

**COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA
SUI CASI DI MORTE E DI GRAVI MALATTIE CHE HANNO COLPITO IL PERSONALE ITALIANO IMPIEGATO IN MISSIONI MILITARI 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 DELL'UTILIZZO DI PROIETTILI ALL'URANIO IMPOVERITO E DELLA DISPERSIONE NELL'AMBIENTE DI NANOPARTICELLE DI MINERALI PESANTI PRODOTTE DALLE ESPLOSIONI DI MATERIALE BELLICO E A EVENTUALI INTERAZIONI**

RESOCONTO STENOGRAFICO

62.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 15 MARZO 2017

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **GIAN PIERO SCANU**

INDICE

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:		Agosta Filippo, JMED COI	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13
Scanu Gian Piero, <i>Presidente</i>	3	Boldrini Paola (PD)	5
Seguito dell'esame testimoniale del Colonello Filippo Agosta, JMED COI:		Cova Paolo (PD)	13
Scanu Gian Piero, <i>Presidente</i> .	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14	Duranti Donatella (MDP)	8, 9
		Grillo Giulia (M5S)	9, 10, 12, 13

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 Colonnello Filippo Agosta, JMED COI.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame testimoniale del capo della divisione JMED del reparto supporto operativo del COI, il colonnello Filippo Agosta, che saluto e ringrazio per la sua presenza.

La prima parte dell'esame testimoniale ha avuto luogo nella seduta pomeridiana dello scorso 25 gennaio 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 stato audito in qualità di persona informata sui fatti ai fini dello svolgimento dell'inchiesta.

Proseguiamo in questa sede l'esame che ha avuto inizio in quella data approfondendo alcune delle questioni affrontate.

Ricordo a beneficio dei colleghi che la prima seduta fu, a mio giudizio, particolarmente utile. Il colonnello ebbe modo di fornirci molteplici chiarimenti. Quella seduta si concluse con un invito da parte nostra a fornire alla Commissione ulteriori

elementi conoscitivi, naturalmente relativi all'importante funzione che il colonnello svolge presso il COI.

Il colonnello è venuto stamane con due importanti – mi pare di capire – promemoria, che dovrebbero esservi già stati distribuiti.

Do subito la parola al colonnello, ringraziandolo ancora e pregandolo di voler esordire con l'illustrazione dei fascicoli che ci ha consegnato.

FILIPPO AGOSTA, JMED COI. Onorevole presidente, onorevoli membri della Commissione, vi ringrazio moltissimo.

Nella seduta del 25 gennaio ultimo scorso, esplicai alcuni concetti relativi a cosa faceva la mia divisione e come operavamo nell'ambito della pianificazione e condotta delle operazioni fuori area. Perché? Perché la divisione JMED del COI, Comando operativo interforze, di fatto si occupa di tutta la parte sanitaria nel momento in cui viene varata un'operazione e nel momento in cui quest'operazione continua a persistere nel teatro dove è stata assegnata.

È chiaro che c'erano dei concetti che per noi erano molto chiari, o comunque di normale *routine*, ma per alcuni sono legati necessariamente a questioni di tipo tecnico: in virtù di questo tecnicismo, mi sono adoperato in questa seconda seduta proprio per chiarire alcuni dubbi, perplessità, o comunque esplicitare alcuni concetti che forse non sono stati da me chiariti precedentemente.

Su uno di questi concetti fondamentali ho fatto un promemoria relativo a questo documento, che vedete in *PowerPoint*. Inizialmente, illustrerò questo documento e, di volta in volta, nel caso ci fossero delle domande da parte degli illustrissimi signori, sono a disposizione per ogni chiarimento.

Vado, quindi, a illustrare la presentazione.

Sono tutti documenti che vi ho fornito — se volete, ve li fornirò anche in ulteriori sedi — non classificati, quindi accessibili, che fanno parte della NATO, dell'Unione europea e dell'ONU. Non hanno, quindi, nessun vincolo di segretezza, per cui sono tranquillamente reperibili su qualsiasi fonte aperta. Anche la presentazione non ha nulla di classificato. Nel momento in cui dovessi entrare su documentazione classificata, ne renderei partecipi sia il presidente sia voi membri della Commissione e si procederà, eventualmente, per la riservatezza su quello che verrò a esplicitare.

Per quanto riguarda la diapositiva n. 3, qui abbiamo il sommario che riguarda la normativa. Nel momento in cui operiamo in qualsiasi teatro, dobbiamo avere dei documenti...

PRESIDENTE. Chiedo scusa: è il fascicolo che ha per titolo *Il ruolo della divisione JMED*, giusto?

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Sì, esattamente.

PRESIDENTE. Andiamo oltre il sommario...

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Arriviamo alla normativa.

Nel momento in cui andiamo a operare per qualsiasi missione, sia questa in ambito nazionale, sia internazionale, sia sotto egida NATO, sia sotto egida ONU, sia sotto egida Unione europea, dobbiamo far riferimento a dei documenti, di natura internazionale e di natura nazionale.

Nell'ambito della serie di documenti che visioniamo per far sì che tutta la documentazione che trascriviamo sia conforme a quanto dettato dalle superiori autorità (in questo caso, dagli organismi NATO, dell'Unione Europea e dell'ONU), abbiamo dei punti di riferimento.

La documentazione è ampia, è tantissima: noi restringiamo il campo alla documentazione prettamente sanitaria, a quello che sarà il nostro documento per far sì che

chiunque operi nell'ambito della missione abbia, dal punto di vista sanitario, le idee ben chiare su cosa fare, a quali rischi potrebbe andare incontro e come si devono comportare in teatro stesso.

Qui vedete la *AJP-4.10(B)*, la prima, la seconda, la terza, la quarta, la quinta, la sesta, la settima e l'ottava pubblicazione, la *Medical support doctrine*, la nostra Bibbia, il punto di partenza per la nostra pianificazione. Dobbiamo far fede a questa *Medical support doctrine*? Certamente, sì. Essendo la pietra miliare su cui eleggiamo i nostri documenti, di fatto è il nostro punto di partenza.

L'Italia ha ratificato tutti questi documenti, ma noi andiamo ben oltre questa ratificazione. Utilizzando il principio della massima ristrettezza, prendiamo questo documento e applichiamo qualsiasi progetto, qualsiasi integrazione nella forma più restrittiva. Ci rifacciamo alla normativa italiana secondo la legge della massima restrizione, per dare massimo supporto e massima sicurezza al nostro personale.

PRESIDENTE. Mi scusi, mi pare di capire, senza essere blasfemo, che questa Bibbia, come l'ha definita lei, consti di un Antico Testamento, condiviso da tutte le nazioni, e da un Nuovo Testamento, il Vangelo vero, che è stato scritto dagli italiani: è così?

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Sì, e a differenza del Vangelo, abbiamo anche i Vangeli apocriefi.

PRESIDENTE. Non possono mancare.

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. A questo punto, senza essere blasfemi, proprio perché abbiamo della normativa italiana che a volte sopravanza la normativa internazionale, teniamo conto proprio della normativa italiana.

PRESIDENTE. Colonnello, scusi, c'è già una collega che ha bisogno di un chiarimento.

PAOLA BOLDRINI. Vediamo un elenco molto lungo: si può distinguere il testo base, la Bibbia antica, dal Nuovo Testamento?

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. È un tutt'uno.

A tutti questi documenti si fa riferimento nel momento in cui si tratta una singola branca. L'origine di tutto il documento è la *Medical support doctrine*, che ci dice esattamente dal punto di vista sanitario che cosa dobbiamo fare. Se poi l'operazione è di pace, di supporto, teniamo conto della *AJP-3.1*, poi dobbiamo tener conto, in eventuali procedure di evacuazione, del personale ferito, e quindi dobbiamo tener conto della *AJP-3.4*.

C'è il documento base, poi ci sono tutti gli altri documenti della NATO — qui stiamo parlando di dottrina NATO — a integrazione di tutto l'elemento base. È come se avessimo il testo base, il cappello, e sviluppassimo tutto secondo determinati altri documenti.

PAOLA BOLDRINI. Vorrei capire da quali anni ci sono dei dati di riferimento anche cronologicamente. La normativa a cui si fa riferimento... da che anno?

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Qui siamo alla seconda versione quella *Bravo*, rivista nel maggio 2013. La dottrina è intorno agli anni Novanta. Devo vedere bene, ma comunque mediamente la dottrina NATO è ben consolidata. Devo controllare esattamente il documento per dirle esattamente a quando risale la prima stesura.

PRESIDENTE. Prosegua, colonnello, grazie.

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Abbiamo poi una normativa nazionale, a seconda della normativa delle leggi dello Stato, decreti, circolari applicative, direttive da parte dello Stato maggiore della difesa o, quando non è Stato maggiore della difesa, dalla all'epoca direzione generale della sanità militare, ora ispettorato generale della sanità militare.

Teniamo presente anche, con un documento dell'SMD III reparto, l'istituzione della figura del soccorritore militare, e quindi tutte quelle figure che di fatto operano nei teatri operativi, laddove, non essendoci la necessità del medico, possono però dare un primo soccorso nel momento dell'evento traumatico, dell'evento lesivo.

PRESIDENTE. Chiedo scusa se la interrompo io. Nella seconda pagina, sulla normativa nazionale, si parla... l'ultimo punto è la direttiva « Ghepardo »...

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Sì.

PRESIDENTE. ...organizzazione per l'aprontamento di comandi e reparti per la condotta di interventi anche fuori dal territorio nazionale: si intendono le missioni internazionali?

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Sì, esattamente.

PRESIDENTE. Come impatta questo con la normativa internazionale? Ne sarà parte complementare?

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Certamente. Tutta la normativa internazionale è il punto di partenza. La normativa nazionale deve non andare contro la normativa internazionale, ma è vero che, dal punto di vista nazionale, se abbiamo determinati *caveat* previsti dalla nostra Costituzione, li dobbiamo tener presenti. Ecco il concetto della massima ristrettezza.

Oltretutto, la normativa internazionale è ampia, dettata dal consenso dei diversi Stati che partecipano all'evento. In questo caso, parliamo della NATO, quindi di tutti gli Stati appartenenti alla NATO. Nel momento in cui si parla di normativa ONU, abbiamo tutti gli Stati presenti nell'organizzazione delle Nazioni Unite, e così per l'Unione europea.

Devono guardare ad ampio spettro tutti gli interessi, poi ogni Nazione, a seconda delle necessità legate alla Nazione stessa, metterà determinati *caveat*, che si riflet-

tono nell'ambito della normativa nazionale e sul nostro comportamento in teatro.

PRESIDENTE. Proseguo, prego.

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Questa è ciò che fa la divisione JMED, la nostra missione, quello che ho già spiegato la volta scorsa: partecipa all'attività di comando e controllo del COI, fornendo il proprio contributo relativo al supporto sanitario nel corso delle operazioni di pianificazione, preparazione, coordinamento, monitoraggio, controllo e valutazione.

Come dissi l'altra volta, a differenza di alcune divisioni del COI, deputate alla pianificazione e alla condotta, la nostra divisione fa pianificazione e condotta con le stesse persone che costituiscono la divisione stessa. Qual è l'obiettivo?

L'obiettivo del supporto sanitario è: far sì che le persone che si trovano in teatro abbiano lo stesso supporto sanitario che verrebbe assicurato in madrepatria, garantendo prevenzione e le migliori cure immediate secondo gli standard nazionali, ovvero gli standard dei Paesi amici e alleati della coalizione, anche attraverso la cosiddetta *clinical medical governance* cioè il rispetto, secondo le *best medical practice*, di tutta la normativa dal punto di vista sia organizzativo sia deontologico-sanitario.

Applicare una procedura che riteniamo essere corretta, ma non è accettata dalla comunità internazionale, è di fatto un nostro errore. È quello che gli americani chiamano la *malpractice*. È vero che c'è la normativa nazionale, ma è vero pure che il medico si deve aggiornare. Qualsiasi aggiornamento che possa interferire, nel senso positivo, con il miglioramento delle condizioni del paziente è la *conditio sine qua non* per il nostro operare: cure massime, massimo impegno per il nostro personale in teatro al fine di ottenere risultati concreti nel trattamento medico dei pazienti riconducibile alla migliore pratica medica, la *best medical practice*.

Quello sanitario è un dispositivo flessibile, continuo e responsivo. La responsività è definita dalla capacità del dispositivo di fornire sostegno sanitario...

PRESIDENTE. Scusi, colonnello, per me questo è un neologismo. Chissà quante parole non conosco? Miliardi.

Non ho davvero mai sentito «responsività».

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Sono termini tecnico-militari, è la traduzione del termine inglese *responsivity*.

La lingua italiana è una bellissima lingua, ma molte volte siamo portati a tradurre termini inglesi, che nella forma inglese sono comprensibili benissimo; *Tailor*, ad esempio, è il sarto. Per dire che una missione è *tailored*, che ha un determinato compito, diciamo «attagliata», che risponde a determinati requisiti.

Il più delle volte, per la pigrizia di utilizzare qualche frase un po' più lunga, utilizziamo dei termini, anche nei documenti, veicolati dalla terminologia anglosassone. Il più delle volte, sono traduzioni di documenti, e quindi vengono presi come validi documenti con terminologia prettamente anglosassone, come *responsivity*, *tailored*, attagliato.

Il più delle volte, può capitare che si dica che i nostri interessi «matchano» con gli interessi degli alleati: in italiano, non esiste, ma il più delle volte si usa *to match*, «matchare», incontrare gli interessi degli alleati. Si dice anche fare *shopping*. In genere, si va a fare spese, ma nel linguaggio comune è fare *shopping*. Nel linguaggio comune utilizziamo determinati termini che vengono veicolati dalla terminologia anglosassone.

PRESIDENTE. Chiarissimo, grazie. La responsività, quindi...

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. È definita come la capacità del dispositivo di fornire sostegno sanitario adeguato nel momento giusto e nel posto giusto, in particolare – sembrerà un concetto lapalissiano – identificare e predisporre gli assetti necessari allo svolgimento dell'attività sanitaria e prevedere la possibilità di proiettare a ridosso delle unità di manovra personale e strutture sanitarie di dimensioni ridotte,

ma comunque capaci di prestazioni di elevato livello.

Ecco che torniamo ai concetti di Role 1, Role 2, Role 3, Role 4, della volta scorsa. Proprio in virtù di questi concetti poi, che dirò in seguito, la continuità è legata strettamente alla responsabilità. Se una struttura è responsiva, dall'altra parte deve dare anche continuità per far sì che non abbia soluzione di continuità e non sia limitata nel tempo. Avere una bella macchina che risponde a tutti i nostri requisiti, ma senza carburante sufficiente, a noi serve poco o nulla. Bisogna avere la bella macchina che risponde ai nostri requisiti, ma nello stesso tempo avere un'autonomia di guida che ci permetta di far sì che quello che ci siamo prefissati vada avanti senza alcun intoppo.

La flessibilità è la caratteristica che consente al dispositivo di essere modificato e adeguato. Anche questo sembra un concetto base, lapalissiano, ma è vero che qualsiasi struttura sanitaria non deve essere radicata e rigida. Qui forse rientriamo di nuovo nel concetto teologico: non sono le Tavole della legge. Qualsiasi struttura sanitaria, oltre a essere responsiva e continua, deve essere flessibile. La situazione varia di volta in volta e il medico...

PRESIDENTE. Il libero arbitrio.

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Il medico deve essere in grado, in qualsiasi situazione, di rispondere secondo quel *medical governance*] e la *best medical practice*.

Ecco quello che dicevamo: discorsi e compiti, pianificazione e condotta.

Le singole Forze armate si occupano dell'addestramento del personale sanitario. Nella fase di condotta, quest'addestramento viene mantenuto. Nell'ambito della pianificazione, effettuiamo attività di *intelligence* in stretto contatto ICCW], in *close coordination with* — ecco che torno con un'espressione inglese — in stretta coordinazione col MEDINT (Medical intelligence). Mi sono permesso di mettere l'espressione inglese, perché l'acronimo è molto più semplice, e quindi rientrava nella diapositiva.

Quando si apre un teatro, nel momento in cui, come ebbi a dire, l'autorità politica

dà il *placet*, di questo teatro non sappiamo nulla, o perlomeno sappiamo ben poco rispetto a quello che dovremmo sapere. Qui tutta l'attività di *intelligence* gioca prima che le nostre truppe possano mettere piede su quel determinato suolo.

È un'attività di *intelligence* che si fa attraverso fonti aperte, quindi HUMINT e simili; per conoscenza diretta della zona, attraverso sedi consolari, sedi diplomatiche; attraverso conoscenza diretta per relazioni bilaterali tra gli Stati, ovvero attraverso fonti non aperte, attraverso l'attività di *intelligence* dei servizi; con l'ausilio di fonti *intelligence* di Nazioni alleate e amiche.

Questo serve per conoscere se in una determinata zona ci può essere un rischio legato a precedenti fenomeni, fattori o situazioni che non ci è dato conoscere o che conoscevamo, ma non in una misura tale da poter assicurare la piena sicurezza per il personale. Mi spiegherò meglio nelle prossime diapositive.

PRESIDENTE. Scusi, torno su un concetto che abbiamo già trattato da gennaio. Sicurezza del personale vuol dire anche valutazione, tipo carotaggio, dei siti presso i quali il contingente viene sistemato? Dal punto di vista della salute...

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Dal punto di vista della salute, attuiamo tutte le procedure che possono ridurre i rischi dal punto di vista ambientale, biologico, chimico. Conseguentemente, se in quella zona c'è stata o ci sono state delle fabbriche o delle fonti idriche su cui sono stati riversati, per esempio, detersivi o rifiuti industriali, nostro compito è verificare se, dal punto di vista del territorio, il terreno abbia subito variazioni ambientali, attraverso contaminazione, se le fonti idriche abbiano subito variazioni ambientali, contaminazioni, anche di tipo radiologico. Poi parleremo. Ho portato dei documenti dell'ultima valutazione radiologica in Kosovo e in Libia, per cui ci sono cose ben più articolate...

PRESIDENTE. Abbiamo suggerito una domanda alla vicepresidente Duranti.

DONATELLA DURANTI. Se vuole, può rispondere dopo. Vorrei un esempio di eventuali malattie, come lei diceva prima, che si possono conoscere attraverso quest'attività di *medical intelligence*.

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Rispondo subito. Noi pianifichiamo il pacchetto d'ordine, il documento riservato redatto dal comando che stabilisce chi, cosa e quando si deve fare. Nel pacchetto d'ordine c'è la parte sanitaria: bene, nella parte sanitaria in modo molto dettagliato descriviamo esattamente la *force health protection*, vale a dire la protezione delle forze.

Dal punto di vista, come lei ha suggerito, delle malattie, facciamo riferimento ai dati *intelligence*, che ci dicono che in quella determinata zona, sempre su fonti aperte, fonti alleate e simili, c'è un rischio nullo, poco probabile, medio, alto o altissimo di contrarre un determinato tipo di malattia, che può essere parassitaria, virale o batterica. Sulla base del dato *intelligence*, diciamo a IGESAN – c'è ancora un gruppo di lavoro per quanto riguarda la definizione proprio dei protocolli vaccinali – che quello è il dato *intelligence*, quelle le vaccinazioni e le chiediamo se ritiene che quelle vaccinazioni siano congrue o incongrue. Col supporto di IGESAN, poi, nel pacchetto sanitario diciamo esattamente per quella determinata area, per quel determinato rischio, il tipo di vaccinazioni che si devono fare. Faccio un esempio.

Questa è la direttiva Miotto, redatta per il teatro afghano, nominata direttiva sanitaria complessa per il teatro afghano. È il primo dei documenti. Prima, non ce n'erano altri. Sono stati redatti quando sono arrivato al COI. Ho voluto questa direttiva per un duplice motivo. Qualcuno mi può chiedere: perché Miotto? Miotto è un fatto affettivo. Sono stato direttore del dipartimento militare di medicina legale intitolato alla medaglia d'oro Miotto. È il titolo di una medaglia d'oro.

Che cosa stabilisce la direttiva sanitaria complessa per il teatro afghano, che lascerò al presidente, che è stata diramata a tutti gli organi istituzionali dello Stato e alle Forze armate? Come diciamo noi, ha lo scopo di definire gli aspetti prettamente

nazionali connessi con il supporto sanitario al contingente italiano dispiegato in Afghanistan. Faccio una breve parentesi.

Questo non è l'unico documento. Questo documento verrà visionato, ampliato, corretto e rivisto ogni sei mesi. Abbiamo in conto di redigere altri documenti per tutti gli altri teatri, vale a dire per il teatro kosovaro, per il teatro libanese, per il teatro gibutiano, per il teatro somalo, per il teatro iracheno e per il teatro libico, dove c'è contingente italiano.

PRESIDENTE. Scusi, ha detto che avete intenzione di farlo.

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Certo.

PRESIDENTE. Vuol dire che non c'è.

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. No, non c'è, ma questo è un ampliamento rispetto a quello che può essere un pacchetto d'ordine.

Il problema è questo. Molte volte, vengono dei dubbi dal teatro su come comportarsi, dubbi nel senso di chiarimenti. Bene, questo documento rappresenta un chiarimento per tutto il teatro afghano.

È chiaro che quello che diciamo qua sono documenti di base, per esempio che cos'è la MEDEVAC, qual è il rischio sanitario, il rischio veterinario, ma i rischi sanitario e veterinario vengono già messi nel pacchetto d'ordini. Questo è un ampliamento. È qualcosa che ho ritenuto opportuno fare io quando sono arrivato al COI. È stato valutato positivamente dalle superiori autorità, e quindi si procede in tal senso.

DONATELLA DURANTI. Per capire, i militari che vengono mandati in missioni all'estero sono a conoscenza dei rischi sanitari che potrebbero...

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Certo. Il personale sanitario che viene inviato all'estero ha piena conoscenza dei rischi sanitari che incontra nel luogo e ha il compito di istruire il personale facente parte della

missione sugli eventuali rischi sanitari a cui potrebbero andare incontro.

DONATELLA DURANTI. Le faccio un'altra domanda, velocemente.

Prima, ha spiegato al presidente che vengono fatte delle analisi sul terreno, sull'acqua e così via. Credo che facesse riferimento a questo terzo punto, sorveglianza ambientale.

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Certo.

DONATELLA DURANTI. Qual è la struttura che si occupa di fare queste rilevazioni, e quindi di verificare se ci sono dei rischi ambientali, posto che immagino che siano attività anche piuttosto impegnative? Che tipo di struttura fa questo...

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Per la valutazione del rischio ambientale è deputato l'SMD, IV reparto, quindi la IV divisione del COI, quella che si occupa di attività logistiche.

Nel momento in cui il rischio ambientale evidenzia qualcosa che possa interagire con il rischio sanitario, automaticamente ne dà comunicazione a noi, che prendiamo tutte le precauzioni e attuiamo tutte le procedure previste perché il rischio ambientale tradotto in rischio sanitario possa abbattersi o ridursi o essere eliminato.

GIULIA GRILLO. Vorrei leggere al colonnello un passaggio della relazione del colonnello Pietro Lo Giudice, della divisione J4, venuto qua la settimana scorsa.

« Nell'ambito delle funzioni di pianificazione e di direzione delle operazioni nonché delle esercitazioni interforze multinazionali svolte dal comando operativo di vertice interforze, ai sensi dell'articolo 29 decreto legislativo 66 del 2010, per quanto attiene agli aspetti connessi con la sicurezza ambientale nelle operazioni all'estero, il processo di pianificazione e attività preordinata all'emissione di contingenti militari italiani nei teatri operativi si sviluppa attraverso le informazioni acquisite dagli organi di *intelligence* nazionale o dai Paesi alleati, quando disponibili, evidenziando in

particolare che il COI non dispone di comunicazioni o informazioni di uso di particolare munizionamento da parte dei Paesi e/o coalizioni che potrebbero avere utilizzato nei teatri oggetto di schieramento di truppe italiane ».

Lei conferma questo passaggio della relazione del colonnello Pietro Lo Giudice?

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Lo confermo ampiamente, perché è stato oggetto di chiarimenti da onorevoli rappresentanti di questa Commissione anche in periodi passati. Come divisione sanitaria, noi non abbiamo alcuna contezza che siano stati impiegati, almeno come divisione sanitaria, ordigni con uranio impoverito. Mi può dire la pagina ?...

GIULIA GRILLO. Gliel'ho fatta perché poco fa diceva che avete accesso a una serie di informazioni da fonti aperte e da fonti chiuse, ma questa sua affermazione contraddice con quest'altra affermazione secondo la quale... Ci dica esattamente di quali informazioni dispone. Lei capisce bene che il rischio sanitario, così come lo valutate, se non avete informazioni su eventuali tipi di munizioni utilizzate in teatri di guerra... Se vogliamo sapere se mandiamo i militari in aree dove sono state utilizzate munizioni con uranio impoverito e voi dite di non disporre di queste informazioni, è chiaro che la valutazione del rischio sanitario così è incompleta. Vorremmo cercare di capire questo corto circuito da dove inizia e dove finisce.

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Per quanto riguarda il munizionamento a uranio impoverito, in passato — le dico esattamente quando — nel 2014, ci fu l'interrogazione a risposta orale dell'onorevole Artini e altri, la 5/02521, in cui l'ufficio legale rispondeva... Se posso, leggo un attimo.

PRESIDENTE. Sì, se ritiene di dover assumere come sua risposta... Alla collega e alla Commissione interessa, colonnello, conoscere il suo personale giudizio.

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Nel momento in cui effettuiamo un pacchetto d'ordini con valutazione per il personale sanitario di tutti i rischi cui va incontro, lo valutiamo sui dati che ci vengono forniti. Qual è la procedura che chiediamo?

Nel momento in cui parte un'operazione o si decide che parta un'operazione, immediatamente facciamo una richiesta di informazioni al SMD, II reparto CII, centro *intelligence*, per sapere esattamente dal punto di vista sanitario ed epidemiologico qual è il rischio nell'area. Su quello che ci viene fornito attuiamo la nostra pianificazione e la nostra redazione dei documenti.

GIULIA GRILLO. MEDINTEL?

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. MEDINTEL, esattamente.

GIULIA GRILLO. Questo, quindi, è un organo di *intelligence* dei servizi segreti? Che cos'è?

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Il MEDINTEL è redatto dal secondo reparto di SMD (SMD, II reparto CII, Ponte Galeria) deputato a dare i dati per quanto riguarda i teatri dal punto di vista *intelligence*. Noi non abbiamo fonti *intelligence*.

GIULIA GRILLO. Se non ci sono i dati, quindi, è colpa di questo MEDINTEL che non ve li dà?

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Se non ci sono i dati non è colpa di questo MEDINTEL. *L'intelligence* dà i dati a sua conoscenza. Se lui mi dice che in quella determinata area non c'è rischio, siccome è la fonte nazionale a cui prendo l'acqua, do per scontato che do sicurezza a quella fonte. Non posso mettere in dubbio quel dato che mi viene fornito. Faccio un esempio molto pratico.

Se mi chiedono l'indirizzo di casa, io do il mio indirizzo di casa... Relazione testimoniale: una Commissione chiede l'indirizzo di casa, io do il mio indirizzo di casa. Bene, siccome è una fonte attendibile, io do il mio indirizzo di casa. Se poi mi sbaglio,

alla fine non posso risalire a qual è la fonte, perché loro hanno delle loro fonti di informazione, che possono essere fonti HUMINT, Paesi alleati... Lo sanno loro. Noi non andiamo a sindacare...

GIULIA GRILLO. Scusi, può specificare?

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. HUMINT è Human Intelligence, cioè nel momento in cui il personale svolge sul loco attività di *intelligence*. È quello che ho detto prima. Nel momento in cui parte un'operazione, nell'area ci possono essere pregresse attività consolari o diplomatiche. Quelle che hanno operato prima dell'evento bellico possono dare indicazioni su quell'area nella zona. Oppure non c'è attività consolare, non c'è attività diplomatica. Ci potevano essere benissimo delle attività bilaterali di cooperazione, industria e...

GIULIA GRILLO. Lei, quindi, ha sempre riscontrato l'affidabilità di queste informazioni che le ha MEDINTEL, ossia ci sono stati casi in cui poi avete riscontrato che c'erano invece dei dati di rischio sanitario che non vi erano stati comunicati da MEDINTEL?

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. No, assolutamente.

GIULIA GRILLO. Oppure nella sua esperienza afferma che...

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Nella mia esperienza, dal febbraio 2015 io posso dire che i dati di Medical Intelligence ci hanno permesso di pianificare nel migliore dei modi, tanto che, come ho detto anche la volta scorsa, periodicamente andiamo nei teatri operativi e periodicamente vengono fatte delle attività, per esempio, per quanto riguarda l'acqua, gli elementi, per far sì che non ci siano risvolti negativi dal punto di vista sanitario per il personale sanitario.

A tutt'oggi, 15 marzo, dal punto di vista sanitario, posso dire con assoluta certezza che non ho riscontrato documento al per-

sonale che opera nei teatri operativi. Perché posso dire questo al momento?

Ho già detto la volta scorsa che di qualsiasi patologia che venga espressa o dichiarata dal soldato che ha operato in quel determinato teatro, a noi non è data contezza, perché lui rientra in Forza armata e dell'eventuale dichiarazione di riconoscimento della causa di servizio per quella determinata *noxa* patogena noi non abbiamo contezza, non perché non la vogliamo conoscere, ma perché non rientriamo nel circuito della comunicazione di quella determinata patologia.

Agosta Filippo, che opera per conto dell'Esercito in teatro libico, nel teatro X, nel momento in cui rientra al proprio reggimento, fa una dichiarazione di dipendenza da causa di servizio presso la sua linea gerarchica: l'unico ente che può avere contezza del riconoscimento della causa di servizio è il soggetto, l'ente a cui ha presentato la domanda e la commissione medico-ospedaliera del dipartimento militare di competenza che cura la trattazione della pratica.

PRESIDENTE. Se ho capito bene, colonnello, rispondendo all'ultima domanda della collega Grillo, lei ha detto, da quando svolge le attuali funzioni, quindi dal febbraio mi pare del 2015, di non aver mai riscontrato una discrasia tra quanto sostenuto dal Medical Intelligence e quanto verificato sul campo.

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Esattamente.

PRESIDENTE. Lo conferma.

Vorrei avere quest'altro chiarimento. Sulla base dell'effettivo quadro di competenze, lei ci sta dicendo che l'interlocutore al quale la Commissione si potrebbe rivolgere per avere la certezza che non siano mai stati utilizzati munizionamenti all'uranio impoverito o con altro tipo di agenti patogeni, sarebbe Medical Intelligence?

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Medical Intelligence, o comunque il Dicastero della difesa stesso.

Nel momento in cui l'*intelligence* – la Medical Intelligence è una branca dell'*intelligence*... Se in un determinato teatro sono stati utilizzati proiettili all'uranio impoverito, a saperlo è il capo di Stato maggiore della difesa, la massima autorità come Forze armate.

PRESIDENTE. Il capo di Stato maggiore della difesa, però, viene informato da Medical Intelligence.

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Sì, da tutta la linea gerarchica e da tutte le fonti di informazione, certamente, dal III reparto di SMD, i reparti operazione e tutti quelli che attuano la parte di condotte delle operazioni o pianificazione delle operazioni, quindi i reparti operazioni, non quelli di supporto alle operazioni. Come componente logistica, infatti, noi siamo di supporto all'operazione. Noi non partecipiamo alla pianificazione tattica dell'operazione. Di fatto, non so...

PRESIDENTE. Io le sto chiedendo aiuto per capire bene – poi avremo modo di farlo anche in maniera più diretta – il ruolo della Medical Intelligence.

Sulla base delle sue conoscenze, Medical Intelligence verifica, approfondisce e così via. Una volta che ha verificato e approfondito...

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Manda il prodotto a noi.

PRESIDENTE. Dice a voi di stare tranquilli perché non ci sono problemi, oppure di fare attenzione perché...

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Esattamente. Loro redigono un documento. Noi chiediamo un RFI per una determinata zona.

PRESIDENTE. Come si chiama?

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. RFI, *request for information*. Se abbiamo contezza dell'area e sappiamo che dobbiamo andare, per esempio, nell'area di Malagrotta, chie-

diamo le richieste di informazioni per Malagrotta. Se non abbiamo contezza dell'area, ma è una zona più ampia, diciamo: mi dai, per favore, delle informazioni riguardanti il rischio sanitario ed epidemiologico – (questa è la nostra richiesta) – per l'area di Erbil, per l'area di Baghdad?

Lui dice che è in grado di darcele per quest'area o che non è in grado di darcele per quest'area, perché non ha elementi al momento; ce le dà per l'area generale: in un secondo tempo, vedrà di darcele per quell'area particolare. A volte, quando si pianifica, non si sa... Può sembrare...

GIULIA GRILLO. Scusi, parliamo di rischio sanitario. L'esposizione in aree in cui sono stati utilizzati munizionamenti all'uranio impoverito rappresenta o no, secondo lei, un rischio sanitario?

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Certo.

GIULIA GRILLO. E il suo collega colonnello scrive, invece, che il COI non ha informazioni sull'utilizzo di munizionamenti. Ce lo risolvete questo corto circuito, o no? Se è rischio sanitario, quelle informazioni le dovete avere, è un obbligo, non è facoltativo.

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Capisco il suo dubbio, ma io rispondo per la competenza della mia divisione.

A questo punto, se il COI scrive che non ha conoscenza di utilizzo di munizionamento all'uranio impoverito, non è una mia competenza, ma del reparto operazioni...

GIULIA GRILLO. Scrive che non ha mai informazioni. Il COI non dispone di informazioni. Vuol dire che la valutazione del rischio sanitario non la fate completa, ma la fate sempre incompleta, perché vi manca questo dato, che è un dato importante. È come se le mancasse un dato su una malattia infettiva. Alla stessa maniera, le manca un dato per fare il quadro totale del rischio sanitario di quella zona. È facile. Non è difficile.

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Mi permetta, le ho detto che nella pianificazione di un'operazione i dati che vengono presi in considerazione per la pianificazione vengono chiesti agli organi competenti. In questo caso, è l'*intelligence* e il Medical Intelligence per quanto riguarda la parte di competenza.

Se il Medical Intelligence, o comunque l'*intelligence*, dice: guarda non abbiamo contezza di utilizzo di proiettili all'uranio impoverito... Dobbiamo dire pure questo: del fatto che siano stati utilizzati proiettili all'uranio impoverito e del fatto che ne sia stata data contezza alle autorità nazionali, può essere anche non stata data notizia. Io, come Filippo Agosta, vedo quello che succede dopo.

Io sono stato in Kosovo il 13 giugno 1999. Quando sono andato, io, a Giacobizza, e ancora il COI non c'era, sono stato per tre mesi in una base e sinceramente non avevo contezza se fosse stato fatto utilizzo di proiettili all'uranio impoverito, non avevamo vicino reperti che confermassero che fosse stato utilizzato uranio impoverito. Noi avevamo preso alloggio presso un'ex caserma, che tra l'altro non era neanche stata totalmente bombardata, ma lasciata lì, perché erano andati via, e anzi lì avevamo incontrati sulla strada, mentre noi entravamo, loro uscivano.

Quella situazione si è venuta a sapere dopo, ma noi non avevamo contezza al momento che durante il bombardamento... Le sto dicendo questo. Ripeto che, se al momento avessimo avuto contezza di una situazione del genere, avremmo utilizzato ben altri dispositivi, avremmo utilizzato ben altre azioni.

Io ho iniziato la missione a Katlanovo nel marzo del 1999. Il 13 giugno 1999, alle 23:30, in colonna ci dirigevamo al confine con il Kosovo: 36 ore per fare 50 chilometri, perché siamo passati da Pristina muovendo, a 20 chilometri orari.

Bene, vedevamo zone bombardate. Dove ci siamo fermati era una zona distrutta – le assicuro che Giacobizza era distrutta – ma non avevamo contezza che fossero stati utilizzati proiettili all'uranio impoverito. Non ci era stata data informazione che... È

anche vero che a volte può capitare che l'alleato... Se il COI ha detto «Noi non abbiamo contezza di una situazione del genere», nell'archivio del COI non c'è alcuna documentazione che faccia ritenere il contrario. Questo le posso dire, per esperienza personale.

Sono stato sottoposto dal protocollo Mandelli per cinque o sette anni...

GIULIA GRILLO. Da quanto tempo esiste questo Medical Intelligence?

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Medical Intelligence... 15 anni. Bisogna vedere le tabelle ordinarie di quando è stata creata. Tenga conto che il COI esiste dal 1998-1999, il Comando operativo interforze.

PRESIDENTE. Io proporrò nel prossimo Ufficio di Presidenza, quello della prossima settimana, una modalità di approccio — mi pare che stiamo entrando proprio nel vivo della questione — su come gestire quest'aspetto, che poi è quello per il quale il Parlamento ha voluto questa Commissione.

Intanto, vorrei pregare — facciamo in tempo se le domande sono veloci — nell'ordine, i colleghi Cova, Rizzo e Carrozza di porre le proprie domande.

PAOLO COVA. Ringrazio l'audito.

Voglio tornare un attimo indietro, ma anche perché poi sono stato sollecitato da queste ultime risposte.

All'inizio, lei aveva citato la Bibbia, i Vangeli e tutto quanto, e aveva detto che la norma italiana era più restrittiva rispetto al resto. Le devo dire, però, che in quest'anno e mezzo ho percepito una sensazione completamente contraria, cioè che le norme italiane fossero più lasse rispetto a quelle internazionali. Ho avuto questa sensazione, che spesso i militari italiani non avessero norme più restrittive, ma più larghe.

Probabilmente, se lei oggi fa quest'affermazione, vuol dire che è cambiato qualcosa. Mi farebbe piacere capire quando è cambiato questo modo e quest'approccio per cui i militari italiani hanno norme più

restrittive o più tutelanti rispetto agli altri. Mi farebbe piacere capirlo.

Per le ultime risposte che dato, però, ripiombò ancora indietro, cioè ho la sensazione che i vari reparti, divisioni, non abbiano piena conoscenza di quello che avviene. Chi sa che cosa viene usato? Gli armamenti, le armi che vengono usate sono fondamentali: a seconda di quello che si usa, poi ci possono essere delle ricadute. L'uranio ne è un esempio.

Se lei dice che lo sa il capo di Stato maggiore, ma quelli non lo sanno, questi lo sanno, quelli non lo sanno, non possiamo avere contezza... Si sa tutto o non si sa niente? Quando dice che i soldati italiani hanno delle norme più restrittive di tutela è reale o meno, o siamo ancora al livello di prima?

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Le rispondo.

Gli italiani hanno norme più restrittive? Noi applichiamo, rispetto alla normativa NATO (o Unione europea o ONU, a seconda se la missione è sotto egida NATO, ONU o Unione europea), norme italiane, notoriamente più restrittive rispetto alle normative internazionali nella stesura del documento. Come le giustifico quest'affermazione? Con quello che dicevo prima del famoso pacchetto d'ordini. Se il presidente mi dà la facoltà di leggere il documento...

PRESIDENTE. Se siete d'accordo, mi sa che dobbiamo sospendere adesso.

Colonnello, si rende non solo necessario, ma indispensabile che ci vediamo.

Conclusivamente, rimangono in sospeso — abbiate pazienza — le domande dei colleghi che ho citato. Vorrei consegnargliene un'altra.

Nella pagina in cui si parla della normativa nazionale non vedo indicato il decreto 8108: come mai?

FILIPPO AGOSTA, *JMED COI*. Con l'81/08 viene indicato, completamente chiarito nel pacchetto d'ordini, per quanto riguarda la medicina del lavoro, chi fa cosa, chi è il datore di lavoro, il medico competente e ciò che devono fare. Viene indicato

esattamente nel pacchetto d'ordini, di fatto il documento che in ambito missioni...

PRESIDENTE. Ce lo spiega meglio quando ci vediamo nella prossima occasione. La ringrazio molto per l'importante contributo.

Ricordo ai colleghi che alle 14 ci sarà l'audizione di un ex militare molto ammalato. Vi pregherei di fare tutto il possibile per essere...

Dico al volo che, in vista del programma di missioni a Bari e a Lecce fissate per martedì 21 e mercoledì 22 marzo prossimi, per visitare i poligoni di Torre Veneri e Torre di Nebbia, propongo che la Commissione svolga i seguenti esami testimoniali *in*

loco: per il poligono di Torre di Nebbia, il comandante generale Gianpaolo Mirra, l'RSPP Gianbattista Trovato, il medico competente Pierluigi Palumbo; per il poligono di Veneri, il comandante generale Fulvio Poli, l'RSPP Mario Paladini, il medico competente Vincenzo Napolitano.

Se non ci sono obiezioni, così resta stabilito.

Dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 9.35.

*Licenziato per la stampa
il 9 febbraio 2018*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

PAGINA BIANCA



17STC0029150