visto l'altra volta, perché l'ho presentato, copre il 51% della popolazione italiana. Adesso è arrivato al 57. Speriamo che presto arrivi al 100, ma penso che sia un percorso lungo. Non è un fatto banale, eppure loro fanno Osservatorio epidemiologico sui tumori. Sono la migliore espressione dell'Osservatorio epidemiologico dei tumori in Italia e forse anche in Europa sono uno dei migliori.

Non è una questione banale e non è vero che non ci siamo impegnati nel settore. Ci siamo tutti molto impegnati. Penso che tutti i medici in Italia si siano impegnati in questo settore.

C'era un'altra domanda sugli aggiornamenti. Mi si chiedeva se il *database* viene aggiornato. Se c'è un caso di personale in servizio, automaticamente il medico è tenuto a mandarci la segnalazione. Se, invece, è congedato, ovviamente questo non succede, perché non passa attraverso i medici militari. Noi, però, andiamo a cercare a PREVIMIL e all'Ufficio contenzioso se arriva qualche richiesta non solo di mesotelioma, ma di qualsiasi tumore. Lo facciamo in particolare sui tumori, perché sui tumori ci siamo concentrati molto. Non ritengo che siano l'unica patologia che ci interessa, ma sicuramente l'attenzione è stata focalizzata per molti anni sui tumori e, quindi, continuiamo su questa strada.

Noi recuperiamo tutti i dati da questi uffici, ma li andiamo a cercare noi. Andiamo a disturbare noi e a chiedere. Per questo parlavo di ricerca attiva, perché

andiamo noi a dare un ulteriore carico di lavoro a chi già fa altro.

GIULIA GRILLO. Volevo dire che alla collega Amato non ha risposto sulla differenza dei dati sui casi di mesotelioma. Lei aveva indicato i numeri precisamente e la collega Amati ha ricordato la differenza tra 622 e 107. Non ha risposto sul motivo di questa differenza.

La collega Boldrini, giustamente, ha detto che l'epidemiologia serve per fare prevenzione e lei ha risposto che non è un compito suo. Questo è chiaro. Voi dovete fare l'Osservatorio epidemiologico e sulla base dei vostri rilievi la sanità militare, ossia il Ministero della difesa, deve fare prevenzione. Le volevo chiedere quanti e quali sono stati i casi in cui questo è avvenuto. Vorrei sapere, in base a vostri studi, quali sono stati i casi di misure di prevenzione specifiche che sono state messe in atto.

Lei ha detto anche un'altra cosa: Con riguardo all'amianto, lo sappiamo, il problema è rimuoverlo e lei ha detto che pensa sia già stato fatto. Invece, la scorsa settimana abbiamo avuto un colonnello — non mi ricordo come si chiama — al quale abbiamo chiesto quale fosse lo stato di avanzamento dei lavori delle bonifiche. Lui ha detto che nessuno lo sa, perché non c'è un monitoraggio centrale.

La informo, perché evidentemente non lo sa neanche lei. La questione è abbastanza preoccupante, perché vorrei sapere chi lo debba sapere. Se lei mi dice che sull'amianto tutti sappiano che il problema è rimuoverlo ma poi nessuno sa quanto e dove sia stato rimosso e in che misura e l'Osservatorio epidemiologico non segue più i militari in congedo, siamo di fronte proprio a carenze veramente inimmaginabili nel 2017.

Lei ha parlato di questo Marinaccio, che non so chi sia. Le chiedo di specificarlo e di specificare anche esattamente quali sono stati i suoi sforzi anche dal punto di vista pratico per ovviare a questi problemi.

Lei è andato a parlare e ha chiesto questi dati, ma ha scoperto che è difficile averli. Tutto è difficile nella vita, anche operare un bambino appena nato. Tante cose sono difficili. Fare il Fascicolo sanita-

rio elettronico è difficile. Sono tutte cose difficili, ma le cose si possono fare. Si fanno i protocolli, per esempio.

Anche quello che ha detto il collega, senza andare a cose mirabolanti, sarebbe semplicissimo. Visto che tutti i cittadini italiani hanno un medico generico, non ci vorrebbe un'arca di scienza a chiedere, tramite le AASSLL, ai medici generici che seguono il personale militare di inviare le segnalazioni del personale militare, magari con la stessa scheda che avete voi, che sarebbe stato interessante oggi vedere com'è fatta.

Le assicuro, benché io sia consapevole che sulla gestione dei dati sanitari c'è tutta una problematica, che in questo caso diventerebbe molto più semplice. Al medico di medicina generale si porrebbe semplicemente un « obbligo » in più da assolvere e potrebbe mandare direttamente a voi i dati. Mi è venuto in mente in questi due minuti. Se ci si mette e si riflette, non è che non ci siano le modalità per seguire questi militari. Francamente, sentirci dire che è difficile nel 2017, capisce bene che è difficile per noi accettarlo.

PRESIDENTE. Facciamo intanto rispondere. Poi intervengono i colleghi Cova e Capelli.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Mi diceva che non ho risposto sulla differenza dei numeri. Provo a spiegarvi meglio. In relazione ai numeri che noi abbiamo, che fra l'altro, nel frattempo, sono un po' aumentati, perché sono circa 126 all'ultimo controllo che abbiamo fatto — vado a memoria — la differenza nasce dal fatto che noi abbiamo queste informazioni sul personale attivo o che ha avuto contatti con la sanità militare in qualche modo. Il numero diverso, appunto il 4 per cento dei casi di mesotelioma in Italia previsti dal Registro nazionale mesoteliomi, deriva, invece, da un'osservazione nel territorio di tutti i casi effettivamente avvenuti di mesotelioma.

In merito c'è un ulteriore problema, che è quello dell'attribuzione della causa, se la

causa del mesotelioma sia effettivamente l'attività lavorativa nella Difesa o in altra sede, ma questo è un contesto in cui io non entro. È un'analisi che fa il medico del lavoro all'interno del COR. Va bene così. Non c'è alcun problema.

Lei mi ricordava che ho parlato con il dottor Marinaccio. Sì, ho parlato con il dottor Marinaccio e abbiamo stilato insieme un protocollo di studio. È il responsabile nazionale del Registro nazionale dei mesoteliomi. Questo protocollo di studi è stato inviato al Comitato paritetico SEGREDIFESA-INAIL, che mette in contatto le due amministrazioni proprio sul problema dell'amianto, per l'autorizzazione allo svolgimento e al finanziamento, se ce ne fosse bisogno, perché è un lavoro che faranno i COR. Il protocollo è stato consegnato nel 2015, penso. Adesso non ricordo bene la data, francamente.

PRESIDENTE. Io avrei maturato, strada facendo, una proposta che fra qualche minuto vi vorrò sottoporre e che dovrebbe abbracciare in qualche modo anche le esigenze che stava esprimendo la collega Grillo. Prego, colonnello, continui.

CLAUDIO DE ANGELIS, Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa. Sono stati fatti passi, ma non credo che ci sia una scorciatoia su questo. Non posso parlare io direttamente con i COR per avere i dati. Non ho alcun titolo per fare questo. La veste che abbiamo trovato è quella di un protocollo di studio che è stato presentato al Comitato paritetico, che è tra SEGREDIFESA e INAIL. C'è un accordo di collaborazione sul problema dell'amianto.

Sul fatto che non si sappia a che punto sia l'avanzamento della rimozione dell'amianto nelle nostre strutture adesso non ho informazioni dirette, perché sono un medico. Non vengono a dire a me se hanno tolto l'amianto, ma so che c'è un'azione importante su questo fronte. Sono stati investiti anche diversi soldi. Per l'Aeronautica, per esempio, so che è stato tolto dagli aerei, dai nostri velivoli. Non credo che sia una cosa a divenire. Non so in che entità e

in che misura, ma sicuramente è un'attività già effettuata.

PAOLO COVA. Ringrazio l'audito. Volevo fare una considerazione, ma anche una domanda, per capire un po' in base a quello che ha accennato questa mattina la vicenda dell'amianto.

Adesso tutti abbiamo parlato dell'amianto. Io credo che sia facilissimo sapere chi è il *killer*. È già più facile arrivare a fare uno studio epidemiologico. Sono ignorante e magari sbaglio nelle mie considerazioni, ma mi sembra già più facile.

La mia domanda è questa: lo studio epidemiologico ha fatto altre verifiche? Faccio un esempio, che sia un esempio. Se abbiamo vaccinato per dieci anni i militari con un vaccino che ha dato dei problemi, l'abbiamo scoperto o no? Se questi militari si sono congedati, noi non sappiamo più se il vaccino che abbiamo usato fosse dannoso o meno? Questa è la domanda.

Gliela banalizzo. Se per dieci anni abbiamo dato loro la zuppa che non andava bene e si sono congedati, lo sappiamo o non lo sappiamo? Lo studio epidemiologico credo serva a questo. Oltre all'amianto, sono stati fatti altri studi? Lei adesso ha detto che perdete tutti i dati dopo il congedo. Alla fine, non sappiamo niente di quello che è avvenuto ai militari durante la loro carriera militare. Se sono state fatte delle pratiche, se abbiamo usato dei vaccini, la zuppa o la benzina – dite quello che volete – sbagliati, non lo sapremo mai. Lo studio epidemiologico oppure questo Osservatorio epidemiologico non funzionano.

Ho capito bene?

ROBERTO CAPELLI. Da quest'audizione ho consolidato una mia visione delle Forze armate. Si continua, purtroppo, in questo Paese a ragionare a compartimenti stagni. L'Osservatorio mi sembra uno di questi compartimenti stagni. In nome di che cosa si faccia non lo so.

A me interesserebbe sapere, per esempio, il percorso inverso. I dati che voi raccogliete dove vanno a finire? Li trasmettete a una sorta di Osservatorio nazionale? Se così non fosse... Questo caso è eclatante nel dire...

PRESIDENTE. Chiedo scusa, non so se la sua sia una finzione retorica, ma l'Osservatorio nazionale è questo.

ROBERTO CAPELLI. No, parlo di ricerca e di sistema. Che utilità abbiamo noi di denominare per settori, militare o non militare? Abbiamo un mondo di Osservatori che si chiude in se stesso. La ricerca — qualcuno mi insegna — deve avere tutti i dati possibili e immaginabili raggruppati in un'unica entità per poter fare una ricerca adeguata e trarre anche le conclusioni.

È quantomeno ridondante chiamarlo Osservatorio epidemiologico. Mi interessava il percorso inverso. Sarebbe utile se si raccogliessero e trasferissero i dati a un'entità che poi li metta insieme. È facilissimo oggi, con la tecnologia, avere un'unica entità che poi differenzi i settori, se quel mondo non è chiuso. Se quello è un mondo chiuso, è chiaro che non arriveremo mai a delle conclusioni.

Concordo, però, su una cosa: il sistema sanitario nazionale ha delle falle importanti. Costruire un Registro tumori è importante. Alcune regioni e alcune province ancora oggi non hanno il Registro tumori perché c'è un ingorgo e c'è una sovrapposizione di norme sulla *privacy* e su chi debba fare che cosa. Per arrivare a questo tesserino sanitario che abbiamo in tasca ci è voluto oltre un decennio per capire in quel *microchip* che cosa potesse essere riportato. Oggi ci sono sistemi per cui nel *microchip* ci potrebbe essere la cartella clinica di ognuno di noi, ma per il problema della *privacy* non è disponibile.

Nel mondo militare ha un senso oggi avere questo Osservatorio, se non quello di semplice raccolta dati da trasmettere poi a chi realmente deve fare lo studio su una patologia? Si tratta di patologie, tra l'altro, che si manifestano dopo anni. Quindi, se il vostro rapporto finisce nel momento in cui uno si congeda, è assolutamente e totalmente inutile.

Secondo me, quindi — la domanda l'ho fatta; faccio una sintesi di conclusione — anche in questa sede abbiamo l'obbligo di ragionare sull'organizzazione di sistema per arrivare a delle conclusioni utili per i nostri

cittadini e, in modo particolare, per le Forze armate.

Faccio un esempio. Ha ancora senso, al giorno d'oggi, pensare che ci sia una sanità militare? Io sono arrivato alle mie conclusioni. Nell'emergenza-urgenza sì, ma per tutto il resto mi sembra di no. Sempre che quel mondo abbia deciso di aprirsi. Se ha deciso di aprirsi, non ha senso avere neanche gli ospedali militari. Non capisco perché, soprattutto in tempi di pace.

PRESIDENTE. Grazie, collega. La collega Boldrini desidera fare una precisazione, poi interverrà il collega Pili. Dopodiché, diamo qualche minuto al colonnello e io avrei una proposta operativa da fare.

PAOLA BOLDRINI. Intervengo molto brevemente, perché le domande sono state tante, ma alla fine mi sta sorgendo una riflessione. Volevo chiedere al Comandante De Angelis che cosa fa all'interno. Come raccoglie i dati? Stiamo cercando di capire cosa sta succedendo, perché questi dati non si riescono ad avere. Cosa fa e qual è la *mission* dell'Osservatorio, a questo punto? Ci viene anche il dubbio che ci sia una *mission* ben definita.

MAURO PILI. Io ho bisogno di capire preliminarmente dal Colonnello De Angelis come viene redatta l'anagrafica dei militari che passano attraverso la sua struttura. Che cosa contiene l'anagrafica? Ho bisogno di sapere questo preliminarmente, per poi affrontare altre due questioni.

PRESIDENTE. Vuole rispondere alle ultime domande e a quest'ultima posta dal collega Pili, che è propedeutica rispetto a un'altra domanda?

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Sull'Osservatorio nazionale sono d'accordo. Da medico, sarei il primo entusiasta della proposta di avere un unico grande centro epidemiologico in Italia che si occupi di tutta la patologia. Sono assolutamente d'accordo.

Se noi facciamo il nostro dovere, secondo me, l'Osservatorio ha una finalità. L'Osservatorio epidemiologico ha un ruolo. Non lo dico per motivi di bottega, per difendere il mio negozio. Dico semplicemente che attualmente noi abbiamo un *follow-up* di venti anni sul nostro personale che è stato impiegato fuori area. Se in venti anni c'era un problema legato all'esposizione di venti anni prima, sarebbe uscito fuori.

Avere il *follow-up* dopo quarant'anni e creare un nesso di causalità tra quanto ho visto dopo quarant'anni e l'episodio per cui sono stato sei mesi fuori area — dico fuori area, ma potrebbe essere un'altra attività — diventa più complicato. Il nostro dato non è inutile. Il nostro dato è utile, è sensibile, è importante, perché venti anni di osservazione non sono pochi.

Il *follow-up* che noi facciamo...

ROBERTO CAPELLI. Sempre di personale in servizio.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Sempre di personale in servizio. Vanno a vent'anni adesso fuori area, quindi abbiamo tutto il tempo di seguirli nel tempo. Io ci sono stato fuori area. Ci sono stato nel 2001. Siamo nel 2017 e ho un *follow-up* personale di 15 anni. Non mi è successo niente fino adesso. Domani non lo so.

L'osservazione non è inutile, perché l'insorgenza della patologia neoplastica non è illimitata. Prima o poi moriremo tutti. Al 100 per cento i militari moriranno. Questo ve lo posso garantire anche senza aver fatto lo studio epidemiologico.

ROBERTO CAPELLI. Anche di cause naturali.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Anche di tante cause. Un terzo moriranno di tumori, perché comunque un terzo della mortalità italiana è legata a questi. Il 45 per cento morirà per cause cardiovascolari. Purtroppo, abbiamo il DNA

come tutti gli altri esseri umani e, quindi, più o meno, moriremo tutti allo stesso modo.

Se la domanda è se l'Osservatorio ha un senso, secondo me, la risposta è sì. Se la domanda è se serve la sanità militare, le rispondo ancora sì, perché la sanità militare non si può creare da un momento a un altro. Quando andiamo nelle operazioni, non possiamo improvvisare. Se vuole la mia personale opinione, ma rischio di essere troppo personale, io la potenzierei e la inserirei nel Servizio sanitario nazionale in tempi di pace. Quello è corretto. L'essenza della sanità militare è assolutamente indispensabile e va potenziata, a mio modesto avviso.

Non so se ho risposto anche all'onorevole Boldrini, che ha fatto una domanda in parte correlata alla missione dell'Osservatorio epidemiologico. La missione è questa: controllare lo stato di salute del nostro personale, finché è in servizio, certo. Sarebbe bello e auspicabile averlo anche dopo come panorama, però, credetemi, non dipende probabilmente dalla Difesa. Dipende da tutta una serie di cose.

L'onorevole Pili mi faceva una domanda sull'anagrafica e come è composta. Innanzitutto non vediamo le persone. Io non visito tutto il personale militare, fortunatamente, perché siamo in due e, quindi, sarebbe difficile. Noi riceviamo dalla periferia le schede di segnalazione di patologia. Su queste schede, ovviamente, c'è la componente anagrafica, con nome, cognome, mansioni e queste cose qui.

Non so se ho risposto.

ROBERTO CAPELLI. Le ho chiesto del percorso inverso. Che fine fanno questi dati?

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. I nostri dati non li spediamo a nessuno perché non c'è un Osservatorio nazionale. Se ci fosse la famosa rete di cui parlavamo prima, sarebbero inseriti nella rete. Penso che non avremmo alcuna difficoltà. Io personalmente non ne avrei nessunissima. Anzi, secondo me, sarebbe auspicabile.

PRESIDENTE. Collega Pili, lei desidera intervenire ancora ?

MAURO PILI. Sì, grazie. Vorrei capire questo passaggio: quindi, voi ricevete soltanto dal territorio schede di patologia, ma non avete, rispetto anche a un'informazione che ha dato prima, la possibilità di fornire degli elementi che possano, a distanza di venti o trent'anni, anche da parte di un'altra struttura sanitaria individuare l'eventuale nesso causale con lo svolgimento di particolari attività di servizio da parte dei militari.

Dico correttamente ?

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Non noi, in generale è difficile stabilire un nesso di causalità tra un'attività prestata venti anni prima e un evento patologico insorto venti anni dopo.

MAURO PILI. Questo, invece, è possibilissimo. Bisognerebbe capire se voi in questo *excursus* dei 20-30-40 anni in cui seguite il militare avete registrato anche, per esempio, la permanenza in determinati teatri e scenari di guerra dove probabilmente ci sono casistiche che indurrebbero un Osservatorio a fare un'attenzione particolare a determinate patologie. Questo voi non lo fate.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Sì, lo facciamo. Come no ?

MAURO PILI. Quindi, lei mi può dire che avete la certezza di dati compiuti, per esempio, su tutte le truppe che sono state in Kosovo e sulle ricadute che hanno avuto sulle patologie neoplastiche ?

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Sì, assolutamente. Sono i dati che ho mostrato il 7 aprile.

PRESIDENTE. Ai dati che ha mostrato il 7 aprile ci arriviamo fra un po'. Comunque, lei risponda tranquillamente.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Noi chiediamo ogni anno agli Stati maggiori di inviarci l'elenco nominativo del personale impiegato nelle operazioni fuori area e li incrociamo con i dati dei nostri malati che ci arrivano dalla segnalazione dei medici militari. Sulla base di questi incroci stabiliamo che l'aver partecipato a una missione fuori dai confini nazionali in qualche modo è correlato con l'insorgenza di patologia.

Attenzione, però: la correlazione non significa che il fatto che uno sia andato fuori area abbia determinato la patologia, così come non è detto che l'essere il medico dell'Aeronautica comporti la morte per neoplasia.

MAURO PILI. Scusi, lei ha fatto un'affermazione abbastanza delicata. Ha detto che non c'è il nesso causale tra la partecipazione alle missioni all'estero...

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. No, non ho detto questo. Non ho detto che non c'è nesso causale. Ho detto che è difficile stabilire un nesso di causalità. Io faccio uno studio di popolazione e posso dire che sulla popolazione non vedo una maggiore incidenza di... Dopodiché...

MAURO PILI. Mi scusi, ma se lei ha detto del tema di cui si è discusso fino adesso che non osserva quello che succede dopo, come fa a fare quest'affermazione ? O lei l'epidemiologia la segue dalla A alla Z, oppure non può trarre già delle conclusioni del tipo che non si può fare e non si può avere certezza di quello che è successo.

PRESIDENTE. È il punto sul quale farò la proposta operativa quello che ha appena sollevato il collega Pili.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Se posso, il discorso è questo. Io ho l'elenco del personale che è stato impiegato nelle operazioni fuori dai confini

nazionali. Ho la popolazione che si è ammalata, che sto osservando.

MAURO PILI. Che si è ammalata nell'ambito della prestazione del servizio o anche dopo?

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Mentre è in servizio. Questo penso di averlo chiarito abbastanza bene. Mentre è in servizio non significa che lo sto guardando un giorno. Lo sto guardando per decenni. In questi decenni quello che vedo, ed è la conclusione che è stata riportata anche nella memoria, è che sui dati in nostro possesso noi non abbiamo evidenza di una patologia significativa rispetto alla popolazione generale, anzi ne abbiamo un po' di meno.

Questo non entra nel nesso di causalità. Questa è un'osservazione di popolazione...

MAURO PILI. Questi dati che ha fornito sono stati sottoscritti sul piano scientifico e tecnico da lei? Le risultanze di questa vostra analisi sono state sottoscritte...?

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Quest'analisi è stata fatta dall'Istituto superiore di sanità sul lavoro sulla mortalità ed è stata pubblicata su una rivista...

MAURO PILI. Sui vostri dati, però.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Noi abbiamo fornito l'elenco nominativo delle persone. Loro come ce l'hanno l'elenco nominativo delle persone che vanno fuori area? Non ce l'hanno. Gliel'abbiamo dato noi.

L'analisi è stata fatta sui dati ISTAT dall'Istituto superiore di sanità. L'Istituto superiore di sanità ha svolto tutta l'analisi statistica sullo studio SIGNUM. Noi militari abbiamo fatto semplicemente i prelievi in Iraq. Abbiamo fatto i prelievi ematici in Iraq. Lo studio genotossico, lo studio di patologia, l'hanno fatto l'Università di Ge-

nova e l'Istituto superiore sanità. Le analisi le hanno fatte anche altre persone.

PRESIDENTE. Sono costretto a interrompere la seduta. Collega Pili, scusi, ci torniamo secondo una modalità che vorrei proporre subito alla Commissione. La collega Boldrini e la collega Amato tengano a mente. Spero che la loro esigenza possa essere assorbita in qualche modo dalla proposta che intendo fare. Vi chiedo un po' di attenzione.

Caro colonnello, lei ci ha consegnato, il 7 aprile, una ricca memoria, di cui noi abbiamo fatto buon uso. Nelle conclusioni – leggo le conclusioni a beneficio dei colleghi – lei afferma: « Complessivamente, dai dati in possesso dell'Osservatorio epidemiologico della Difesa risulta che, per quanto attiene alla patologia neoplastica del personale militare, l'incidenza globale dei tumori maligni nella popolazione militare nel periodo 1996-2013 nelle classi di età considerate in questo studio appare significativamente inferiore rispetto a quella attesa sulla base del confronto con la popolazione italiana ».

Lei aggiunge: « I dati di sorveglianza riportati nella presente memoria non supportano l'ipotesi che la partecipazione alle missioni fuori area rappresenti un rischio specifico per l'insorgenza di neoplasie nel personale militare, confermando quanto già descritto in letteratura relativamente alle Forze armate di altri Paesi ».

Aggiunge poi: « Per quanto riguarda l'incidenza dei singoli tipi di neoplasia, quando consideriamo la popolazione militare nel suo complesso confrontata con la popolazione civile italiana, i casi osservati del linfoma di Hodgkin nel 2000 e della tiroide nel 2007 sono imputabili a diversi fattori, tra cui rilevanti sembrano essere la combinazione della particolare distribuzione geografica in Italia dei due tipi di neoplasia e la provenienza della maggior parte dei componenti dalle Forze armate e per quanto riguarda i tumori nella tiroide l'aumento di incidenza nel mondo occidentale e l'opera di *screening* adottata nelle Forze armate aggiunge ».

Aggiunge e conclude: « Lo studio retrospettivo sulla mortalità causa-specifica del-

l'intera coorte dei militari inviati in missione nei Balcani chiarisce in maniera definitiva, almeno per quanto concerne la mortalità, che l'aver partecipato a missioni operative in Bosnia o Kosovo non ha determinato un maggior rischio di decessi per patologia neoplastica maligna ».

Non vorrei mancare di rispetto a nessuno, ma mi pare di cogliere una — a dir poco stridente — contraddizione fra le disponibilità miserrime di cui potete godere per sviluppare il vostro lavoro e il peso enorme e infinito di queste affermazioni.

Se posso, con tutto il rispetto, azzardare una sorta di similitudine, ci è stato detto stamattina che voi avete una Cinquecento, ma siete in grado di raggiungere la velocità di una Ferrari. Se non ci fosse il rischio di sembrare irriverenti, visto che stiamo parlando di donne e di uomini e, quindi, di vite umane, credo che, pur non essendo manzoniana, questa similitudine potrebbe anche calzare.

Colonnello, siamo cresciuti in un anno, grazie a Dio, come Commissione. Lei ci ha detto oggi che i mezzi di cui dispone sono estremamente limitati e ha accolto — e di questo ci compiacciamo — con favore il suggerimento che il Vicepresidente Catalano acutamente ha fornito a lei e alla Commissione. Tuttavia, l'Osservatorio, che ha mezzi a dir poco limitati, ha la pretesa di fare affermazioni apodittiche come quelle che ho appena riconosciuto. Non so se mi sto spiegando.

Vorrei proporre ai colleghi il seguente percorso. Dal 7 aprile dell'anno scorso è passato un anno. Credo che ci siamo accorti tutti che è passato un anno. Oggi abbiamo avuto la possibilità di comprendere meglio, anche per il contributo che, in maniera — mi pare — assolutamente leale e corretta il Colonnello De Angelis ci ha potuto fornire, che ciò che noi pensavamo fosse un Osservatorio epidemiologico militare era una cosa diversa, anzi è una cosa diversa.

Propongo ai colleghi il seguente percorso. Lei, gentilmente, caro colonnello, torni fra quindici giorni e ci faccia una relazione aggiornata su ciò che effettivamente è quello che viene chiamato l'Osser-

vatorio epidemiologico militare, alla luce delle domande e delle richieste di chiarimento che le sono state poste. Se crede, sviluppi anche le sue considerazioni, avendo cura, però, di chiarire per iscritto, anche se di ciò che è stato detto stamattina non verrà persa neppure una virgola, i limiti del lavoro che viene fatto dall'Osservatorio epidemiologico militare: perché, per esempio, non disponete di determinati dati, perché vi fermate nel momento in cui il militare va in quiescenza, quali difficoltà avete trovato, da quando avete ritenuto di dovervi rivolgere all'INAIL, da quando avete ritenuto di dovervi rivolgere al Registro dei mesoteliomi e via elencando.

Noi abbiamo necessità di capire tutte queste cose, perché le ricordo che il giorno stesso in cui lei è venuto qui e ci ha consegnato questa relazione i giornali o comunque le agenzie titolavano sulle conclusioni che lei ha portato. Noi ci siamo dovuti misurare e ci misuriamo, quasi fossimo dei pazzi — non riguarda lei — sulle dichiarazioni che voi fate.

Chiariamo che tipo di organismo perviene a determinate conclusioni, in maniera tale che il Parlamento — noi siamo il Parlamento, un pezzo del Parlamento; lo rappresentiamo e al Parlamento dobbiamo riferire — possa sapere come stanno effettivamente le cose.

Lei ritiene entro il mese di febbraio di poterci mettere nella condizione di disporre di questo aggiornamento? Ci descriva l'utilitaria di cui disponete, l'effettiva velocità, il tipo di lavoro che fa, le difficoltà e anche ciò che eventualmente proponete. Per esempio, lei ha trovato interessante la proposta del collega Catalano. Scrivete queste cose. Scrivetele, in maniera tale che sappiamo di che cosa stiamo parlando.

Vorrei sapere se i colleghi concordano su questa mia proposta. La collega Carrozza ha diritto di parlare.

MARIA CHIARA CARROZZA. Grazie, presidente. Volevo chiedere, a questo proposito, un approfondimento da un punto di vista statistico. Vorrei sapere quanto il campione statistico dei militari in servizio su cui viene effettuata l'indagine dall'Osservatorio sia significativo rispetto ai militari

che cessano il servizio e che, quindi, non sono monitorati nell'anno.

Da un punto di vista dell'analisi epidemiologica, pur non essendo un'epidemiologa, so che conta moltissimo il campione statistico, perché le affermazioni che sono state fatte, quelle che ha letto il presidente Scanu poco fa, devono essere avvalorate da una significatività, che non ho sentito mai nominare. Anche nell'interesse dell'Osservatorio, per avvalorare le affermazioni che ha fatto, mi risulta, in pubblicazioni scientifiche è importante che ci faccia vedere i numeri.

PRESIDENTE. Questa è una richiesta, non è una domanda. Forse le colleghe Boldrini e Amato desideravano avanzare una richiesta?

PAOLA BOLDRINI. Volevo aggiungere un'ulteriore riflessione, ma credo che il presidente abbia già avuto lo spunto per decidere di continuare in un'altra audizione.

Viene spontanea un'altra domanda. Poiché i bollettini epidemiologici sono stati tutti pubblicati in Internet dall'Osservatorio e indicano le reali *mission* che devono svolgere, ossia gli studi sull'incidenza tumorale, sul disturbo post-traumatico da *stress*, sullo *stress* lavoro-correlato, come si ottengono, a questo punto, questi dati, se gli accessi agli accessi ai dati sono così complicati? Come possono essere attendibili questi dati? Lo stiamo dicendo perché il presidente ha già anticipato che la relazione che ci avete fornito il 7 aprile, rispetto a tutto quello che stiamo dicendo adesso, di attendibilità potrebbe averne ben poca.

L'ultima domanda è per sapere se il colonnello conosce la direttiva NATO STANAG CBRN.

PRESIDENTE. È una richiesta, quindi non c'è bisogno della risposta. La collega Amato aveva un'altra richiesta.

MARIA AMATO. Volevo sapere se, alla luce di tutta questa discussione, al di là di quanto sia efficiente l'utilitaria — che però non è efficace su tutto il sistema, e l'abbiamo visto — l'introduzione dell'INAIL nella storia lavorativa del militare potrebbe, uniformando il sistema, essere di aiuto a un'efficacia reale degli studi epidemiologici e poi dei cambiamenti di sistema.

PRESIDENTE. Grazie. Mi pare che siamo d'accordo. Quindi, colonnello, lei tornerà, se Dio vuole, il 1° marzo, che è un mercoledì. C'è un impegno già alle 8.30. È probabile che torni alle 14.30, in modo tale da poter rispettare la seduta delle 8.30. Comunque, se Dio vuole, tornerà il 1° marzo.

La ringraziamo. Grazie ai colleghi.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Devo portare una relazione scritta?

PRESIDENTE. Scritta. Poiché, giustamente, potrei anche essermi spiegato male, ci serve l'effettivo stato dell'arte e, quindi, la descrizione. D'accordo?

Grazie, colonnello, a presto.

Dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 9.55.

*Licenziato per la stampa
l'8 febbraio 2018*

PAGINA BIANCA



17STC0029050