

**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

57.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 1° MARZO 2017

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **GIAN PIERO SCANU**

INDICE

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:		Catalano Ivan (CI)	17, 18
Scanu Gian Piero, <i>Presidente</i>	3	Cova Paolo (PD)	13
Seguito dell'esame testimoniale del Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Mini- stero della Difesa, Col. Claudio De Angelis:		De Angelis Claudio, <i>Direttore dell'Osserva- torio epidemiologico del Ministero della Difesa</i> . . .	3, 4, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21
Scanu Gian Piero, <i>Presidente</i>	3, 4, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21	Duranti Donatella (MDP)	16
Boldrini Paola (PD)	12	Pili Mauro (MISTO)	15, 16
Carrozza Maria Chiara (PD)	11, 12, 18, 20	Rizzo Gianluca (M5S)	14, 20
		Comunicazioni del Presidente:	
		Scanu Gian Piero, <i>Presidente</i>	21

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).

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

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

La prima parte dell'esame testimoniale ha avuto luogo nella seduta antimeridiana dello scorso 15 febbraio, secondo le consuete modalità fissate dagli articoli 13, comma 1, e 15, commi 1 e 2 del Regolamento interno della Commissione, in base alle quali il colonnello è audito in qualità di persona informata sui fatti ai fini dello svolgimento dell'inchiesta.

Caro colonnello, le rinnovo il saluto a nome di tutti e vorrei partire leggendo a lei e a tutti i colleghi della Commissione la parte conclusiva, traendola dalla bozza anche se non corretta, ma autentica evidentemente, dei lavori del nostro ultimo incontro.

Avevo fatto queste affermazioni: « 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'Osservatorio 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 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?

Chiariamo che tipo di organismo proviene a determinate conclusioni, in maniera tale che il Parlamento possa sapere come stanno effettivamente le cose ».

Come lei ricorderà, colonnello, io avevo richiamato le affermazioni impegnative, pesanti che erano contenute nella parte finale della sua relazione, svolta lo scorso anno. Le chiedo quindi se lei abbia ritenuto di dover portare alla Commissione una nuova relazione.

Lei ebbe modo di chiedermi se avessimo necessità di una relazione scritta e io le ho detto di sì, ma potrei anche essermi spiegato male. Ci serve l'effettivo stato dell'arte e quindi la descrizione. Le lascio la parola, prego.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Ringrazio tutti voi per avermi ancora voluto ascoltare su questo tema. Io ho portato una relazione scritta, che presento in copia. Non so se devo leggerla.

PRESIDENTE. La legga.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Ho portato anche i documenti in allegato, spero di aver risposto alle domande, fornisco un inquadramento generale di come lavora l'Osservatorio epidemiologico della Difesa. Spero sia esaustivo delle domande, ma sono ovviamente a disposizione per qualsiasi, ulteriore richiesta.

PRESIDENTE. Se facciamo attenzione, il colonnello legge questa seconda relazione.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. L'Osservatorio epidemiologico della Difesa è responsabile della raccolta, analisi statistica, valutazione e diffusione di tutti i dati relativi a morbosità e mortalità del personale del Ministero della difesa. È composto di due sezioni, epidemiologia e statistica.

Attualmente ha un organico di due ufficiali medici, una funzionaria laureata in statistica e un sottufficiale. Si avvale inoltre del supporto di una convenzionata psicologa, che segue le problematiche del suicidio e delle malattie psichiatriche, delle tossicodipendenze, e infine ha un'impiegata civile, un sottufficiale referente informatico organicamente non assegnati, ma della cui opera si avvale l'Osservatorio con una certa continuità. È un supporto che viene dato da Igesan all'attività dell'Osservatorio.

Fra le tematiche trattate, particolare menzione meritano quelle di seguito riportate. Monitoraggio tumori: l'Osservatorio epidemiologico della Difesa svolge un'attività di sorveglianza relativamente alle patologie neoplastiche occorse nel personale militare, sia di quello impegnato fuori dai confini nazionali, sia di quello che ha sempre operato in patria. I dati fanno riferimento a quelli notificati dalle singole Forze armate, a partire dall'anno 1996 fino a tutt'oggi. I dati fino al 2006 sono stati raccolti dal GOI, il Gruppo operativo interforze, che nacque per seguire il Protocollo Mandelli. Dal marzo 2006 nell'attività

di raccolta è subentrato il neo costituito Osservatorio epidemiologico della Difesa.

Nella banca dati sono inserite tutte le segnalazioni pervenute dalle infermerie periferiche delle Forze armate. Inoltre vengono inseriti tutti i dati che provengono da altre strutture sia militari che civili, come ha anche auto-segnalazioni, purché suffragate da documentazione clinica attendibile (cartella clinica, scheda di dimissione ospedaliera, referto istologico, citologico).

Sono stati infine recuperati tutti i dati derivanti da documentazioni afferenti al Servizio contenzioso della ex Direzione generale della Sanità militare, dal 2012 Ispettorato generale Sanità militare, Igesan, relative a pratiche medico-legali e a cause civili e penali intentate dagli interessati contro l'Amministrazione della Difesa dopo il congedo dalle Forze armate.

Dal 2014 i dati in possesso dell'Osservatorio epidemiologico vengono regolarmente incrociati con gli archivi della Direzione generale della previdenza militare della leva, Previmil (ho portato la lettera con cui chiediamo a Previmil di dare accesso a questi dati).

L'Osservatorio procede infine ad un'ulteriore verifica dei dati, incrociandoli con i report delle attività delle CMO del Policlinico militare Celio, e anche in questo caso ho portato la richiesta che è stata il mio primo atto come direttore, perché è firmata dall'ispettore generale della sanità militare, ma ho compilato io come Direttore dell'Osservatorio epidemiologico, per non perdere dati, perché l'obiettivo per noi è ovviamente avere il quadro più completo possibile.

In allegato 2-bis è posta la direttiva dell'allora Direzione generale della sanità militare comprensiva della scheda di notifica di patologie neoplastiche ancora in uso. Siccome c'era stata la richiesta di sapere esattamente cosa venisse chiesto al medico militare in caso di patologie neoplastiche, ho portato la scheda che è ancora in uso.

Devo precisare per pura informazione che noi stiamo rivedendo tutte queste schede e stiamo per uscire con la direttiva nuova, perché abbiamo cercato di informatizzare

(sono dei PDF editabili che è possibile trasmettere per via informatica criptati).

Le modalità di raccolta informazioni sopra esposte consentono di avere un quadro epidemiologico delle neoplasie del personale in servizio, come è stato più volte sottolineato. L'Osservatorio non ha invece accesso ai dati del personale andato in congedo, che non abbia rapporti con articolazioni della sanità militare, come abbiamo...

PRESIDENTE. Cosa vuol dire che non abbia rapporti?

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Il congedato ovviamente è un cittadino italiano, quindi si presenta dove vuole per le sue malattie e per le sue patologie. Non ha alcun obbligo di dimostrare la sua idoneità al servizio nei confronti della sanità militare, quindi non ha alcun obbligo di presentarsi presso...

PRESIDENTE. No, ma qui stiamo parlando di obblighi dell'Osservatorio, non del cittadino.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Noi non possiamo...

PRESIDENTE. L'importante è saperlo. Richiamo a beneficio dei colleghi che « le modalità di raccolta delle informazioni sopra esposte consentono di avere un quadro epidemiologico della neoplasia del personale in servizio. L'Osservatorio non ha invece accesso ai dati del personale andato in congedo che non abbia rapporto con articolazioni della sanità militare ».

Ho voluto sottolineare questo aspetto, perché ricorderete che su questo passaggio cruciale si sono sviluppate altre considerazioni. Prego, colonnello.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Altro problema che seguiamo è il monitoraggio sanitario dei Balcani, il cosiddetto « Protocollo Mandelli ». Questo è

disposto con una legge del 28 febbraio 2001 n. 27, che all'articolo 4-bis chiarisce questo aspetto, consta di una campagna di monitoraggio sulle condizioni sanitarie dei cittadini italiani che a qualunque titolo abbiano operato od operano nei territori della Bosnia Erzegovina e del Kosovo, in relazione a missioni internazionali di pace e di assistenza umanitaria. Non è limitato soltanto al personale militare, ma riguarda anche il personale civile che ha partecipato alle varie missioni.

Tale monitoraggio, l'adesione al quale è su base volontaria (quindi si prospetta più come uno studio che come un Osservatorio epidemiologico, cioè non si lavora più come osservazione epidemiologica, ma come studio di *follow-up*) prevede l'esecuzione di una visita medica e di una serie di test ematochimici per un periodo di cinque anni dopo il termine della missione nell'area balcanica. Tutte le relative informazioni vengono riportate su schede cartacee, specificamente predisposte al riguardo, che affluiscono all'Osservatorio epidemiologico della Difesa.

PRESIDENTE. Scusi, colonnello (siamo in esame testimoniale quindi possiamo permettercelo), questo vuol dire che l'osservazione che viene fatta dall'Osservatorio dura fino a cinque anni successivi. È così?

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Per il Mandelli.

PRESIDENTE. Per il Mandelli, quindi uno c'è stato nel 2001 ed è durato fino al 2006.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Questo è quello che prevede la legge.

PRESIDENTE. È così. Grazie.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Le attività collegate a detto monitoraggio sanitario sono dettagliate in

specifiche relazioni al Parlamento, intitolate «Relazione sullo stato di salute del personale civile italiano impiegato in territori della ex Jugoslavia», predisposta dalla Direzione generale della prevenzione del Ministero della salute e dall'Igesan.

C'è una nota sotto: per sopperire al mancato invio delle relazioni quadrimestrali previste dall'articolo 4-bis della legge 2001 a cura di un apposito Comitato tecnico certificato ministeriale, non riconfermato e quindi decaduto nel 2007.

PRESIDENTE. Cosa vuol dire questo? Che le relazioni non sono mai state fatte?

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Noi mandiamo un aggiornamento continuamente al Gabinetto del ministro, non c'è un Comitato scientifico.

PRESIDENTE. Non c'è il tentativo di mettere in mora nessuno, colonnello, è una domanda molto serena. Questo opportuno richiamo a piè di pagina ci conduce a questa informazione, che le relazioni al Parlamento non sono mai state fatte.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Sono state fatte fino al 2007, quando c'era un Comitato scientifico, in modo regolare come previsto. Successivamente sono state fatte ulteriori relazioni al Parlamento, di cui io non ho contezza. Noi aggiorniamo continuamente i dati, però, se viene fatta una relazione al Parlamento, non la facciamo noi direttamente.

PRESIDENTE. Lei ci sta ricordando che deve essere fatta a cura del Ministero...

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Di un Comitato scientifico che non esiste più, quindi a questo si è soppresso in passato con relazioni a cura dei due Ministeri in coordinamento, Ministero della salute e Ministero della difesa.

PRESIDENTE. Sottolineo la necessità di fare un approfondimento su questo, non c'è bisogno che vi dica perché. Continui, per favore.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Monitoraggio sul fenomeno suicidi. L'Osservatorio epidemiologico della Difesa raccoglie la relativa documentazione sia dei casi tentati che di quelli portati a termine, quindi sia tentativi di suicidio che suicidi effettivamente avvenuti, e la ricerca di uno specifico *database* per la successiva elaborazione da parte del competente Ufficio politica sanitaria generale, Sezione di psichiatria e psicologia di Igesan.

Abbiamo poi il monitoraggio sulle attività di prevenzione delle tossicodipendenze nelle Forze armate. In ottemperanza della normativa vigente in materia di attività di prevenzione delle tossicodipendenze nelle Forze armate vengono richiesti periodicamente alle Forze armate dati aggregati per la predisposizione di una specifica relazione al Parlamento.

In particolare, l'Osservatorio epidemiologico entro il 30 aprile di ciascun anno, dopo aver raccolto i dati aggregati, li inoltra al Dipartimento per le politiche antidroga della Presidenza del Consiglio, il quale li utilizza, unitamente ad una serie di altri elementi informativi comunicati dalle altre competenti amministrazioni dello Stato, oltre al Ministero della difesa, per redigere una relazione al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. A detto Dipartimento viene trasmessa anche una relazione su prevenzione, trattamento e contrasto all'uso delle sostanze stupefacenti, redatto dalla sezione psichiatria e psicologia di Igesan.

Monitoraggio sulle sospette reazioni avverse ai farmaci o vaccini. Si attua attraverso la raccolta dei dati inoltrati da tutte le articolazioni periferiche della sanità militare, attraverso la medesima scheda di segnalazione contemplata in ambito civile (decreto ministeriale del 2003).

Le schede pervenute all'Osservatorio epidemiologico della Difesa vengono quindi analizzate e i relativi dati inseriti sia in uno specifico *database* interno, sia sulla piatta-

forma informatica dedicata dell'AIFA attraverso una password *ad personam* rilasciata a me in quanto Direttore dell'Osservatorio epidemiologico della Difesa. Pertanto, l'Ufficio SMD di Igesan, attraverso il dipendente Osservatorio epidemiologico della difesa, rappresenta l'interfaccia con l'AIFA per quanto attiene le comunicazioni di reazioni avverse nell'ambito della farmacovigilanza segnalate dalla sanità militare.

Oltre a queste principale attività, ce ne sono ovviamente altre. Intanto il progetto Sisad (Sistema Informativo Sanitario Amministrazione Difesa). Nell'ambito del Comitato tecnico, board interforze costituito dallo Stato Maggiore della Difesa, Igesan, per coordinare le esigenze funzionali delle singole Forze armate e dei carabinieri in materia sanitaria con quelle tecniche di tipo informatico relative al sistema informatico sanitario dell'amministrazione della difesa, il Direttore e il capo sezione epidemiologia dell'Osservatorio epidemiologico Difesa rivestono il ruolo rispettivamente di Presidente e di membro segretario di questo board.

Igesan ha elaborato una direttiva sul funzionamento del Sisad firmata dal signor Capo di Stato Maggiore della Difesa, che è l'ulteriore allegato. Inoltre, è in fase di realizzazione il Portale sanità intranet, nato con l'esigenza di collocare applicazioni di utilità per gli operatori sanitari quali il *software* per il calcolo dell'indice di rischio cardiovascolare, il prontuario farmaceutico e un *software* per la crittografia dei documenti sanitari, che consentirà la trasmissione dei dati sanitari in sicurezza nell'ambito del protocollo informatico della Difesa.

Questo è un progetto a cui tengo particolarmente e che è in via di realizzazione, quindi non posso dare una data, però penso in tempi piuttosto rapidi, che secondo me costituisce una cornice molto importante per l'informatizzazione della sanità militare, cioè l'accesso da parte di tutti gli operatori sanitari di un portale sanità, nell'ambito del quale ci sono molti strumenti di lavoro, tra cui la connessione al Sisad, la

connessione per questa modalità di criptazione dei dati.

Noi stiamo predisponendo tutti questi moduli di notifica in formato PDF editabile, in modo che il medico possa lavorare da questa piattaforma direttamente e spedire direttamente agli organi competenti e con l'uso della CMD medica, in modo tale che la possa spedire e ricevere soltanto un medico, questo a sicurezza dei dati sanitari trasmessi. Credo che questo sia un progetto molto interessante per noi.

Il fine ultimo del progetto Sisad è quello di poter disporre di un'unica e condivisa banca dati sanitaria, utilizzabile da tutte le corrispondenti articolazioni dell'amministrazione della Difesa, cioè il Sisad non serve all'Osservatorio epidemiologico della Difesa, ma serve a tutta la sanità militare ad ogni livello, quindi a livello di singola Forza armata, a livello locale perché a livello locale si hanno le informazioni per la cura e l'assistenza del nostro personale, a livello di Forze armate e a livello centrale per la raccolta dei dati.

Fuori area all'Osservatorio epidemiologico della Difesa vengono inviate copie delle comunicazioni relative alle patologie insorte durante le attività dei contingenti operanti fuori dai confini nazionali, con schede non nominative e dati aggregati. Inoltre perviene all'Osservatorio la reportistica inerente gli sgomberi per motivi sanitari da tutti i teatri operativi esteri, che transitano presso il Policlinico militare Celio di Roma.

Abbiamo poi un'attività di ausilio per l'attività di altri enti e organismi istituzionali, interrogazioni parlamentari, Commissioni parlamentari d'inchiesta, autorità giudiziarie. Poi abbiamo il capitolo delle attività di studio con enti esterni all'amministrazione della Difesa, e veniamo ai nostri progetti di studio.

La sorveglianza epidemiologica dei tumori nella popolazione militare impegnata in Bosnia Erzegovina e nel Kosovo, progetto cosiddetto SEBAL, cioè Sorveglianza Epidemiologica Balcani, in collaborazione con il Ministero della salute e Ispettorato superiore di sanità. Il progetto di ricerca è svolto sulla base di una collaborazione tra

Osservatorio epidemiologico della Difesa, Ministero della Salute e Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, il CNESPS, dell'Istituto Superiore Sanità. Il suo scopo è quello di definire, tramite due studi epidemiologici retrospettivi di coorte, la morbosità e la mortalità per malattie neoplastiche maligne nel personale militare impegnato nelle missioni di pace nei Balcani.

Per entrambi gli studi sono stati identificati due gruppi di soggetti, la coorte Balcani costituita da militari impegnati in operazioni di pace in Bosnia e Kosovo nel periodo compreso tra il 1995 e il 2004, e una coorte di controllo, costituita da militari dell'Arma dei Carabinieri mai impiegata in alcuna missione nei teatri operativi, quest'ultima utilizzata come popolazione di riferimento proprio per bypassare il problema dell'*healthy worker effect*, quindi abbiamo una popolazione facilmente confrontabile se non per il fatto di essere andato o non essere andato nei teatri operativi esteri.

La prima parte del progetto corrispondente allo studio di mortalità si è conclusa nell'ottobre 2012 e non ha evidenziato alcun eccesso di rischio per neoplasie maligne nella coorte militare impegnata in missione nei Balcani. Lo studio ha dato origine ad un articolo pubblicato su riviste internazionali, di cui una copia è stata già data a questa Commissione il 7 aprile 2016, quindi lo studio si è concluso.

Il successivo studio sulla morbosità di prossimo inizio, in collaborazione con il Ministero della salute e l'Istituto superiore di sanità, è basato sull'analisi delle schede di dimissione ospedaliera provenienti da tutti i nosocomi italiani, che saranno linkate con i dati delle sopraccitate coorti. La relativa convenzione che autorizza l'effettuazione dello studio è allegata e attualmente all'attenzione del Ministero della salute, quindi stiamo aspettando che il Ministero la firmi. Da parte nostra non c'è alcun ostacolo già dal 2014, come si vede dalla lettera del Gabinetto del Ministro.

Il 23 febbraio 2017, quindi pochi giorni fa, abbiamo avuto una riunione tecnica presso il Ministero della salute per le definizioni di dettaglio relative allo svolgi-

mento dello studio, con mia grande felicità perché è la prima riunione che facciamo da quando sono direttore dell'Osservatorio, quindi riusciamo finalmente a concretizzare lo svolgimento di questo studio, ma assicuro non certo per problemi legati alla Difesa, ma per ostacoli di vario tipo che non conosco, e comunque sembrano non esserci ulteriori ostacoli, quindi spero che questo lavoro si faccia rapidamente.

Io sono già in contatto con la dottoressa De Angelis, mia omonima ma non mia parente, dell'Istituto Superiore di Sanità, con la quale siamo già d'accordo di operare in modo tale di avere intanto esattamente la stessa coorte di persone, che comunque è molto popolosa perché parliamo di oltre 70.000 persone andate nei Balcani e oltre 100.000 persone nel gruppo di controllo, quindi parliamo di città in sorveglianza epidemiologica, e avremo sulla stessa popolazione i dati di morbosità e di mortalità.

Per la mortalità già ho riferito, abbiamo dei dati che ci dicono che c'è il 50 per cento in meno di mortalità su questa popolazione, però noi vogliamo aggiornare il dato di mortalità, perché ovviamente nel frattempo è passato del tempo e questo studio ci dà l'occasione di aggiornare il dato e vedere come stanno andando le cose nel prosieguo del tempo. È quindi la stessa popolazione seguita fino ad oggi con i dati di mortalità e morbosità, in modo da avere un quadro il più completo possibile.

Progetto Signum: è stata chiesta la disponibilità all'Istituto superiore di sanità perché già coordinatore del precedente studio Signum ad elaborare i dati relativi al *follow up* clinico del personale che ha aderito allo studio in questione al termine dei dieci anni di osservazione già previsti dal protocollo. Siccome sono scaduti i dieci anni di *follow up*, abbiamo chiesto all'istituto di procedere a questo tipo di analisi. L'istituto ha recentemente espresso la disponibilità alla collaborazione. Anche questa è una cosa che ci hanno risposto in questi giorni, il 24 febbraio...

PRESIDENTE. Come mai queste coincidenze così...

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Difatti è molto interessante. Noi la richiesta l'abbiamo fatta il 7 luglio.

PRESIDENTE. Non so se i colleghi abbiano avuto modo di constatare che in cinque minuti abbiamo avuto due buone notizie: lo scorso mese di febbraio miracolosamente sono state sbloccate due cose che non erano mai partite.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Tengo a sottolineare non da parte della Difesa.

PRESIDENTE. No, i miracoli avvengono.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. E sono contento che i miracoli avvengano, perché le assicuro che temo di essere denunciato per *stalking* da parte di tutte le altre amministrazioni, perché penso di aver rovinato la vita a un sacco di gente!

PRESIDENTE. Non stiamo discutendo sulla sua solerzia, colonnello, il problema è molto più complesso.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Assolutamente d'accordo.

PRESIDENTE. Grazie a Dio per questi miracoli.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Io ringrazio anche la Commissione per quello che è riuscita a fare.

Il Progetto Cuore mi preme molto perché io sono cardiologo. Nell'ambito delle attività dell'Osservatorio è in corso una collaborazione scientifica con l'Istituto Superiore di sanità per la valutazione sulla popolazione militare dell'epidemiologia dei fattori di rischio cardiovascolare. È alla firma un'apposita convenzione, che consentirà tra l'altro l'utilizzo dell'algoritmo del

calcolo del punteggio individuale del rischio cardiovascolare e le successive indicazioni per il miglioramento dello stile di vita, atte a ridurre il rischio stesso.

Il testo della convenzione è posto in allegato 7. Anche su questo spero che a breve avremo risposta, visto che abbiamo rinfocolato il discorso. Questa è una cosa molto importante, tengo moltissimo a questo protocollo perché ho degli interlocutori di altissimo valore all'Istituto superiore di sanità come la professoressa Giampaoli, con la quale collaboriamo ormai da diversi anni, perché prima di diffonderlo per tutta la sanità militare io ho lavorato per diffonderlo all'interno della mia Forza armata, l'Aeronautica militare, e ci siamo riusciti.

Attualmente tutto il personale che va all'Istituto di medicina aerospaziale di Roma e di Milano riceve la Carta del rischio cardiovascolare, e questo è un fatto importante perché invita il nostro personale a correggere il proprio rischio e abbiamo visto, quando a un anno di distanza alla nostra Giornata epidemiologica della Difesa abbiamo portato i dati, che questo progetto è in grado di ridurre alcuni fattori di rischio cardiovascolare nella nostra popolazione, cosa importante perché non è soltanto per la patologia cardiovascolare, ma anche per la patologia neoplastica, perché i fattori di rischio sono gli stessi. Quando parliamo di prevenzione neoplastica, parliamo anche di prevenzione cardiovascolare, stiamo parlando dello stesso problema.

Veniamo al Progetto Mesoteliomi in collaborazione con l'INAIL. Il mesotelioma, avendo una lunga latenza dal momento dell'esposizione, colpisce prevalentemente personale in quiescenza. Infatti dai dati del Quarto rapporto del RENAM (ma adesso ne è uscito anche un quinto) risulta che l'età media delle diagnosi è 69,2 anni. Fino a 45 anni la malattia è rarissima e la percentuale di casi con un'età di diagnosi inferiore a 55 anni è pari al 9,4 per cento del totale. La mediana di cadenza è 46 anni.

Per ovviare a questa inevitabile carenza di informazioni sulla reale epidemiologia

della malattia del personale della Difesa si è concordato con l'INAIL un progetto di studio finalizzato ad estrapolare dai *database* dei COR, Centri operativi regionali appositamente costituiti per la sorveglianza dei mesoteliomi, i casi attribuibili alle attività lavorative svolte nell'ambito dell'amministrazione Difesa.

Il progetto è attualmente alla valutazione del Comitato paritetico INAIL Segredifesa ed è posto in allegato 8. Questo è quello che abbiamo concordato con il dottor Marinaccio che citavo l'altro giorno, che è responsabile della Rete nazionale mesoteliomi. Purtroppo questo è un progetto e come tale è stato presentato, non ho un riferimento di data, ma vi assicuro che è stato coordinato nel giugno 2015.

Passiamo adesso alla divulgazione scientifica, che è altro programma dell'Osservatorio. L'Osservatorio epidemiologico della Difesa pubblica periodicamente sul *Giornale di medicina militare* specifici bollettini epidemiologici, riportanti i risultati delle analisi effettuate. Ho messo il *link* del sito internet dove sono disponibili. Stato Maggiore della Difesa Igesan ha istituito la Giornata epidemiologica della Difesa, evento ECM, Educazione continua in medicina, accreditato nel percorso formativo e di aggiornamento per medici e operatori sanitari dal Ministero della salute. Alla data odierna sono stati svolti due eventi, nel 2015 e nel 2016, con relatori provenienti da prestigiose università e istituzioni accademiche e scientifiche (Università La Sapienza, Università Cattolica del Sacro Cuore, Università di Genova, Università dell'Aquila, AIRTUM, Istituto superiore di sanità, AIFA, Ministero della salute).

Viene richiesta alle Forze armate la disponibilità — rientra anche questo nella nostra attività — a svolgere lezioni presso le loro Accademie e le Scuole di applicazioni per il personale sanitario, ai fini della diffusione dei dati epidemiologici, e la sensibilizzazione di medici e infermieri alla corretta modalità di notifica all'Osservatorio epidemiologico. Il primo ciclo di lezioni è stato già svolto presso la Scuola sottufficiali di Marina militare di Taranto, presso l'Accademia militare della Marina militare di

Livorno, presso l'Istituto di perfezionamento e addestramento in medicina aeronautica e spaziale dell'Aeronautica militare.

Ho aggiunto delle considerazioni sull'efficacia delle azioni, come mi è stato suggerito di fare. I concetti penso di averli già espressi, ma voglio ribadirli. Le informazioni in possesso dell'Osservatorio epidemiologico della Difesa fanno riferimento essenzialmente al personale in servizio, in quanto all'atto del congedo tutte le incombenze sanitarie ricadono sul Servizio sanitario nazionale. La sanità militare non ha infatti più alcun potere dispositivo e conseguente di controllo su detto personale transitato in congedo.

L'acquisizione di dati può infatti avvenire solo in ottemperanza a quanto disposto dal Codice in materia di protezione dei dati personali, decreto-legge del 30 giugno 2003. L'unica azione di controllo sullo stato di salute del personale militare in congedo è quella prevista dalla già citata legge istitutiva del cosiddetto Protocollo Mandelli, che — si ricorda — si fonda su adesione volontaria, quindi non è un panorama completo, ma chi vuole partecipa e chi non vuole non partecipa, come a tutti gli studi scientifici di questo mondo.

Ciò giustifica la sottonotifica evidenziata da Peragallo ed altri nel personale più anziano. Ho citato due lavori di studio di ufficiali medici dell'Esercito che vertono su questo problema che ci siamo sempre posti ovviamente. In un recente studio effettuato solo sul personale dell'Esercito, che comunque rappresenta la quota più consistente, gli stessi autori avevano evidenziato che nel periodo 1996-2003 la quota di personale congedato rappresenta mediamente il 25 per cento del totale della coorte, quindi una popolazione non indifferente ai fini della completezza delle notifiche.

Tale fenomeno si è comunque considerevolmente ridotto dopo il 2004, con il termine del servizio di leva. La quota parte del servizio di leva era quella che maggiormente preoccupava, perché era un giovane esposto all'ambiente militare che poi perdevamo di vista più rapidamente. Sarebbe quindi altamente auspicabile la possibilità

di collegare stabilmente il fascicolo sanitario del cittadino con l'equivalente fascicolo sanitario del militare, con trasferimento bidirezionale dei dati. Permangono a tal fine ostacoli legislativi inerenti la protezione dati sanitari e sensibili, sulla quale noi ovviamente non abbiamo competenza.

Altro punto sull'efficacia dell'azione. Io non posso come direttore dell'Osservatorio epidemiologico non dire che sarebbe meglio avere più personale, penso che chiunque lavori in un ambiente vorrebbe un esercito dietro che lavorasse per lui, perché una più consistente configurazione organica consentirebbe una celerità di espletamento e lo sviluppo di nuovi campi e tematiche di prevedibile interesse futuro per l'Osservatorio e per l'amministrazione della Difesa in generale.

Cito come al solito l'esempio delle malattie cardiovascolari, che rimangono ancora la prima causa di morte in Italia, e il lancio del progetto Cuore sopra citato consentirà di avere per la prima volta nel nostro Paese un'intera popolazione lavorativa seguita nel tempo per quanto riguarda sia l'incidenza di fattori di rischio che gli eventi cardiovascolari, quindi proprio la malattia (l'infarto del miocardio, l'ictus, la vasculopatia periferica). Il raggiungimento di tale obiettivo richiederà sicuramente risorse umane aggiuntive.

PRESIDENTE. Noi la ringraziamo, colonnello, per questa relazione che ha voluto offrire alla valutazione della Commissione.

Abbiamo ancora venti minuti a disposizione, quindi procederei a un primo giro di domande e poi avrei una proposta conclusiva da sottoporre alla valutazione di tutta la Commissione.

Collega Carrozza, a lei la parola.

MARIA CHIARA CARROZZA. Grazie, presidente. Volevo fare una domanda che riguarda questa adesione volontaria allo *screening*, al *follow up* che lei ha appena descritto nell'ultima parte della sua presentazione.

CLAUDIO DE ANGELIS, Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa. Del Mandelli?

MARIA CHIARA CARROZZA. Sì. Volevo chiedere come avviene questa adesione volontaria, perché ad esempio quando ci sono gli *screening* a livello regionale tutti ricevono una lettera che spiega l'importanza di fare questa cosa, c'è una forte mobilitazione per cui si riesce ad arrivare a coperture anche molto alte, quindi vorrei sapere che metodo utilizzate per motivare le persone ad aderire volontariamente a questo protocollo, perché poi da lì viene la validità statistica dello studio stesso. In due parole, se mi dice cosa significa protocollo Mandelli, perché mi è sfuggito. Grazie.

CLAUDIO DE ANGELIS, Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa. Il Protocollo Mandelli è stato istituito con una legge e prevede l'effettuazione di visite mediche e di controlli ematochimici, tra cui per esempio il dosaggio degli ormoni tiroidei e l'effettuazione di esami come le transaminasi LDH, perché pensando a problemi di malattie ematologiche l'LDH è un enzima che si muove facilmente in queste condizioni.

L'adesione è su base volontaria. I nostri medici e anche il nostro personale vengono avvisati che c'è questo protocollo che, se vogliono, possono seguire. Non tutti lo fanno, però sta in tutti gli studi scientifici, di ricerca, non si può costringere la gente a partecipare.

A prescindere dal Protocollo Mandelli, il nostro personale viene visitato per il rientro dopo l'impiego fuori area, quindi abbiamo comunque un monitoraggio. A parte che il nostro personale viene sempre monitorato, perché tra medicina del lavoro, idoneità alle varie attività che noi abbiamo, non le dico nel nostro caso per i piloti che fanno le visite ogni sei mesi, quindi forse esageriamo, però c'è un monitoraggio continuo del nostro personale a prescindere dal monitoraggio Mandelli. Il Protocollo Mandelli fu ipotizzato proprio sulla base delle risultanze della Commissione Mandelli e prevede questo tipo di controllo: una visita medica e degli esami ematochimici.

MARIA CHIARA CARROZZA. E la copertura di questa statistica qual è?

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. In questo momento non posseggo il dato di quanti tra quelli che sono andati fuori area aderiscano al Mandelli, però posso fornirlo.

PRESIDENTE. Comunque abbiamo capito che dal 2007 non vengano presentate le relazioni al Parlamento.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. No, forse ci sono state successivamente... non esiste il Comitato scientifico.

MARIA CHIARA CARROZZA. Perché non esiste il Comitato scientifico? Questo è suscettibile di essere oggetto di un'interrogazione da parte nostra.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Se posso fare solo un commento personale, per gli scopi di cui stiamo dibattendo il Protocollo Mandelli ha una sua validità ovviamente, ci mancherebbe, però non è un panorama epidemiologico molto definito. È molto più preciso...

PRESIDENTE. Grazie, colonnello, approfondiremo questo aspetto. Collega Boldrini, prego.

PAOLA BOLDRINI. Grazie, colonnello De Angelis, perché con questa relazione abbiamo capito di più rispetto alle attività di cui si occupa l'Osservatorio epidemiologico. Due in particolare, perché magari gli altri colleghi si soffermeranno su altre, una sul monitoraggio dei fenomeni dei suicidi, in quanto l'Osservatorio epidemiologico raccoglie la relativa documentazione.

Mi piacerebbe sapere se la relativa documentazione sia rappresentata dalle segnalazioni che provengono dai reparti, se siano raccolte da medici competenti e se siano inserite relativamente ai documenti di valutazione del rischio, quindi se ci siano delle segnalazioni relativamente ai casi che succedono, che sono comunque elaborati

dalla sezione di Psichiatria e psicologia di Igesan.

Questo mi interessa molto, perché nei nostri numerosi sopralluoghi il dato dal punto di vista psicologico non è mai emerso, non sono mai emerse queste situazioni, invece a volte agli onori della cronaca ci sono questi casi anche importanti.

Lei ha inserito il Progetto Cuore e questo mi fa molto piacere, perché la prevenzione è importante sia per quanto riguarda la qualità e gli stili di vita, però le vorrei chiedere (magari lo avete già fatto e ne sarei molto felice) se facciate anche una differenza di genere, visto che i Corpi militari adesso hanno anche il Corpo femminile, quindi vorrei capire se abbiate tenuto in considerazione il tema della medicina di sesso e genere nella valutazione della prevenzione.

Lei infatti sa molto bene, essendo cardiologo, che Bernardine Healy nel 1991 individuò la differenza delle sintomatologie cardiovascolari negli uomini e nelle donne, dove il sesso è predominante come differenziazione dell'apparato anatomico del cuore e quindi le sue sintomatologie e tutti i fattori ormonali, e il tema del genere, quindi il ruolo che la donna sia essa militare e anche nella famiglia ha un'aggravante ulteriore della sua salute cardiovascolare.

Poiché state collaborando con l'Istituto Superiore di sanità, che ha già istituito il Centro di riferimento nazionale di medicina di genere con il professor Malorni, è molto importante raccogliere anche i dati delle donne che fanno parte del Corpo militare. Grazie.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Grazie a lei perché mi fa una domanda a cui sono molto legato. La collaborazione con l'Istituto superiore di sanità è proprio questo, cioè loro avranno accesso libero ai dati, ovviamente anonimi, come si usa fare negli studi di questo tipo, a tutto il nostro personale. Le analisi le farà la professoressa Giampaoli con il suo gruppo su tutti questi aspetti, compresa la differenza di genere, quindi questa è una cosa su cui siamo già ben orientati.

C'è da dire che abbiamo donne per lo più giovani, perché sono entrate da poco e sono più giovani, quindi il problema è meno evidente, sicuramente avremo dati meno importanti dal punto di vista del *follow up* nell'età, però consideri che la nostra popolazione verrà poi seguita dall'Istituto superiore sanità anche dopo, perché questa è una banca dati che ovviamente loro possono proseguire.

Noi abbiamo impostato il nostro protocollo con controlli quinquennali fino a una certa età, fino a che non si supera un fattore di rischio pari a 3, dopodiché si passa a un controllo annuale. Dopo i 50 anni è facile avere un rischio 3, quindi sopra una certa età il controllo verrà fatto annualmente. Se introduciamo questo anche nella mentalità del militare, probabilmente anche quando andrà in congedo continuerà a controllarsi.

Quanto al problema suicidio, a noi viene comunicato non dal medico competente, ma dal dirigente del Servizio sanitario delle singole basi. Il medico competente è competente per la medicina del lavoro, noi parliamo di infermeria di reparto in questo caso. Il responsabile è il dirigente del servizio sanitario e ha l'obbligo di mandarci una documentazione molto complicata, una scheda Opas, che se volete posso anche portarvi, per lo studio dei casi di tentativo o di suicidio riuscito.

Se lei è interessata, sul nostro sito abbiamo una relazione sul fenomeno dei suicidi. Abbiamo tenuto in una delle giornate epidemiologiche della Difesa un'intera sessione dedicata al problema del suicidio con il Centro di suicidologia del Sant'Andrea.

PAOLO COVA. Grazie, colonnello, per l'intervento. Mi scuso con lei e con i colleghi perché non sono un esperto di epidemiologia, quindi forse le mie considerazioni saranno sbagliate. Lei ha più volte ribadito sia oggi che la volta scorsa come non riusciate ad accedere ai dati dopo il congedo, per cui c'è questa difficoltà, quindi lei come responsabile dell'Osservatorio epidemiologico può dire che effettivamente stiate svolgendo degli studi epidemiologici scientificamente seri? A questo punto mi sorge questo dubbio. Il fatto di non poter

raccogliere tutti i dati mi porta a dire che su alcune cose non viene svolto un vero studio epidemiologico, se non limitato. Questa è la mia impressione.

Non vorrei che la mia seconda domanda condizionasse la prima risposta, però non sarebbe meglio che questi studi epidemiologici fossero fatti da un altro ente che può avere accesso a tutti i dati anche quando i militari sono andati in congedo?

A questo punto mi sembra che, per fare uno studio epidemiologico serio, si debba partire da chi è in grado di conoscere tutta la vita del cittadino e di fare uno studio sulla coorte militare che ha fatto certe cose e che poi ha svolto la vita da cittadino. Partendo da questa considerazione sarebbe più facile avere uno studio epidemiologico completo, partendo dalla vita militare e non potendo arrivare a quella da cittadino congedato mi sembra che non si riesca ad arrivare, per cui vorrei conoscere la sua opinione su questo. Io ho percepito questa sensazione. Grazie.

PRESIDENTE. Colonnello, il collega non le sta chiedendo di rendere un'aperta confessione, però mi pare che lo spirito della domanda sia assolutamente costruttivo, senza che questo implichi un giudizio sulla serietà. Mi pare che il collega volesse porsi il problema della effettività delle cose dichiarate, quindi dell'efficacia che ne discenderebbe, avvantaggiato anche dal fatto che lei sia un bravo cardiologo, quindi abbia una competenza scientifica acclarata.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Io però penso di aver più volte detto questo e proverò a dirlo nel modo più tranquillo e più chiaro possibile: la nostra osservazione su tutto il personale militare secondo me è efficace, non esiste un'altra amministrazione dello Stato, un altro ente, un'altra struttura che abbia questo controllo sanitario del proprio personale. Io non la vedo, ditemi se esiste un'altra struttura, non so a chi rivolgermi per avere la completezza dell'informazione, ma non credo che esista.

L'INAIL raccoglie le denunce di malattia professionale, di infortuni, ma non ha un

quadro epidemiologico. Noi lo facciamo a prescindere dalla causalità, a noi basta che arrivi la diagnosi e la mettiamo nel nostro database, che è la vera epidemiologia.

L'adesione al Protocollo Mandelli è un'adesione volontaria, e le dico il mio caso personale: io ho aderito soltanto alla prima visita del Protocollo Mandelli, poi non le ho fatte più perché avevo altre 10.000 visite. Io sono sperimentatore di volo, dovrei fare la visita ogni anno per l'idoneità a sperimentatore di volo, quindi è ridondante, facciamo tante di quelle visite che non credo che esista un'altra popolazione così sorvegliata dal punto di vista sanitario come la nostra.

La nostra osservazione epidemiologica è efficacissima secondo me. Poi ovviamente lei dirà che sono un ciarlatano, io mi metto nelle condizioni peggiori, sono un medico militare, quindi già godo di poca stima in quanto militare...

PRESIDENTE. Scusi, colonnello, siccome questo è un esame testimoniale e lei dice di godere di poca stima in quanto militare, ma lei non si riferisce alla Commissione, quindi esclusa la Commissione...

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. No, esclusa la Commissione. Io sono contento se avete stima di me, ne godo.

PRESIDENTE. L'importante è che lei non pensi che questa Commissione non abbia stima di lei in quanto militare e non abbia stima dei militari, perché si dà il caso che questa Commissione si occupi proprio della salute dei militari.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Io ho già ringraziato pubblicamente dell'azione di questa Commissione.

PRESIDENTE. Bene, però, siccome le parole sono pietre quando sono dette in maniera molto esplicita, lei ha chiarito che non si riferisce alla Commissione.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. È un esame testimoniale, poi in privato le dirò...

PRESIDENTE. Però lei adesso in pubblico mi sta dicendo che non si riferiva alla Commissione.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. No, assolutamente, dicevo in generale. Noi raccogliamo tutti i dati sul personale in servizio, e questo significa una fetta di vita non trascurabile, cioè non è un dato accessorio. I più grandi studi epidemiologici controllano il personale per un periodo limitato nel tempo, seguirlo in tutta l'attività lavorativa è un impegno grande che si è data l'amministrazione e io non credo che questo sia trascurabile, al di là dei meriti personali di chi ci si impegna, ma proprio come istituzione va riconosciuto l'impegno a seguire seriamente il nostro personale.

Che poi ci manchi l'ultimo pezzo di vita, cioè dal congedo in poi, facciamo in modo che possiamo seguire anche quello, però non dipende da noi, le assicuro, esistono norme che non ci consentono questo. Se verrà modificato questo, è perfetto, avremo un panorama completo

GIANLUCA RIZZO. Grazie, presidente, farò due rapidissime domande. Vorrei sapere se l'ipotetico militare a cui non viene riconosciuta la causa di servizio venga conteggiato come malato nel computo che fate, e poi come vengono considerati i casi di congedo per patologia.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Noi raccogliamo diagnosi a prescindere dall'eventuale nesso causale con l'attività di servizio o meno, non facciamo questo tipo di analisi perché noi siamo Osservatorio epidemiologico, attribuire il riconoscimento della causa di servizio per una patologia è un problema medico-legale. Una volta fatta la diagnosi ci arriva la diagnosi, punto, quindi noi prendiamo qualsiasi dia-

gnosi su qualsiasi condizione, compreso anche il congedo per malattia. Grazie a questo intervento con la CMO, è la CMO che dice non più idoneo al servizio militare e ci segnala il motivo sanitario.

Io non sono interessato a sapere in quanto Osservatorio se c'è un provvedimento medico-legale definito, a me interessa la patologia, quindi l'importante è che mi arrivi la diagnosi, e questa ci arriva sempre.

MAURO PILI. Grazie, presidente. La prima domanda è la richiesta di una risposta secca, sì o no. L'Osservatorio ha elementi a sufficienza per escludere il nesso causale tra l'esposizione in aree come i Balcani e l'insorgenza di patologie neoplastiche ?

PRESIDENTE. Scusi, colonnello, il collega Pili è sardo come me e ogni tanto gli scappa la frizione. Lei non è tenuto a dire sì o no, lei è tenuto a dare una risposta veritiera, quindi, se deve articolare la risposta, l'articoli come meglio crede.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Rispondere sì o no diventa complicato, nel senso che noi facciamo studi di popolazione. Lo studio di popolazione non può arrivare al dettaglio del nesso causale di ogni singolo caso, noi facciamo una valutazione di nesso causale di popolazione, per cui dico che la persona esposta a questo ambiente o la persona che svolge questa attività ha più o meno probabilità di andare incontro a neoplasie. Questo lo possiamo fare.

Sul singolo caso nesso causale diretto, Mario Rossi esposto all'ambiente di Pristina se ha sviluppato un tumore, io questo non lo posso dire, non ho nessun elemento per dirlo e non è mio compito.

MAURO PILI. Lei conferma questa affermazione: « significativamente i militari andati fuori area muoiono meno del personale militare rimasto in Italia » ?

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Questa affermazione l'ha fatta l'Istituto Superiore di sanità, è in un articolo

pubblicato che io ho citato più volte anche oggi. Avete già una copia dell'articolo.

PRESIDENTE. Il collega non le ha chiesto se ricorda chi abbia fatto questa affermazione, le ha chiesto se lei conferma.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Confermo. Sono i dati che ci fornisce l'Istituto Superiore di Sanità su dati Istat. Io non so come altro supportare... sono dati scientifici. In realtà il lavoro dimostra che i militari che hanno prestato servizio in missione nei Balcani hanno una mortalità per neoplasie pari alla metà della popolazione generale italiana (come più volte ricordato in altre audizioni) e una mortalità non diversa da quella della popolazione militare che non ha mai partecipato alle missioni fuori area (gruppo di controllo).

PRESIDENTE. Basta che lei risponda.

MAURO PILI. Le risultano nell'area del Kosovo 4.000 patologie neoplastiche riscontrate ? Nell'area dei Balcani, ovviamente di militari italiani.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Ho già fornito i dati: a noi risultano fra tutti i militari dal 1996 a oggi in tutti i dati che sono afferiti all'osservatorio 5.000 e più casi di neoplasie. Sull'area dei Balcani adesso a memoria non ricordo, se vuole...

PRESIDENTE. Collega Pili, vuole circoscrivere meglio la domanda ?

MAURO PILI. No, grazie, ascolto la risposta.

PRESIDENTE. È una richiesta mia a beneficio della Commissione.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. I 5.000 sono il totale dei casi di neoplasia segnalati all'Osservatorio epidemiologico in questo intervallo temporale, a prescindere dall'impiego del personale, cioè

se dei Balcani o rimasti sempre a casa, a prescindere, sono i casi segnalati all'Osservatorio.

MAURO PILI. Avete un dato sulla tempistica dell'insorgenza di malattie neoplastiche in questi militari e questi nella tempistica sono tutti gran parte fuori dal vostro campo di analisi temporale ?

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Se abbiamo il dato vuol dire che sono nel nostro arco temporale, quindi li abbiamo visti. Noi abbiamo fatto uno studio sul tempo di latenza, cioè preso come tempo zero l'invio (immagino che il problema sia fuori area) fuori dai confini nazionali, abbiamo visto nella nostra popolazione di malati quando nascevano i tumori, per vedere se ci fosse un intervallo caratteristico, ma non abbiamo trovato un intervallo caratteristico, non c'è un tempo di latenza definito.

Si distribuisce omogeneamente, quindi non c'è un tempo definito d'insorgenza della patologia. Ci sono dei casi in cui la neoplasia è stata scoperta addirittura durante il fuori area, quindi sono stati rimpatriati per questo motivo, evidentemente il tumore era insorto prima, però non esiste un tempo di latenza caratteristico.

PRESIDENTE. Se il collega Pili ha terminato, chiederei un chiarimento. Io finisco oggi di svolgere la mia attività come militare e domani mi ammalo, voi avete contezza della mia malattia ?

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Se lei decide di tornare nel nostro... perché magari fa domanda, fa una causa di servizio.

PRESIDENTE. No, io sono fuori. Avete contezza ?

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. No, se è fuori e non torna nelle nostre strutture per qualsiasi motivo, no.

DONATELLA DURANTI. Colonnello, le volevo chiedere, a proposito del Progetto Mesoteliomi in collaborazione con l'INAIL, siccome nella relazione dice che il progetto è attualmente alla valutazione del Comitato paritetico INAIL Segredifesa, volevo capire quando avete avviato questo progetto, a che punto siamo e se lei sia a conoscenza delle difficoltà per cui stenta a partire, quando pensa che possa dare dei risultati e se vi siano difficoltà nella relazione con l'INAIL.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Stavo vedendo le mail l'altro giorno, proprio cercando documenti su questo, l'ultima versione definitiva di quel progetto che porto oggi all'attenzione è del giugno 2015, l'accordo INAIL Segredifesa è del febbraio 2015.

Abbiamo concordato con il responsabile della Rete nazionale mesoteliomi di utilizzare questa via, perché ci sembrava la più rapida per raggiungere l'obiettivo, cioè partire subito con lo studio. Abbiamo consegnato questo documento, abbiamo avuto una riunione nel settembre 2016, in cui mi è stato chiesto di illustrare questo progetto, che ho illustrato. Siamo in attesa delle risposte.

DONATELLA DURANTI. È per lasciare agli atti queste cose. Quindi ci troviamo ormai a distanza di due anni precisi (febbraio 2015-febbraio 2017) dalla data in cui è stato stipulato l'accordo con l'INAIL.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Un accordo quadro.

DONATELLA DURANTI. Lei poi ha fatto riferimento a questa riunione a settembre 2016, immagino che fosse un incontro operativo, una riunione tecnica, quindi adesso a distanza di ulteriori sei mesi il Comitato paritetico deve ancora valutare il progetto.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. A me non ha comunicato nulla, pur essendo io molto interessato.

IVAN CATALANO. La ringrazio per aver consegnato alla Commissione la direttiva Ige-san sul discorso dell'interoperabilità, che analizzerò in questi giorni, però vorrei farle una domanda sul discorso dei militari che vanno in missione.

Volevo chiederle se è possibile affermare che un militare che va in missione sia esposto a rischi maggiori rispetto a un militare che non va in missione, ovvero presi due militari, uno che va in missione e uno che non va in missione, se partano dalla stessa base di rischio di insorgenza di malattie e, se no, perché.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Temo di non capire il senso della domanda, cioè il rischio in che senso ?

IVAN CATALANO. Il rischio di incorrere in malattie.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Prima di mandare il personale all'estero noi facciamo un'ulteriore visita, quindi diamo l'idoneità per l'attività fuori dai confini nazionali. In questo senso riduciamo ulteriormente il rischio perché, se una persona ha un problema, non la mandiamo ovviamente, specie se questo può portare a problemi sanitari fuori area, che poi sarebbero difficilmente gestibili, o se è più predisposto a prendersi malattie come quelle infettive.

Se c'è un'immunodepressione, è chiaro non lo mandiamo fuori area, quindi c'è un filtro ulteriore. Per il personale che va fuori area abbiamo un filtro sanitario ulteriore, che è la visita prima dell'impiego.

PRESIDENTE. Non credo che fosse questo il senso della domanda.

IVAN CATALANO. Il senso è: i due militari, quello che va in missione e quello che resta a casa, partono dalla stessa base di rischio di contrarre un'eventuale malattia legata all'attività militare, come illustrato anche dai dati che l'Osservatorio monitora costantemente. Quando un militare va in mis-

sione è esposto ad altri rischi, ai quali il militare che non va in missione non è sottoposto, quindi è possibile dire che un militare che va in missione è soggetto a maggiori rischi rispetto a un militare che non va in missione. Questo mi sembra chiaro, giusto ?

PRESIDENTE. La domanda è chiara, adesso sentiamo la risposta.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Non capisco il senso del rischio del personale. Il personale ...

PRESIDENTE. Colonnello, mi eviti la spiacevole incombenza di doverla richiamare. La domanda è chiara, quindi la invito a rispondere. La domanda è estremamente chiara. Si parla di integrità fisica. Il vice presidente le chiede se la stessa persona è esposta agli stessi rischi sia che svolga il lavoro nei confini nazionali che se va all'estero ? Questa è la domanda.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Rischi ambientali ?

PRESIDENTE. Rischi relativamente all'integrità fisica.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Il personale che va fuori area è più sano mediamente, nel senso che non mandiamo fuori area gente che ha dei problemi che sono compatibili con l'attività lavorativa in Italia, ma che non mandiamo fuori area, quindi è ultra selezionato.

IVAN CATALANO. Ma non è questa la domanda. Essere soggetto a un rischio non dipende da... è una domanda puramente di natura statistica o di natura probabilistica. Aumenta il rischio per un militare, andando fuori area, di incorrere...

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Se parliamo di patologia neoplastica o di patologie di altro tipo, per quello

che abbiamo visto noi la popolazione che va fuori area non ha un maggior rischio di sviluppare patologie rispetto a chi non va.

IVAN CATALANO. Se un militare rimane nel territorio italiano, è soggetto ai rischi dovuti al territorio italiano, rischi cui sono soggetti tutti i militari presenti sul territorio, che restano nel territorio. Quando un militare che è stato esposto ai rischi nel territorio italiano viene mandato in missione, si può dire che è possibile che il rischio aumenti in quanto l'ambiente di missione è diverso e comunque più insalubre rispetto a quello italiano?

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Dai dati epidemiologici non risulta questo maggior rischio. Riferendoci sempre al lavoro sulla mortalità questo è stato analizzato molto bene su 100.000 carabinieri che non si sono mai spostati dall'Italia e sui 70.000 che sono stati sui Balcani. Non c'è nessuna differenza statistica tra le due popolazioni.

PRESIDENTE. Quindi questa sua affermazione condurrebbe ad affermare che non esiste un problema missioni internazionali all'estero, perché addirittura si vive più sani.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Dai dati epidemiologici svolti non soltanto da noi, ma anche da altre istituzioni esterne è stato dimostrato sui dati dello studio fatto che non c'è una maggiore incidenza di patologie tra i gruppi di controllo.

Quando il gruppo di controllo esce dall'ambito militare e si svolge con la popolazione generale, noi abbiamo una minore mortalità per patologia neoplastica. Esattamente da questo studio risulta la metà. Però se la domanda è tra il militare che va o non va fuori area, non si vedono differenze significative. Questa è la verità. Ho risposto?

IVAN CATALANO. Anche questa risposta ha un significato, che mi può bastare.

PRESIDENTE. Abbiate pazienza, colleghi, ci sono altre due domande e poi un velocissimo Ufficio di Presidenza prima di andar via. La collega Carrozza e poi di nuovo il collega Rizzo.

MARIA CHIARA CARROZZA. Grazie, presidente. Colonnello, io volevo solo dire questo: come Commissione d'indagine abbiamo il compito di cercare di fare luce sulla situazione della salute dei militari in relazione alle missioni, dove possono essere stati esposti a rischi maggiori rispetto agli altri o a rischi non previsti, non effettivamente valutati in modo appropriato prima della pianificazione di queste missioni.

Lei deve comprendere che noi cerchiamo di capire se il metodo utilizzato dall'Osservatorio da un punto di vista scientifico e statistico sia attendibile per noi, in modo che davanti al Parlamento e al popolo italiano (usando un termine enfatico, ma appropriato in questo caso) possiamo dichiararci tranquilli che la nostra indagine ci ha detto che le metodologie messe in campo ci rassicurano che il rischio era stato ben valutato e che questi militari non sono esposti, che la loro salute è monitorata.

Ad oggi, sulla base delle sue audizioni nelle quali lei si è reso disponibile e ha cercato di rispondere con la sua professionalità che io non metto assolutamente in discussione, noi questa certezza non l'abbiamo, perché non abbiamo i numeri della statistica che rispondono agli studi epidemiologici. Sono scienziata anch'io e so per esperienza che quando ci sono questi studi uno risponde « sulla base dello studio che ho effettuato, i militari tot di questo campione non sono stati esposti a questo rischio », però il campione è la prima cosa che si mette in un *abstract*, per poter avere l'approvazione di un Comitato scientifico.

Noi le chiediamo come Commissione d'indagine senza giri di parole, documenti, relazioni, con grande chiarezza di metterci a disposizione i dati statistici relativi a questi studi, cioè la numerosità del campione su cui sono state effettuate queste analisi rispetto alla popolazione totale dei militari che sono andati in missione.

Non è una domanda tanto difficile. Io ho insistito e sono tornata diverse volte sulla

questione: a me interessano i numeri, se i numeri mi dicono che il 90 per cento sono stati monitorati volontariamente o involontariamente, allora sono tranquilla, se invece dai numeri apprendo che questa copertura del campione è effettivamente troppo bassa o addirittura irrilevante, sono rassicurata rispetto agli studi specifici, non metto in dubbio gli articoli dell'Istituto Superiore di Sanità o di altri, però non sono rassicurata sulla missione che il Parlamento mi ha affidato, per cui io le chiedo cortesemente di dirci se sia possibile con trasparenza accedere a questi studi e ai numeri rispetto al campione statistico, o no. Se non è possibile, noi faremo un'interrogazione — la faccio io — in cui chiedo che mi vengano messi a disposizione questi dati. Non chiedo altro.

Alla fine ci giriamo intorno. Mi scusi se mi appassiono, però sono tre volte che ritorniamo su questo tema. Se ci può dare chiarezza sulla trasparenza di questi numeri, capendo che non è sua la responsabilità, ma è del sistema organizzativo, almeno si può fare chiarezza sul futuro.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Le rispondo e spero di essere chiaro, ma mi controbatta se non lo sono. Noi svolgiamo un'attività istituzionale e in più facciamo degli studi. L'attività istituzionale non è su un campione, ma su tutta la popolazione militare.

Lei mi può domandare se metterei la mano sul fuoco che non ci sia scappato un caso, ma la perfezione non è di questo mondo quindi io non... però il nostro mandato è quello, monitorare tutta la popolazione militare, quindi non è un campione, è tutta la popolazione militare. Stiamo parlando di 350.000 persone che ricadono sotto la competenza di Igesan Stato Maggiore Difesa, Aeronautica, Esercito, Marina e Carabinieri. Questa è la nostra popolazione di riferimento, questo è il nostro denominatore.

Poi esistono degli studi specifici. C'è quello sulla mortalità, che è stato svolto, e il campione era un campione, cioè abbiamo preso 70.000 persone che sono andate nei Balcani, abbiamo preso 114.000 Carabinieri che sono rimasti in Italia, li abbiamo confrontati con la popolazione italiana, o meglio l'ha con-

frontato l'Istituto Superiore di sanità sui dati Istat, che è la *best practice*, non credo che esistano fonti di dati più precisi di quelli.

Come professionista del settore le dico che la mortalità non è un dato assoluto, perché ovviamente se i faccio una diagnosi precoce, probabilmente il mio militare non muore, quindi la mortalità potrebbe anche dipendere dal fatto che siamo particolarmente bravi a prendere precocemente il tumore, quindi non uccidiamo i nostri militari perché facciamo precocemente una diagnosi, quindi non è un dato assoluto sulla malattia, è un dato che dà un'idea, ma non è assoluto.

Comunque noi abbiamo il 50 per cento di mortalità rispetto alla popolazione generale e nessuna differenza tra chi è andato fuori area e chi è rimasto a casa. Questo è un dato pubblicato con tutti i numeri, tutti gli intervalli di confidenza e tutti i dati a disposizione.

Quindi questo è lo studio. Adesso faremo questo sulla morbosità, sulle schede di dimissione ospedaliera. Anche lì, è possibile che sia sfuggita dalla scheda di dimissione ospedaliera qualche dato? Sì, è possibile. Le schede di dimissione ospedaliera nascono nel 2001, per i primi anni la Sardegna non ha le schede di dimissione ospedaliera ben allineate, quindi faremo lo studio sui dati a disposizione del Ministero della salute, ma penso che questi siano dei limiti invalicabili, nel senso che ci sono dei limiti in tutte le condizioni umane, quindi anche in questa.

Noi faremo lo studio su questo, con la stessa popolazione, quindi a questo punto avremo sulla stessa coorte di persone la morbosità e la mortalità, e risolveremo anche il problema che dicevamo prima: è stata fatta una diagnosi troppo precoce, per cui salviamo vite, è sovrastimata la bassa mortalità perché facciamo una diagnosi precoce? Questo è il concetto. Ma l'attività istituzionale nostra, al di là dei dati degli studi, è su tutta la popolazione militare, quindi non è un campione, ma è tutta la popolazione militare.

I dati che pervengono all'Osservatorio ci dicono che non abbiamo una maggiore incidenza di patologie. Questo posso assicurarlo, perché è mio dovere.

PRESIDENTE. Comunque rimane l'esigenza del collega (riprenderò questo con-

retto in chiusura) di acquisire questi dati e rimane il dato di fondo che queste valutazioni epidemiologiche vanno fatte sulla coorte previdenziale degli attivi e non su coloro che sono andati in pensione. Dal punto di vista della scienza epidemiologica è un lavoro assolutamente parziale, quindi non affidabile relativamente a quelle che dovrebbero essere le procedure canoniche.

Un'ultima domanda del collega Rizzo.

GIANLUCA RIZZO. Grazie, presidente. Colonnello, lei ha detto che prima di essere mandati in missione fuori area ai militari vengono fatti dei controlli sanitari. Io potrei farle due nomi, Fabrizio Di Nino e Salvatore Vacca (solo per citarne), ragazzi che sono stati inviati fuori area nonostante fossero già ammalati. Mi sa dire come mai?

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Questo è fuori da un Osservatorio epidemiologico, non glielo so dire ovviamente, mi sembra strano, però evidentemente se lei me lo dice è successo, però non rientra tra le cose che io posso sapere.

PRESIDENTE. Forse il collega (perdoni se mi permetto di interpretarla) intendeva chiederle questo: non le ha chiesto conferma riguardo l'informazione che ha reso alla Commissione, ha affermato e le ha chiesto a valle di questa affermazione se lei per il ruolo che svolge non consideri strano, nel senso grave, una circostanza del genere.

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Assolutamente sì, è gravissima.

PRESIDENTE. Io vorrei fare la seguente proposta: come avete visto, il colonnello ci ha consegnato una relazione di cui avete copia e otto allegati. Questo lavoro va studiato, perché non sfugge a nessuno quanto sia importante che la Commissione possa (riprendo l'affermazione della collega Carrozza) offrire al Parlamento una tesi sostenibile perché sostenuta dall'effettività dei dati.

Chiedo quindi alla collega Carrozza di volersi occupare del coordinamento dell'appro-

fondimento del materiale che ci è stato consegnato, naturalmente godendo dell'aiuto, della collaborazione, del supporto di tutti i colleghi che lo vorranno e di tutti i consulenti esperti, che potranno darci ulteriori informazioni e approfondimenti, in maniera tale che su questo argomento si faccia chiarezza e che nella nostra relazione ci sia un capitolo su cosa sia di fatto l'Osservatorio epidemiologico della Difesa, Siamo operativamente siamo d'accordo? Lei è riconoscente, collega Carrozza, del prestigioso incarico che le è stato conferito?

MARIA CHIARA CARROZZA. Sono onorata.

PRESIDENTE. Benissimo. Un'ultima domanda, colonnello. Le carenze strutturali, che lei ha ammesso con onestà intellettuale, ha avuto modo di esplicitarle al Capo di Stato Maggiore della Difesa?

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Io dipendo dall'ispettore generale della Sanità militare e so che l'ispettore generale della Sanità militare ha chiesto di ripianare le posizioni organiche ovviamente già previste, che sono in carenza.

PRESIDENTE. Quindi queste carenze sono state formalizzate?

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Penso di sì.

PRESIDENTE. Da parte sua sono state formalizzate?

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Da parte mia all'ispettore no, nel senso che abbiamo un colloquio, faccio parte dello staff...

PRESIDENTE. Non si confonda proprio adesso, alla fine, ho fatto una domanda semplice: queste carenze che lei ha onestamente ammesso in Commissione le ha segnalate formalmente?

CLAUDIO DE ANGELIS, *Direttore dell'Osservatorio epidemiologico del Ministero della Difesa*. Io so, però non ne ho contezza sui documenti, che l'ispettore generale ha fatto i suoi passi per avere il ripianamento di tutte le posizioni, anche in previsione della maggiore importanza di Igesan rispetto all'interfortizzazione della Sanità militare.

PRESIDENTE. Quindi lei sta dicendo che ha chiesto all'ispettore di colmare le evidenti lacune che sono state esposte in Commissione, giusto?

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

PRESIDENTE. Ringrazio il colonnello a cui auguro buon lavoro e dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta, sospesa alle 10.05, è ripresa alle 10.15.

Comunicazioni del Presidente.

PRESIDENTE. Propongo che, a seguito dell'Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei gruppi, i lavori della Commissione per il prossimo mese di marzo siano così articolati:

Mercoledì 8 marzo	8.30 Audizione di un responsabile del Ministero della Difesa per la Carta multiservizi (CMD) 14.30 Esame testimoniale di un responsabile del CETLI
Giovedì 9 marzo	8.30 Seguito dell'esame testimoniale del Comandante del Comando Operativo di vertice Interforze Ammiraglio Giuseppe CAVO DRAGONE
Mercoledì 15 marzo	8.30 Seguito dell'esame testimoniale del Capo div. J-MED del Reparto Supporto Operativo del COI C.V. Filippo AGOSTA 14.30 Esame testimoniale di Comandante ed RSPP dello stabilimento dell'esercito di BAIANO DI SPOLETO
Mercoledì 15 marzo Giovedì 16 marzo	MISSIONE A PISA (Visita al CISAM)
Lunedì 20 marzo Martedì 21 marzo Mercoledì 22 marzo	MISSIONE IN PUGLIA
Giovedì 23 marzo	8.30 Esame testimoniale di Comandante ed RSPP dello stabilimento dell'esercito di NOCETO DI PARMA
Mercoledì 29 marzo	8.30 Audizione RADON 14.30 Audizione RADON
Giovedì 30 marzo	8.30 Audizione RADON
Lunedì 3 Martedì 4 Mercoledì 5 aprile	MISSIONE IN SICILIA

La seduta termina alle 10.20.

*Licenziato per la stampa
l'8 febbraio 2018*

PAGINA BIANCA



17STC0029070