



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 3

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

AUDIZIONE DI ESPERTI DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

5^a seduta: martedì 17 aprile 2007

Presidenza della presidente BRISCA MENAPACE

I N D I C E**Audizione di esperti dell'Istituto superiore di sanità**

PRESIDENTE	Pag. 3, 7, 20 e <i>passim</i>	<i>SALMASO</i>	Pag. 4, 5, 7 e <i>passim</i>
DE ANGELIS (AN)	5, 12, 20	<i>LAGORIO</i>	7, 10, 12 e <i>passim</i>
RAMPONI (AN)	16, 17, 19 e <i>passim</i>		
CASSON (<i>Ulivo</i>)	18, 21, 25 e <i>passim</i>		
PISA (<i>Ulivo</i>)	19		
MORSELLI (AN)	19		
RAME (<i>Misto-IdV</i>)	22		

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

Intervengono, in rappresentanza dell'Istituto superiore di sanità, la dottoressa Stefania Salmaso, direttore del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute e la dottoressa Susanna Lagorio, primo ricercatore presso lo stesso Centro.

I lavori hanno inizio alle ore 15,10.

Audizione di esperti dell'Istituto superiore di sanità

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione di esperti dell'Istituto superiore di sanità.

È oggi in programma l'audizione, in rappresentanza dell'Istituto superiore di sanità, della dottoressa Stefania Salmaso, direttore del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute e la dottoressa Susanna Lagorio, primo ricercatore presso lo stesso Centro. Ringrazio le nostre ospiti che hanno accolto il nostro invito e che offriranno alla Commissione un contributo certamente pregevole.

L'audizione odierna si presenta particolarmente interessante per noi. Abbiamo sentito precedentemente altri componenti dell'Istituto superiore di sanità ma per ragioni di impegni vari è capitato che si siano presentati solo gli esperti chimico-fisici, lasciando la Commissione finora priva di cognizioni di tipo medico-epidemiologico. Lo svolgimento di queste audizioni in due sedute probabilmente potrà risultare vantaggioso, perché ci consente di avere ben chiare le varie competenze. Ora però abbiamo veramente bisogno di essere ristorati in questa nostra sete di sapere.

Ricordo che l'invito agli esperti dell'Istituto superiore di sanità trova una sua ragione nel fatto che sono stati ascoltati gruppi di scienziati, che hanno elaborato analisi sulle possibili cause delle patologie oggetto dell'inchiesta relative soprattutto alle nanoparticelle. Non rappresentando però un metodo scientifico il concentrarsi su una sola ipotesi, benché fosse quella maggiormente convalidata dalla precedente Commissione, di cui abbiamo acquisito per intero i risultati, abbiamo ritenuto opportuno verificare se fossero state formulate altre ipotesi, in particolare riguardo a casi di malattia e di morte tra gli appartenenti alle Forze armate, dovuti a contagio da virus o a somministrazione di vaccini. Questo è il contenuto principale dei quesiti che vorremmo porvi.

A fronte dell'ipotesi che i casi di morte e malattia nelle Forze armate siano dovuti all'uranio impoverito, vorremmo sapere quale meccanismo epidemiologico può essersi innescato e come questo possa essere rintracciato. A noi interessa avere prove che siano con buona probabilità significative, perché sulla base di quelle la Commissione dovrà poi formulare

un giudizio e presentare eventuali richieste di indennizzo o di riconoscimento di pensioni. Il nostro compito prevalentemente è questo.

Sarebbe poi auspicabile sapere, non sotto il profilo tecnico-medico ma politico-sociale, se esistono misure di prevenzione o terapie che rallentino o allevino la malattia.

Vorremmo capire inoltre se è possibile ipotizzare un valido atteggiamento preventivo per far sì che, d'ora in avanti, i militari siano avvertiti dei rischi che possono correre. Inoltre, bisognerebbe verificare se è possibile impedire un'ulteriore diffusione dei casi, sviluppando anche un'azione di prevenzione rispetto alla popolazione civile o ai familiari dei militari che rientrano dalle missioni.

Sono queste le risposte che vorremmo ricevere da voi in termini narrativi e non meramente medicali, perché sotto quest'ultimo profilo potreste darci qualsiasi tipo di informazione dal momento che nessuno di noi è fornito di specifiche competenze in quel settore. Ci aspettiamo molto da questa audizione.

La maggiore carenza è rappresentata dalla possibilità di disporre di dati ufficialmente gestibili, dal momento che gli aspetti cui ho fatto riferimento sono già stati esaminati dalla precedente Commissione. I dati forniti dalle associazioni delle vittime e dei loro familiari rappresentate dal dottor Domenico Leggiero e dall'onorevole Falco Accame sono veri e certi, ma non sono ufficiali e per ciò non sono gestibili al fine di stabilire norme di prevenzione o di risarcimento.

Vorremmo pertanto richiedere ai distretti militari tutto il materiale di cui dispongono. Ufficiali di polizia giudiziaria saranno incaricati di svolgere questa indagine nei 27 distretti militari italiani. Da voi però vorremmo sapere quale dovrebbe essere il materiale specifico che dovremmo richiedere. È inutile esaminare quintali e quintali di carte che potrebbero rivelarsi inutili per il nostro lavoro e potrebbero farci perdere molto tempo. Vorremmo quindi avere indicazioni in merito a quali potrebbero essere i documenti veramente utili; potrebbe trattarsi dei registri di morte che indicano le relative cause e il luogo in cui può essere avvenuto il contagio. Vorremmo anche sapere quale dovrebbe essere il periodo su cui indagare. Questa è l'indicazione, medica ma anche statistica, che vorremmo ricevere da voi.

Per l'aspetto meramente statistico potremmo eventualmente richiedere informazioni integrative all'ISTAT; credo però che l'Istituto superiore di sanità con il suo Centro di epidemiologia disponga già di dati molto significativi con i quali potrete illuminare la Commissione.

Do ora la parola alla dottoressa Salmaso.

SALMASO. Sono stata invitata da questa Commissione non solo in qualità di direttore del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute presso l'Istituto superiore di sanità ma anche perché sostituisco il dottor Verdecchia, responsabile del progetto specifico che stiamo conducendo con il Ministero della salute, proprio per rispondere ad alcuni di questi ormai annosi quesiti.

Mi accompagna la dottoressa Susanna Lagorio, primo ricercatore medico che si occupa di epidemiologia, con particolare riferimento all'esposizione a radiazioni.

L'attività del nostro Centro è svolta all'interno del reparto di epidemiologia dei tumori e la convenzione stipulata con il Ministero della salute è mirata, almeno per la parte che ci riguarda, all'istituzione di un registro tumori in ambito militare, proprio perché la situazione ad oggi appare ancora poco chiara. Mi dispiace doverlo dire dopo tanto tempo, visto che le domande sono sempre molte e tutti cercano risposte.

In base ad un accordo con l'ISTAT il Centro ha acquisito gli archivi di mortalità nazionale; pertanto, siamo a conoscenza dei decessi che si verificano in Italia. In accordo con il Ministero della salute abbiamo acquisito la base di dati di tutti i ricoveri ospedalieri registrati su tutto il territorio nazionale. Quindi, anche se con riferimento a questo specifico aspetto non disponiamo dei dati nominativi, potremmo in ogni caso mettere in atto tecniche con cui verificare certe categorie di persone. Inoltre, collaboriamo con il Ministero della salute anche come supporto nell'attività di monitoraggio; in altri termini, viene offerta a tutti coloro che si sono recati nei teatri di guerra in Kosovo la possibilità di effettuare delle analisi cliniche e dei monitoraggi di salute nei cinque anni successivi al loro ritorno dalla missione.

Abbiamo ricevuto mandato dal Ministero della salute di lavorare specificamente su questo aspetto, supportando quindi la sanità militare nella creazione di un registro tumori in ambito militare. Infatti, tutti i quesiti che oggi vengono formulati dipendono dal fatto che i dati non sono completi e, soprattutto, la qualità dei dati raccolti non è buona. Sappiamo che la sanità militare ha ricevuto segnalazioni di 189 casi di tumore tra i militari ma non ha potuto acquisire le rispettive cartelle cliniche. Pertanto, il grado di accuratezza normalmente esistente in tutti i registri tumori in Italia (sono circa 20) con riguardo alla formulazione della diagnosi non è in questo caso riscontrabile.

DE ANGELIS (AN). I dati che sta menzionando sono relativi ad un ambito specifico?

SALMASO. Fanno riferimento alla casistica acquisita dal 1999 che comprende anche i casi studiati dalla Commissione Mandelli relativi a coloro che si sono recati nelle zone di guerra in Kosovo. Si tratta di un dato cumulativo totale. Io però ho citato un dato di cui non abbiamo certezza; si tratta di circa 180 casi, in base alle segnalazioni ricevute dalla sanità militare.

Dal momento che nella nostra attività effettuiamo anche la disamina dell'epidemiologia dei tumori nella popolazione nazionale, posso segnalare che i tumori si verificano con una certa frequenza in certe fasce di popolazione. Detto in modo informale e narrativo, il problema reale dell'approccio è che, per quantificare la presenza di un rischio aggiuntivo per chi si è recato in certe zone, bisogna confrontare chi si è recato in

quelle zone e chi non vi si è recato. Ovviamente per fare questo confronto non si può prendere in considerazione la casalinga italiana di mezz'età ma un individuo uguale che non si è recato in quelle zone, vale a dire tutto il resto della popolazione militare.

Per dare una visione sintetica, allo stato attuale abbiamo stipulato la convenzione con il Ministero della salute per effettuare questa analisi, ma non abbiamo mai avuto accesso ai dati dei militari per problemi legati alla tutela della confidenzialità del dato, aspetto che vorrei portare all'attenzione di questa Commissione. In questo caso il rispetto delle norme molto stringenti vigenti in materia, ci ha impedito di farci consegnare dalla sanità militare gli elenchi nominativi di tutti i militari in servizio e di tutti i militari che si sono recati nelle zone che ci interessano. Una soluzione potrebbe essere rappresentata dalla stipula di una convenzione, che deve passare però attraverso la convenzione con gli Stati Maggiori, perché la sanità militare non ha giurisdizione sui singoli operatori.

Abbiamo fatto una disamina dei dati che la sanità militare ci ha trasmesso, purtroppo senza poter fare un'analisi sull'accertamento dei casi segnalati perché, non avendo l'identificativo esatto dei casi, non abbiamo potuto mettere in atto tutte le verifiche che si fanno in occasione dei registri tumori.

L'esperienza che abbiamo sulla registrazione dei casi di tumore è estesa, perché in Italia esiste, sulla popolazione generale, una ventina di registri tumori, che ci permettono di indicare l'incidenza stimata per ogni persona di sviluppare un tipo di tumore ben caratterizzato dal punto di vista istologico e la sopravvivenza. A tutt'oggi stiamo ancora cercando di risolvere il problema dell'accesso al dato individuale nominativo.

Quindi, nel caso della richiesta di ulteriori dati, per noi sarebbe sufficiente avere l'accesso alla base di dati nominativi della popolazione militare o di un certo sottogruppo per poter effettuare questa indagine comparativa. I dati ora forniti dalla sanità militare sulle segnalazioni spontanee di casi di tumore non indicano un eccesso di alcuna frequenza, però rispetto ai dati riferiti dalle associazioni dei militari in altro ambito sono di numero decisamente inferiore; comunque, le altre associazioni non hanno portato nessuna documentazione di supporto.

Da questo punto di vista, la nostra idea è acquisire questi dati nominativi, fare una disamina della completezza delle segnalazioni ottenute, verificando se quegli stessi soggetti sono stati ricoverati in qualsiasi parte del Paese, sono deceduti e, in tal caso, per quale causa, confrontando questo campione con un campione rappresentativo della popolazione militare appaiata per età nelle stesse zone. Secondo noi un dato così acquisito sarebbe abbastanza indicativo per effettuare una stima del rischio.

Vorrei sottolineare che il problema dei militari esposti all'uranio impoverito non è solo della sanità militare italiana ma anche delle sanità militari delle altre Nazioni i cui militari si sono recati in quella zona. Esiste una letteratura scientifica abbastanza attendibile, in cui vi è la disamina di come è stato effettuato questo approccio. Quindi, il dato è disponibile an-

che per altri studi ma ad ora non emerge alcuna indicazione. Ad ogni modo, la dottoressa Lagorio potrà commentare anche questo aspetto.

PRESIDENTE. Qual è l'oggetto delle relazioni quadrimestrali che fanno i Ministeri della difesa e della salute?

SALMASO. Sono sui dati riferiti dalla sanità militare.

LAGORIO. Sono un primo ricercatore dell'Istituto superiore di sanità e lavoro nel reparto di epidemiologia dei tumori del Centro Nazionale di Epidemiologia. La mia esperienza è stata per anni in epidemiologia ambientale e mi sono occupata di diverse esposizioni ambientali, tra cui i campi elettromagnetici, quindi radiazioni non ionizzanti. Sono anche membro del comitato scientifico che dovrebbe seguire l'evoluzione del programma di sorveglianza epidemiologica previsto dalla legge n. 27 del 2001 e dall'accordo Stato-Regioni del 2002. Nelle relazioni quadrimestrali al Parlamento viene riportata l'evoluzione di quello specifico programma.

Nell'ambito del comitato scientifico, non sono l'unica epidemiologa, ne sono stati nominati altri tre in rappresentanza delle Regioni: il collega Giuseppe Costa, del Piemonte, il professor Giorgio Assennato, della Puglia e il dottor Fabio Barbone, del Friuli Venezia Giulia.

Il nostro sistema di sorveglianza, così come è stato formulato per legge, ha scarse probabilità di perseguire l'obiettivo che si propone e che è, in particolare, quello di valutare l'impatto sullo stato di salute delle condizioni esperite dalla popolazione militare e civile che si è recata per missioni di pace in Bosnia e Kosovo a partire dal 1994. È impossibilitata a perseguire questi obiettivi per alcuni motivi fondamentali. Si tratta di un'indagine su base volontaria e ci sono dei fattori che indirizzano i volontari a richiedere determinate prestazioni, che potrebbero anche essere associate allo stato di salute; pertanto, non riusciremmo a distinguere qual è il contributo dei due fattori allo stato di salute riferito. I sintomi e le patologie sono riferiti dal soggetto, quindi non hanno una base obiettiva; questa non è sfiducia nei confronti di quello che la gente riporta.

Gli studi degli epidemiologi sono basati su un particolare disegno, che si chiama caso-controllo, in cui retrospettivamente, selezionando tutti i casi di una certa patologia da fonti certe e campioni *random* della popolazione generale da cui quei casi sono emersi, gli uni e gli altri vengono interrogati su possibili fattori di rischio per la malattia d'interesse.

Purtroppo, la lunga esperienza degli epidemiologi dimostra che, in tal caso, si verifica che, essendo stati colpiti da quella malattia, i pazienti hanno avuto modo di riflettere sulle esposizioni passate molto più a lungo e con molto più coinvolgimento affettivo, di quanto non abbia fatto un soggetto sano non colpito dalla stessa malattia. È quello che si chiama in inglese *recall bias*, che in italiano generalmente traduciamo in «distorsione da ricordo», ruminazione, ed è purtroppo una realtà e un limite interpretativo delle indagini di popolazione. Gli epidemiologi ci fanno i

conti; continuano ad utilizzare questi strumenti di analisi, questi studi di tipo osservazionale e analitico per individuare i nessi tra fattori di rischio e malattie, ma negli anni più recenti cercano sempre più di mettere in piedi degli studi di validazione. Ad esempio, nello studio internazionale sull'uso del cellulare e i tumori cerebrali denominato «Progetto *Interphone*» abbiamo fatto degli studi di validazione paralleli utilizzando dati di traffico. Analizziamo quello che i soggetti ci hanno riferito, ma poi, sulla base dei risultati e degli studi di validazione, cerchiamo di valutare l'impatto delle distorsioni. È importante ed è onestà intellettuale, non pregiudizio.

Il terzo motivo per cui l'indagine è molto limitata è che manca un gruppo di controllo. Quando abbiamo stimato una certa prevalenza di sintomi tra coloro che hanno partecipato a quest'indagine a chi la riferiamo? Qual è la prevalenza attesa? È più alta o più bassa dell'esperienza di soggetti paragonabili per sesso, età e caratteristiche fisiche nella popolazione generale?

Per questa ragione i membri, in modo particolare gli epidemiologi, del comitato scientifico parallelo al programma di sorveglianza, non potendo modificare il dettato di legge (perché si sarebbe dovuto proporre una modifica legislativa al Parlamento e sentire nuovamente la Conferenza Stato-Regioni) hanno pensato, con la stessa dotazione finanziaria attribuita al programma che continua a essere stanziata annualmente, di testare la fattibilità di veri e propri studi epidemiologici di tipo analitico, analoghi a quelli condotti sui veterani della guerra del Golfo, soprattutto negli Stati Uniti e in Inghilterra, e per i reduci dalla guerra sui Balcani in Danimarca e in Svezia.

Non entro nel dettaglio di questi studi; mi perdonerete, ma la dottoressa Cristina Nuccetelli dell'Istituto superiore di sanità vi ha già illustrato nell'audizione precedente il programma di revisione della letteratura e sarà mio compito rendere noto, non appena pronto, a voi e al più ampio pubblico dei lettori interessati, l'articolo di revisione delle indagini epidemiologiche finora svolte.

Vorrei però focalizzarmi su alcuni punti. La presidente Brisca Menapace ha posto tre domande e si aspettava da noi delle risposte sulle evidenze scientifiche rispetto ai fattori di rischio, alle cause di malattia prevalenti ed evidentemente al nesso tra i due elementi, sulle misure preventive da suggerire in base alle suddette evidenze e sulle eventuali terapie da seguire per chi è stato colpito.

Non mi vergogno a dire che devo deludere questo consesso perché non sono in grado di fornire risposte, ma lo faccio consapevolmente: gli studi epidemiologici sono lenti. Le malattie di principale interesse, almeno per quanto concerne la potenziale esposizione a uranio impoverito, sono tumori di tre sedi in particolare, anche per le caratteristiche dell'isotopo radioattivo. Le vie di esposizione sono inalatorie, d'ingestione, oppure per penetrazione, nel caso in cui si viene colpiti da schegge e frammenti dei detonatori; i tumori per i quali ci si aspetta di osservare eventuali in-

crementi di rischio, sono quelli del polmone, del rene (perché è un *target* della tossicità chimica dell'uranio) e le neoplasie linfomatoide.

Queste tre sedi, i loro coefficienti di sensibilità e la modellizzazione del rischio atteso da uranio impoverito vi saranno stati illustrati dai nostri colleghi fisici, che non sono fisici di base: quelli che lavorano al nostro Istituto sono radioprotezionisti e sono estremamente competenti nel trasferire le loro conoscenze in un impatto di sanità pubblica. È la loro quotidiana occupazione.

Ad esempio, il lavoro svolto dai fisici del nostro Istituto all'interno della Commissione Mandelli (di cui già conoscete i tre rapporti) è stato sintetizzato in un articolo, pubblicato sulla rivista dell'Associazione italiana di epidemiologia, «Epidemiologia e Prevenzione», e contiene una modellizzazione del rischio atteso. Attività di questo tipo sono state svolte anche all'estero, in Inghilterra – ad esempio – dalla Royal Society.

Sia negli Stati Uniti che in Inghilterra, a ridosso della fine della prima guerra del Golfo, quando scoppiò la relativa sindrome, i cui sintomi erano sostanzialmente fatica, insonnia e ansia tra i militari rientrati, sono stati immediatamente convocati dei *panel* di esperti ai quali è stato affidato l'incarico di stimare l'entità del rischio atteso sulla base delle conoscenze *a priori*, attraverso gli studi epidemiologici disponibili, quali la coorte dei sopravvissuti di Hiroshima e Nagasaki, e gli studi sui minatori dell'uranio e sulle popolazioni sottoposte a trattamenti radioterapici per malattie varie.

Conosciamo abbastanza bene gli effetti dell'esposizione a radiazioni ionizzanti, ma la dottoressa Nuccetelli vi avrà sicuramente informati del fatto che, pur sapendo molto sull'irradiazione esterna da radioisotopi, sappiamo poco su quella interna. In ogni caso, per produrre delle stime, si utilizzano le conoscenze disponibili, perché non si può stimare sull'ignoto.

L'altro parametro d'interesse è la modellizzazione dell'intensità e la probabilità di esposizione. Anche a tal riguardo riscontravamo enormi vuoti conoscitivi che sono stati colmati delineando scenari e ipotesi peggiori (*worst case hypothesis*), prefigurando, ad esempio, una situazione in cui, all'impatto di un dardo a uranio impoverito, sopravvivevano i militari che si trovavano all'interno di un carro armato o di qualunque altro veicolo: questo è stato considerato lo scenario di peggiore esposizione.

Non sappiamo su quanti veterani inglesi o americani, ma anche nel caso peggiore, l'eccesso di tumori atteso era il doppio di quello normalmente atteso nella popolazione generale per le sedi *target* particolari. I *panel* di ricerca, in particolare quello riunito sotto l'egida della Royal Society dal Medical Research Council inglese, dopo aver condotto le suddette analisi, hanno definito delle priorità di ricerca, constatando, in parole povere, i vuoti conoscitivi esistenti e colmandoli con studi *ad hoc*.

L'analogo *panel* americano ha stabilito, sotto forma di domande, 20 diversi obiettivi da testare con programmi di ricerca *ad hoc*, la maggior parte dei quali riguarda questioni relative a esposizioni. Nello scenario della guerra del Golfo c'era un problema di armi chimiche e biologiche e di vaccinazioni specifiche, come quella per l'antrace (vaccinazioni mul-

tiple che in genere si effettuano tra i militari in tutti gli scenari di guerra) nonché un problema di esposizione ad agenti infettivi responsabili di malattie endemiche. C'era poi un problema di esposizione a esalazioni da pozzi petroliferi incendiati e a gas di convogli militari e c'era un antidoto (il bromuro di piridostigmina), oltre a tutta una serie di *outcome* di potenziale interesse.

Le prime, le più interessanti questioni (e sono le nostre) da affrontare prioritariamente sono queste. Si tratta di domande semplicissime che vorrei tradurvi da un testo scritto in inglese: i veterani della guerra del Golfo presentano un rischio maggiore dell'atteso di sviluppare tumori di qualunque tipo quando sono confrontati con un'appropriata popolazione di controllo? I veterani della guerra del Golfo sperimentano un tasso di mortalità più elevato rispetto a quello di un'appropriata popolazione di controllo? Esistono particolari cause di morte che possono essere associate al servizio nel teatro della guerra del Golfo? Stiamo parlando di un'operazione bellica che è durata cinque giorni, la famosa «guerra lampo» condotta nel gennaio 1991. Ricordo che le forze degli Stati Uniti e del Regno Unito sono state schierate nelle zone di guerra nell'agosto 1990 e sono poi definitivamente partite tra aprile e maggio del 1991.

Vi invito ad esaminare le date cui questi lavori si riferiscono al fine di disporre di un *follow up* di 14 anni per determinare la mortalità per causa. Dieci anni di latenza tra l'inizio dell'esposizione e l'insorgenza dei sintomi rappresentano il periodo minimo per la manifestazione della maggior parte dei tumori soliti. Generalmente i tumori che insorgono entro un anno dalla presunta esposizione sono considerati non associati all'esposizione in questione, quella d'interesse per lo studio. Un determinato gruppo di neoplasie – ad esempio quelle del sistema linfopoietico, le leucemie in particolare –, da quanto siamo venuti a conoscenza dalla coorte di Hiroshima e Nagasaki, ha una latenza più breve ma sempre nell'ordine di anni nella persona adulta. Si registra un unico caso tra le neoplasie linfopoietiche o tumori cerebrali che insorgono anche nei bambini di età inferiore all'anno, mentre la leucemia infantile, la leucemia linfatica acuta, ha una moda, cioè il picco di frequenza, che si aggira intorno ai 2-3 anni di età. Nonostante questo, gli orientamenti della ricerca si concentrano piuttosto sulle esposizioni avvenute durante la gravidanza, sulle esposizioni sperimentate, quindi, nel grembo materno. Tutti i tumori che conosciamo finora hanno bisogno di *step* multipli di attivazione. Non esiste un'esposizione che da sola alteri il patrimonio genetico e sia capace di attivare tutte le fasi di induzione, progressione e trasformazione.

SALMASO. Normalmente si parla di una costellazione di concause che si devono verificare.

LAGORIO. Comunque si fa riferimento a tappe ed eventi successivi.

Osserviamo le date di pubblicazione delle prime analisi di mortalità. Negli Stati Uniti e nel Regno Unito studiosi come Kang, Bullman, MacFarlane e Gray, ad esempio, hanno pubblicato nel 2002, 11 anni dopo la

guerra del Golfo, una rassegna degli studi di mortalità che erano stati effettuati con un *follow up* di almeno sette anni in entrambi i Paesi. Tanto per fornire un *flash* sui risultati, vorrei evidenziare che in base a tali studi si sosteneva che la mortalità dei veterani della guerra del Golfo (avendo in considerazione sesso, età e altri aggiustamenti del caso) era inferiore all'attesa ed emergevano eccessi di mortalità per cause esterne, violente, non legate all'evento bellico ma al ritorno dei militari dalle zone di guerra; si registravano in particolare incidenti di auto. In merito si è sviluppata tutta una letteratura che cercava di capire che significato avesse questo dato.

Il risultato non era neanche ignoto ai ricercatori che si occupano di *military health*, che è un filone di ricerca; il dato era conosciuto già dai casi relativi ai veterani della guerra del Vietnam, oltre che dalla cinematografia che li riguarda. Peraltro, segnalo che il problema è affrontato molto bene nell'ultimo libro dello psicologo americano James Hillman. Spesso si tratta di persone che, per ragioni psicologiche, tendono ad assumere un atteggiamento incline al rischio e a comportamenti particolarmente pericolosi, come se si registrasse un abbassamento della soglia di lettura del pericolo. Tale dato si ritrova anche nei veterani della guerra del Golfo.

Il primo studio sull'incidenza dei tumori tra i veterani inglesi della guerra del Golfo è del 2003, pubblicato sul *British medical journal*. È stata esaminata una coorte simile alla nostra per entità numerica (51.000 soggetti). Per quanto riguarda il modello, faccio presente che un gruppo di studiosi dell'università di Manchester, in collaborazione con un gruppo della London School of hygiene and tropical medicine, ha individuato due coorti parallele, quella dei veterani del Golfo e degli inviati in missione di pace in Bosnia e un'altra coorte di confronto, che loro definiscono coorte. Era, esattamente analoga per dimensioni (57.000 soggetti circa), strettamente appaiata ai militari inviati in missione ancora una volta per genere, per età, per grado, per arma e per livello di *fitness* fisica. Infatti, nei gruppi militari, come nelle coorti di lavoratori industriali, si trova un elemento che in lingua inglese è definito «*healthy worker effect*» o «*healthy soldier effect*», cioè l'«effetto lavoratore sano» o l'«effetto soldato sano». Per entrare a far parte di un gruppo di persone chiamate a sostenere una certa attività fisica, pesante (si parla di coorti industriali operaie e manifatturiere vere e proprie e di eserciti) bisogna superare una certa selezione iniziale sulla base di caratteristiche di prestanza fisica, e poi si è sottoposti a controlli medici più intensi del normale. Si deve quindi rimanere in buona salute, altrimenti si è costretti a lasciare il servizio militare.

I risultati dello studio di MacFarlane sono negativi. Non si osserva nelle due coorti alcun eccesso di rischio statisticamente significativo per nessuna sede tumorale. I confronti vanno effettuati sulla base di analisi statistiche particolari, adeguate, definite «modelli proporzionali di Cox» utilizzati sempre da questi autori e anche da altri.

È stata inoltre studiata anche l'incidenza di tumori nella guerra dei Balcani, analizzando, quindi, coorti più piccole. Nel 2004 in Svezia è stato

pubblicato un lavoro di Per-Olle Gustavson. Faccio presente che la forza militare svedese è stata inviata nei Balcani prima del contingente italiano. Infatti, il *follow up* analizzato si riferisce ad un periodo che va dal 1989 al 1999, mentre i militari italiani sono partiti per i Balcani in un'epoca successiva, non nel pieno delle ostilità e del conflitto, sicuramente dopo che i bombardamenti avevano avuto luogo.

Nel *database* che abbiamo a disposizione, perlomeno per quello che prevede il sistema di sorveglianza italiano dello stato di salute, il nostro limite superiore remoto nel tempo è il 1° agosto 1994, che ho sempre interpretato come la data della prima missione italiana nei territori d'interesse per il programma di sorveglianza. C'è una differenza di cinque anni rispetto all'invio del contingente svedese.

DE ANGELIS (AN). Questo però nel Kosovo.

LAGORIO. Nei Balcani in generale. Adesso non le so dire dove sono stati i militari svedesi. So soltanto che il *follow up* va dal 1989 al 1999.

La popolazione in studio è molto piccola, si tratta di poco più di 9.000 persone (8.750 uomini e 438 donne svedesi); infatti, in questo arco di tempo (11 anni) si sono registrati 26 tumori tra gli uomini e 4 tra le donne; quindi, come potete immaginare, per singole cause si osservano spesso uno o due casi. Questo significa che gli intervalli di confidenza delle stime di rischio sono molto ampie. A volte gli epidemiologi non presentano neppure in tabella stime di rischio che abbiano un *range* tra intervallo inferiore e superiore della stima uguale, ad esempio, a dieci; immagino siate diventati esperti sulla misura di rischio relativo e sull'intervallo di confidenza. Le stime con intervalli di confidenza molto ampi sono stime ballerine, basate su piccoli numeri, e di solito sono sovrastime. C'è una distorsione nota in epidemiologia: la distorsione da piccoli numeri, che non solo tendono a diluire la potenza statistica e quindi a non far vedere gli eventuali eccessi presenti, ma possono anche provocare incrementi di rischio in maniera artificiale e sono risultati casuali da attribuire ad effetti appunto casuali e alla suddetta distorsione da piccoli numeri.

In ogni caso, gli svedesi osservano degli eccessi di tumori del testicolo, che è il tumore più frequente in assoluto nella fascia di età giovane, tra i 15 e 45 anni, nella popolazione generale, seminomi e non seminomi. Gli svedesi adottano un approccio che sarebbe interessante riprodurre negli studi italiani, per stimare un gradiente di esposizione presuntiva: dividono la popolazione in quattro gruppi. Il primo era composto dai militari che svolgevano incarichi quasi sedentari – chiamiamoli così –, essendo confinati nel campo base. Del secondo gruppo facevano parte invece i militari che si muovevano nell'area circostante ma che raggiungevano i propri obiettivi a piedi, quindi in un raggio limitato. Il terzo gruppo era invece composto dagli addetti ai convogli. Infine, il gruppo considerato più a rischio (anche in base all'esperienza da me maturata nel gruppo

di lavoro italiano) era composto dai militari addetti agli sminamenti e alle bonifiche dei siti in cui si trovavano i proiettili inesplosi.

La dottoressa Nuccetelli mi ha detto che anche nel contingente italiano ci sono stati addetti ad operazioni di bonifica di proiettili inesplosi che potevano contenere anche dardi ad uranio impoverito. In realtà, gli Autori Svedesi non hanno osservato eccessi di tumori del testicolo nei militari del gruppo a maggior rischio, fra i quali non vi sono stati casi, ma il numero di casi in eccesso si distribuiva uniformemente negli altri tre gruppi e questo non dava un'indicazione di associazione.

I danesi hanno studiato un contingente più numeroso, circa 14.000 persone (13.500 uomini e 460 donne) su un periodo che va dal 1992 al 2002, e hanno osservato in totale 84 neoplasie tra gli uomini e 12 tra le donne; non hanno riscontrato alcun eccesso di tumori del polmone (i famosi *target*), anzi hanno rilevato un lieve *deficit* di incidenza; non hanno osservato neppure eccessi di tumori del rene né di neoplasie del sistema linfemopoietico né di tumori del testicolo, come avevano rilevato gli svedesi. I danesi hanno però osservato un eccesso di tumori dell'osso (anche in questo caso basato su piccolissimi numeri, se non ricordo male quattro casi osservati, con un rischio relativo di sei), totalmente inatteso perché non era mai stato segnalato in precedenza neanche negli studi americani. Tale tumore è stato rilevato, per esempio, in alcune coorti o studi in relazione ad esposizione ad un certo tipo di radiazioni ionizzanti e quindi poteva essere preoccupante nel contesto specifico. Tre di questi quattro tumori si erano verificati in un tempo inferiore alla data di prima missione del soggetto e quest'osservazione portava gli autori a concludere che non vi fosse alcuna relazione con eventuali esposizioni ad uranio impoverito.

SALMASO. Vorrei aggiungere che adesso, tramite il Ministero della salute, abbiamo acquisito la base di dati della Direzione della sanità militare del Ministero della difesa. Nell'appunto che vi ho inviato, si parla di circa 65.000 militari che hanno avuto una missione in Kosovo anche ripetuta o nelle zone d'interesse.

Facendo un esempio relativo al tumore del testicolo, in Italia, nella popolazione normale, un uomo ogni 273, nell'età tra 0 e 74 anni, sviluppa tale tumore; la mortalità è bassa, ma è un dato di incidenza significativo. Nella popolazione normale la massima incidenza in cui si verificano i nuovi casi di tumore del testicolo è nella fascia di età tra i 20 e i 29 anni, con un incremento che va dai 19 ai 50 anni, quindi in un periodo in cui la persone lavorano. Con una coorte di 65.000 militari che si colloca in questa fascia di età, siamo molto favorevoli all'impostazione di uno studio in cui vi sia un gruppo di controllo sensato. Da tutto quello che abbiamo studiato e letto, l'unico modo per sostenere che esiste un aumento di rischio per chi è esposto a certe situazioni rispetto a chi non è esposto è quello di costruire un gruppo di persone potenzialmente esposte (i 65.000 militari che sono stati in Kosovo fino al momento che conosciamo); confrontarlo con altrettanti militari della stessa età che non sono stati in esposizione, per un tempo di latenza in cui siamo ragionevol-

mente sicuri di poter catturare tutto quello che è attribuibile ad un'esposizione di quel tipo ed è legato allo sviluppo di una patologia con quest'ampio periodo di latenza; quindi effettuare una stima di validazione.

La nostra proposta, su cui stiamo insistendo per portare avanti questo studio, vuol dire acquisire i dati nominativi di chi è andato nelle missioni, dopodiché fare una disamina su tutti i certificati di morte. Infatti, potrebbe essere limitativo sapere dai militari chi è morto e chi no, visto che qualcuno potrebbe essersi congedato o aver lasciato il servizio perché stava male. Si potrebbero chiedere all'ufficio di ragioneria che paga gli stipendi e le pensioni i nominativi che sono sui libri paga, ma sarebbe molto complesso. È molto più semplice acquisire il dato nominativo di chi è stato esposto e di chi non lo è stato. Siamo in grado, allo stato attuale, di fare delle ricerche per capire se quella persona in Italia è viva, è morta, è andata in ospedale. Oggi l'unico vero ostacolo è la normativa sulla tutela dei dati individuali che ci impedisce di accedere alle banche dati.

Come avrete capito, sto parlando della legge sulla *privacy* e a tal proposito colgo l'occasione per dire che dal 28 febbraio scorso, data di applicazione della norma, in Italia tutti i registri tumori sono praticamente illegali. Allo stato attuale c'è una proposta di legge recante alcune disposizioni per la semplificazione degli adempimenti amministrativi connessi alla tutela della salute, nella quale sarebbe fondamentale inserire una norma volta alla salvaguardia dei registri di patologie, per favorire le nostre conoscenze. Per fare un esempio, in Italia è dai registri dei tumori che ricaviamo l'indicazione che un maschio su 273 in una determinata fascia di età si ammala. D'altra parte, siamo certi che potrebbe essere assolutamente idoneo istituire in ambito militare (i militari stessi sono d'accordo) uno specifico registro dei tumori e delle patologie legati a qualsiasi tipo di esposizione, perché la vita di un militare sul campo operativo potrebbe essere completamente diversa.

Ci rendiamo conto che è forte l'esigenza di chiarezza nella comunicazione ed è fondamentale, ma occorrono dati solidi su cui basare tale comunicazione. Questa è la nostra situazione attuale.

LAGORIO. Perché gli svedesi o i norvegesi arrivano prima di noi? Nei cinque Paesi scandinavi (inclusa la Danimarca) già dagli anni Cinquanta è attivo un sistema di registrazione basato su un codice univoco che prende in considerazione ogni individuo: è ciò che stiamo tentando di fare noi con il codice fiscale.

Vi sono tantissimi registri di popolazione, da quello sulle cause di morte ai registri tumori su base nazionale, mentre in Italia questi ultimi sono su base provinciale e coprono solo il 25 per cento della popolazione. Non abbiamo una registrazione dei tumori a livello nazionale, a differenza dei Paesi scandinavi che riescono a condurre velocemente studi che a noi richiedono una fatica insuperabile. Pertanto, non abbiamo gli strumenti per fare studi di incidenza mentre possiamo effettuare studi di mortalità perché disponiamo di un *database* nazionale sulle cause di morte.

Nel 1987 ho scritto l'articolo di riferimento su come si realizzano, mediante *record linkage* con il *database* nazionale di mortalità o con i *database* nominativi delle cause di morte regionali, gli studi di coorte di mortalità in Italia. È pur vero che c'è ancora il lavoro di riferimento e una procedura *standard* abbastanza semplice; prima dell'attuazione della legge sulla *privacy*, potevamo rivolgerci ai Comuni per accertare lo stato in vita e la causa di morte, per poi effettuare il *record linkage* con i *database* nazionali di mortalità, accedendovi con alcune chiavi utili come il Comune e la data di nascita, il Comune di morte e di residenza.

SALMASO. È possibile rintracciare la storia dell'individuo.

LAGORIO. Sono necessarie informazioni individuali minime e dati nominativi per ottenere dai Comuni lo stato in vita e la causa di morte in chiaro, per validare eventuali *linkage* multipli che si verificano nei grandi Comuni, dove ci sono omonimi per data, Comune di nascita e di residenza.

Per quanto riguarda l'incidenza, dobbiamo basarci sull'unico registro a livello nazionale di cui disponiamo dal 2001, quello delle dimissioni ospedaliere. Tale registro – è quanto stiamo tentando di fare attualmente – non è direttamente utilizzabile come i registri tumori nazionali perché, essendo un registro di ricoveri ospedalieri, è di dimensioni enormi, visti i 13 milioni di ricoveri annuali in Italia. Immaginate di dover gestire un simile registro: è impossibile caricare su un PC un *dataset* di un anno. La copia attualmente disponibile presso l'ufficio di statistica dell'Istituto non è nominativo e non contiene neppure il codice fiscale. Il Ministero della difesa dovrebbe avere il codice fiscale della coorte di militari e ciò ci permetterebbe di effettuare un *linkage*, anno per anno. A tale scopo, auspichiamo di ottenere dal Ministero della Salute copia del *database* SDO con il codice fiscale in chiaro.

Tuttavia, in base alla mia esperienza nell'ambito del Progetto *Inter-phone*, usando le schede di dimissioni ospedaliere (SDO) come fonte secondaria di accertamento dei casi, ho rilevato che la diagnosi di dimissione può presentare degli errori. Bisogna dunque effettuare studi di validazione per le cause che ci interessano di più.

SALMASO. Per il registro tumori di popolazione, ad esempio, per ogni caso segnalato l'istologo o l'anatomopatologo che possiede il reperto, prende in ospedale la cartella clinica di quel paziente e verifica se si tratti effettivamente di un caso di tumore con relativa conferma istologica e perfetta descrizione. Solo allora può essere convalidato.

Attualmente, la sanità militare è dotata di un proprio archivio di segnalazioni in cui, per buona volontà, si registra anche ciò che si legge sui giornali, non disponendo di altri strumenti: anche laddove il caso non sia confermato, qualcuno ne ha parlato e questo vale come una buona dimostrazione. Dalla conferma istologica del *database* – a quanto ci risulta – su 65.000 soggetti vi sono stati 159 casi di tumore segnalati fino al 2005 e

189 fino alla fine del 2006, ma la conferma della diagnosi non è disponibile nemmeno per i due terzi di questi. Come si fa a produrre un'inferenza sul tipo di tumore, quando non sappiamo nemmeno se sia istologicamente confermato?

A tal fine, il nostro sforzo è riuscire ad effettuare questi studi di coorte, utilizzando gli archivi di cui disponiamo della popolazione nazionale e verificando la completezza dei dati fino a quando non avremo analizzato tutto.

RAMPONI (AN). Signora Presidente, essendo arrivato in ritardo alla seduta odierna, probabilmente ho perso alcune delle considerazioni che avete espresso. Innanzitutto, mi rivolgo alle nostre ospiti: desidero ringraziarvi per la chiarezza della vostra esposizione ma anche – consentitemi – per la passione con cui parlate del vostro lavoro.

Desidero porre alcune domande in relazione ai vostri interventi, avendo preso nota di alcuni passaggi, e mi scuso anticipatamente se non dovessero apparire consequenziali ed organiche. La dottoressa Lagorio parlava di alcune ipotesi prese in considerazione in uno studio, la peggiore delle quali mi è sembrato si riferisse al caso di alcuni militari sopravvissuti all'impatto di un dardo a uranio impoverito. Da un punto di vista generale può essere interessante conoscere i risultati di queste analisi, ma mi concentrerei su quegli studi che prendono in considerazione situazioni analoghe a quelle vissute dai nostri uomini, che da 60 anni a questa parte non sono mai stati in carri armati colpiti da simili proiettili, in particolare nell'area balcanica.

Tuttavia, credo sia interessante conoscere studi elaborati da altri Paesi (americani o inglesi) in aree e in situazioni analoghe alle nostre. Quando ha fatto quei riferimenti, non aveva ancora chiarito cosa intendeva esattamente: mi riferisco a quanto ha affermato, ad esempio (ma non solo), a proposito degli svedesi. Mi chiedo cosa ci facessero gli svedesi in area balcanica nel 1989, dal momento che non vi era alcun conflitto. Il primo conflitto è stata quello serbo-croato nel 1992. Sicuramente, gli svedesi non erano presenti nell'area per operazioni belliche, ma neanche per operazioni di pace, perché non c'era alcuna guerra. Successivamente, ha citato altri esempi più vicini nel tempo.

È molto interessante il suo ragionamento sulla manifestazione entro un anno dall'esposizione dei sintomi certamente non originati dall'assunzione di prodotti di vario genere, avvenuta sempre nell'arco dello stesso anno. Anche in quel caso bisognerebbe esaminare i dati relativi ai 189 casi di cui avete parlato e verificare quando si sono manifestati i primi sintomi della malattia e, in particolare, a quale distanza di tempo dalla permanenza dei nostri militari nelle zone di guerra.

SALMASO. Bisognerebbe prendere visione delle cartelle cliniche.

RAMPONI (AN). Certamente.

Quello di cui avete parlato però rappresenta per me una novità, in quanto i primi sintomi della malattia si sono manifestati dopo un lasso di tempo molto breve dalla permanenza dei soldati nei teatri di guerra. Come lei ha osservato, è facile che chi subisce la malattia intuitivamente assuma un atteggiamento tale da attribuirne le cause ad un evento che si è verificato di recente in precedenza. Succede la stessa cosa anche per i piccoli disturbi.

Anche questo dato determina una grande novità. Di certo non tutti avranno manifestato i primi sintomi nell'anno successivo all'impiego nei territori di guerra, ma nessuno certamente li ha manifestati nei successivi dieci anni, che in alcuni casi non sono nemmeno trascorsi. Pertanto, se nessun militare si è ammalato nel corso di un anno e se le vostre statistiche sono vere, i casi di malattia registrati nei due anni successivi dovrebbero essere pochissimi ma probabilmente quelli riscontrati nei successivi tre anni dovrebbero essere più numerosi. Quindi, parlare di «dieci anni» ha un certo significato.

Vorrei comunque sapere se tale ragionamento vale per tutte le tipologie di tumori o si limita a quelle causate da contaminazione da uranio, più o meno ipoteticamente.

SALMASO. Si riferisce al processo patologico tumorale.

RAMPONI (AN). La dottoressa Lagorio ha poi affermato che lo studio pubblicato nel 2004 non ha rilevato alcun eccesso.

LAGORIO. Non risultano eccessi significativi.

RAMPONI (AN). Ritengo che le dottoresse Salmaso e Lagorio abbiano letto la relazione finale della precedente Commissione di inchiesta. Ci chiediamo, quindi, cosa possiamo fare nel futuro. Certamente dobbiamo preoccuparci delle conseguenze della permanenza dei soldati italiani nei Balcani, ma l'interesse è enorme ed investe anche gli uomini attualmente impegnati nelle stesse aree.

Chiedo pertanto ai nostri ospiti che cosa ritengono dobbiamo fare in futuro. In base alle vostre ultime affermazioni, lo studio scientifico che bisogna affrontare richiede tempi lunghissimi ed incerti, dal momento che le varie indeterminatezze segnalate, dovute anche alla normativa sulla *privacy*, denunciano un'obiettiva difficoltà ad attivare un sistema che, alla fine, attraverso un *iter* di indagine necessariamente lungo, possa produrre delle risposte.

Pertanto, in qualità di componente della Commissione di inchiesta, se, dando per certo quanto è stato detto, la situazione è questa, vi chiedo un vostro giudizio sulla opportunità di mantenere in vita un organismo parlamentare la cui esistenza, a mio avviso, in base a quanto avete affermato e alle conclusioni della precedente Commissione, non ha ragion d'essere. Vale la pena pensare ad una iniziativa assunta dal Ministero della salute ed eventualmente anche da quello della difesa che diano

vita ad un sistema tale che consenta agli organismi preposti di svolgere quel programma cui voi avete fatto riferimento.

La nostra indagine politica deve lasciarvi lavorare. Qual è il nostro compito? Fino a quando voi non siete in condizione di dare una risposta (spero nel bene ma eventualmente anche nel male), che cosa deve fare il nostro organismo parlamentare? Noi dobbiamo scoprire, a seguito di un'indagine completa, se vi è stata un'influenza dell'ambiente su coloro che hanno denunciato una certa sintomatologia e dobbiamo capire quali sono le azioni da approntare per evitare che le nostre donne e i nostri uomini incorrano negli stessi problemi. A queste due domande può rispondere solo l'Istituto superiore di sanità, in un arco di tempo molto lungo come quello da voi delineato; ad ogni modo, finché il vostro lavoro è in fase di svolgimento noi non possiamo fare nulla.

Le perplessità comunque permangono in quanto analizzare la platea dei 65.000 soggetti è difficilmente realizzabile; inoltre, la normativa sulla *privacy* crea notevoli difficoltà di azione. Consideriamo, ad esempio, che 13 milioni di ricoveri ospedalieri, dottoressa Lagorio, non possono essere archiviati in un PC.

SALMASO. È una mole di lavoro molto grande.

CASSON (Ulivo). Non condivido l'impostazione del senatore Ramponi perché ritengo che la Commissione sia un organismo politico e d'inchiesta, al quale è stato attribuito un incarico molto specifico: individuare le cause di morte e di malattia che hanno colpito il personale italiano impiegato nelle missioni militari all'estero; indagare su altri aspetti connessi all'utilizzo di proiettili all'uranio impoverito, così come recita l'intestazione della Commissione stessa che, ricordo, è dotata degli stessi poteri dell'autorità giudiziaria.

Non siamo sicuramente dei giudici e – come ha detto la presidente Brisca Menapace in più occasioni – non siamo chiamati ad individuare responsabilità di natura personale. Dobbiamo comunque cercare di capire se il fenomeno esiste veramente, la rilevanza che ha, quali ne sono state le eventuali cause e responsabilità; infine, dobbiamo cercare di dare dei suggerimenti per evitare, nel caso venga confermata l'ipotesi iniziale, che in futuro si ripetano situazioni analoghe.

Proprio sulla base di questa premessa, mi pongo in un'ottica diversa. Il lavoro svolto nell'ultima seduta e l'audizione odierna credo siano finalizzati alla verifica dell'esistenza del fenomeno e alla comprensione delle cause. Per questo motivo, vorrei sapere dai nostri ospiti dell'Istituto superiore di sanità quali sono i tempi richiesti dal loro lavoro. Sappiamo benissimo tutti, e so benissimo anch'io, anche per esperienze precedenti, quanto sia difficile recuperare la documentazione relativa ai singoli individui, sia per motivi di natura normativa, sia per banali questioni temporali di mancate risposte da parte delle amministrazioni comunali e di altre amministrazioni competenti.

Chiedo inoltre se ritengano opportuno utilizzare consulenti ed ufficiali di polizia giudiziaria che collaborano con la nostra struttura al fine di acquisire i documenti necessari sia per il nostro lavoro sia per quello dell'Istituto superiore di sanità, in modo da accelerare i tempi di indagine. È stato infatti affermato che per i due terzi dei casi manca la conferma della diagnosi di tumore. Ciò significa che siamo alquanto indietro. Abbiamo tutti bisogno, la Commissione d'inchiesta e l'Istituto superiore di sanità, ognuno per la propria parte, di sapere se si è in grado di offrire il proprio contributo e collaborare secondo lo schema proposto.

PISA (*Ulivo*). Credo sia innegabile che la Commissione nazionale amianto, insediata nel 1992 presso il Ministero della salute, anche se si occupa di tutt'altro fenomeno, ha avuto un'incidenza notevole sull'approccio al tema di cui ci occupiamo, aiutando a definire le soluzioni che dobbiamo individuare. Non è stata quindi un'esperienza negativa quella svolta sinora.

RAMPONI (*AN*). Che l'amianto avesse effetti nocivi sulla salute si sapeva molto prima della nomina della Commissione.

PISA (*Ulivo*). Questo è vero, però quell'esperienza ha aiutato a mettere a fuoco alcune problematiche. Comunque, la domanda che voglio porre è un'altra e la rivolgo alle nostre relatrici, che ringrazio per la loro esposizione molto chiara e precisa, anche perché personalmente sono un po' ignorante in materia.

Credo ci siano delle difficoltà a fare rilevazioni statistiche su situazioni in parte diverse. Per i Balcani, di cui nella precedente legislatura ci siamo occupati tanto, si tendeva a puntualizzare che erano stati messi insieme casi che si erano sviluppati in un periodo in cui i nostri soldati non avevano protezioni, mancando la consapevolezza del rischio e del danno. Vi erano però anche dati che riferivano di situazioni in cui invece le protezioni c'erano (maschere, guanti, eccetera). Vorrei sapere se queste differenze hanno inciso sulla manifestazione della patologia.

Un'altra curiosità, su cui ci eravamo soffermati anche nella scorsa legislatura, riguarda la nascita dei figli e segnatamente quanto queste patologie possano avere influenza sulle malformazioni.

SALMASO. Non sappiamo chi sono, come facciamo a sapere chi sono i figli? Questo è il problema.

PISA (*Ulivo*). Però vi sono stati dei casi.

MORSELLI (*AN*). Il collega Ramponi ha ragione circa il ruolo di questa Commissione; credo però che più che l'inutilità di quest'ultima il vero problema concerna soprattutto l'organizzazione dei lavori. Ascoltiamo notizie molto interessanti e importanti e poi ricominciamo da zero. A mio avviso, l'errore fondamentale è non aver cominciato dal punto

segnato nella scorsa legislatura, perché in quegli anni sono state fatte audizioni e svolti lavori molto importanti. Se continueremo su questa falsariga, alla fine non concluderemo nulla. Si dovrebbe rivedere l'impostazione di questa Commissione, con la consapevolezza però che per darle rilievo non deve svolgere attività solo d'inchiesta ma anche di coordinamento ai fini del reperimento degli atti utili per i rilievi sanitari contenuti e dell'individuazione dei modi per superare i limiti posti dalla legge sulla *privacy*, che nega l'accesso ai dati sensibili, che invece con i nostri poteri possono essere reperiti.

Coordinare meglio i lavori può servire anche a procurare il materiale necessario a consentire un vostro maggiore approfondimento, visto che ci avete riferito fatti molto importanti, ma ci avete indicato anche i limiti in cui siete costretti ad operare. Se la nostra impostazione può servire ad ottenere dati che voi non avete per un approfondimento più ampio e serio, va bene; in caso contrario, continuare con questa impostazione ha poco senso perché non porterà alcun risultato. Quindi, spetta solo al settore sanitario fornire dati che forse un giorno potremo verificare, se d'aiuto a capire le ragioni di queste morti. Ripeto, in caso contrario è assolutamente inutile continuare a fare quello che ora stiamo facendo.

DE ANGELIS (AN). Anch'io ritengo che la provocazione del senatore Ramponi non sia affatto peregrina.

RAMPONI (AN). Non è affatto una provocazione, è una onesta considerazione che faccio a cuore aperto a tutti voi. Francamente, sentendo quello che ci dicono gli auditi, realizzo la mia assoluta inattività e mi chiedo cosa sto a fare in questa sede. Quelli che possono dare una risposta ai compiti della Commissione sono coloro che stiamo ascoltando e che ci illustrano un quadro della situazione. Non propongo di eliminare la Commissione perché non lo voglio, per carità; spero anzi che si riesca a dare una risposta per il futuro. Ma non parlate di provocazioni perché non ne faccio mai.

PRESIDENTE. Siamo tutti abituati al fatto che le nostre espressioni vengono interpretate in modo un po' eccessivo.

DE ANGELIS (AN). Intendevo provocazione come stimolo, non in senso negativo. Ritengo, infatti, che quanto espresso dal senatore Casson sia perfettamente compatibile con il problema sollevato dal collega Ramponi. Se è vero che gli *step* di questa Commissione sono quelli enunciati, siamo tutti d'accordo sul fatto che se non si accerta che è effettivamente accaduto qualcosa, non sappiamo come cercare le cause e le eventuali responsabilità né possiamo ipotizzare risarcimenti o eventuali misure affinché questi fatti non si ripetano più.

Vorrei aggiungere una domanda alle proposte tecniche del collega Casson, che sono assolutamente condivisibili. Nel vostro lavoro avete potuto sinora e potete eventualmente avvalervi di un dialogo o di un reperi-

mento di informazioni ulteriori tramite le associazioni dei militari malati o dei familiari dei militari che dichiarano – come giustamente avete sottolineato – di aver contratto una malattia in collegamento al servizio da loro prestato? Ci sono delle associazioni che raggruppano persone o familiari di persone che probabilmente, anche per un *bias*, come è stato sottolineato, ritengono di poter ricondurre il proprio disagio e le proprie malattie a quel servizio, a quella permanenza. È autorizzato che voi possiate ricevere informazioni e dati anche da fonti che a questo punto non sono ufficiali ma sono *bias*?

CASSON (*Ulivo*). Credo non ci siano contraddizioni nella sostanza di quello che tutti stiamo dicendo. Abbiamo la stessa preoccupazione di capire e individuare la causa – se c'è – di qualcosa; questo è il primo dato fondamentale. Se la causa non c'è ovviamente ne prenderemo atto, con tutte le conseguenze che ciò comporterà; ma se c'è, bisognerà seguire certe strade di indagine anche dal punto di vista tecnico-scientifico.

L'Istituto superiore di sanità sta svolgendo correttamente il suo lavoro secondo criteri, metodologie, protocolli che ormai si conoscono a livello mondiale e non solo italiano. Ci sono due possibilità di svolgere indagini cercando di dare una mano a questo lavoro, che è basilare: o con un giudice, che però lavora su un caso singolo e non sull'insieme del fenomeno (ovviamente noi non possiamo né dobbiamo fare questo), oppure con una Commissione d'inchiesta come la nostra che può sollecitare, spingere ed intervenire anche presso le amministrazioni civili e militari, comunali e di vario livello, per avere i documenti che oggi si riescono ad ottenere con molta fatica e con tempi lunghissimi.

Già nella scorsa seduta abbiamo intrapreso questa strada non per attribuire tutte le responsabilità all'esposizione all'uranio, ma per capire se vi è stato un eccesso all'esposizione di qualche sostanza (uranio, piombo, cadmio o altro). Credo sia molto utile indirizzare il nostro lavoro in questa direzione concreta, con la collaborazione dei ricercatori e dei nostri consulenti intervenuti nelle precedenti audizioni e delle dottoresse oggi presenti.

Nessuno di noi vuole arrampicarsi sugli specchi; al contrario, intendiamo con molta concretezza acquisire e fornire dati, per avere risposte in tempi decenti e non arrivare al termine dei lavori della nostra Commissione senza raggiungere alcun risultato. E i ricercatori – purtroppo – avranno bisogno di molto tempo per i loro studi.

RAMPONI (*AN*). Dobbiamo farlo noi?

CASSON (*Ulivo*). Non noi direttamente ma possiamo intervenire affinché i distretti militari inviino le cartelle cliniche dei militari malati a noi o all'Istituto superiore di sanità; in questo modo si potrebbe ottenere il primo risultato concreto, sapere cioè se c'è un ammalato o se ce ne sono molti di più. Solo se saremo in possesso di questi dati potremo ragionare, in caso contrario, è meglio concludere qui i nostri lavori.

RAMPONI (AN). Non vorrei introdurre un argomento che non è oggetto dell'audizione odierna e di cui possiamo discutere tra noi in un secondo momento. Senatore Casson, bisogna partire dalla premessa che lei ha correttamente espresso, sottolineando che finché non si conosceranno i dati scientifici, non si potrà rispondere alle domande oggetto dell'attività di questa Commissione. Per conoscere quei dati occorre tempo e si devono rendere possibili tutte le indagini necessarie. Affermo che non è il caso di andare avanti con la nostra inchiesta perché al momento non possiamo fare nulla e non ci sarà consentito lavorare fino a quando non avremo ottenuto una risposta scientifica, lo faccio perché vorrei che il Ministero della sanità e il Ministero della difesa dessero corso a un'iniziativa che agevoli il conseguimento di questa risposta scientifica, eventualmente creando le condizioni affinché i ricercatori possano lavorare nel modo migliore. È auspicabile che siano i suddetti Ministeri a richiedere ai distretti militari la documentazione necessaria, non noi.

Per coerenza, sarebbe stato meglio svolgere questa discussione in ambito amministrativo e non parlamentare. Ritengo infatti che le Commissioni parlamentari d'inchiesta abbiano il compito di individuare, nel corso delle loro indagini, dacché sono competenti dell'area legislativa (pur essendo dotate – nel caso specifico delle inchieste – anche di poteri giudiziari), eventuali carenze normative. Non si devono occupare invece dei difetti di funzionamento dell'Esecutivo o della pubblica amministrazione, compito che, a mio avviso, esula dalle nostre competenze.

Quindi, suggerirei di seguire un'altra strada, fermo restando che – come sempre – mi adeguerò alle decisioni della maggioranza. Ne discuteremo – se la Presidente è d'accordo – in un'altra occasione, ma desideravo chiarire i miei intendimenti.

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, finora l'*iter* dei nostri lavori è proceduto nei seguenti termini: abbiamo pregato il senatore Paolo Franco di esporci la relazione conclusiva della precedente Commissione d'inchiesta, della quale egli è stato Presidente. Non è vero che vogliamo ripartire da zero; forse siamo precipitati di nuovo al punto di partenza, ma non era nostra intenzione. Ripeto, proprio per questo motivo abbiamo chiesto al senatore Paolo Franco di riferirci gli esiti cui era giunta la Commissione d'inchiesta al termine della precedente legislatura.

A tutti gli auditi che ascoltiamo rivolgiamo le medesime domande: c'è qualche novità rispetto a quanto accertato nei dati forniti alla precedente Commissione? Se sì, in quale direzione? Alle dottoresse oggi presenti ho chiesto se possiamo agire in maniera tale da favorire la raccolta di quei dati che, altrimenti, esse non riescono a reperire. Ad esempio, chiedo loro se ritengono utile avere accesso ai distretti militari per ottenere la documentazione necessaria. Mi pare che ciò rientri nell'alveo delle nostre competenze.

RAME (Misto-IdV). Onorevoli colleghi, prendo la parola per una breve segnalazione: due giorni fa un militare esposto all'uranio è stato tra-

sportato d'urgenza da Udine in un ospedale di Milano dove è morto. La situazione è tragica perchè la famiglia del soldato non ha i soldi per trasportare la salma da Milano in Puglia, luogo di nascita. Se non ricordo male, il Governo ha stanziato dei fondi per sopperire a queste situazioni di difficoltà.

RAMPONI (AN). È competente un organo specifico del Ministero della difesa.

LAGORIO. Signora Presidente, vorremmo ringraziare sentitamente la Commissione per il sostegno datoci finora e per l'offerta di supporto per il futuro. Non credo che la domanda relativa ai presupposti dell'esistenza di questa Commissione fosse rivolta a noi, quindi mi astengo dal rispondere.

Ho avuto un'esperienza analogamente appagante quando ho partecipato ai lavori della Commissione ambiente, sia alla Camera dei deputati che al Senato, in occasione dell'elaborazione del disegno di legge per la prevenzione dell'inquinamento atmosferico da benzene. Avevo condotto molte ricerche sull'argomento e quando è stata approvata la legge n. 413 del 1997, che fissava i limiti per il benzene e gli idrocarburi aromatici totali nel benzene, ho avuto la sensazione di chiudere un cerchio.

Tuttavia, le famose relazioni quadrimestrali al Parlamento del programma di sorveglianza, quelle che il comitato scientifico invia al Parlamento, chi le legge? È la vostra Commissione l'interlocutore politico.

La grossa sfida della ricerca oggi è saper comunicare, in un linguaggio comprensibile da tutti, cosa fa, come e quali risultati produce. Questo, a nostro avviso, è il primo obiettivo da raggiungere in uno stato democratico e siete voi i rappresentanti dei cittadini.

Che tipo di aiuto potete darci? Non siamo venuti qui a cercare aiuti settoriali. Sinceramente – mi rivolgo al senatore Casson e alla presidente Brisca Menapace – non credo si possa continuare a risolvere i problemi della ricerca di sanità pubblica solo per argomenti che richiamano l'attenzione. Non è questa la risposta che ci attendiamo, perché altrimenti faremmo ricerche solo a comando e su specifiche istanze. Fare ricerca significa anche proseguire su un cammino, individuare dei *gap* conoscitivi e dare risposte a problemi che non sempre sono di interesse condiviso ma che, invece, possono rivelarsi cruciali per noi e per la sanità pubblica. Noi facciamo ricerca applicata, siamo epidemiologi artigiani; non siamo dei ricercatori di base su una torre d'avorio.

Mi rendo conto che questo argomento è stato molto discusso dalla comunità epidemiologica italiana e che c'è stata una grossa convergenza di interessi nella conduzione di studi relativi a problemi caldi. Io non credo che questa sia la strada.

Personalmente – e la dottoressa Salmaso è d'accordo con me – ritengo si tratti di una questione di dignità e di sfere. La sanità pubblica e la ricerca devono avere una propria sfera di autonomia ed esiste un ambito di competenza che non è quello della magistratura né quello del decisore politico. Queste attività si intrecciano nelle azioni di *risk asses-*

sment. A questo punto mi ricollego ad una delle domande poste. Non tutti gli studi sono uguali. Le analisi basate sui *panel* costituiscono lo scenario peggiore, perché si giunge in via teorica a determinate conclusioni, a fronte di un impatto atteso sulla base delle conoscenze disponibili.

Quando Commissioni come questa ritengono che esistano ulteriori elementi da studiare si dà inizio alla ricerca sperimentale, si avvia la ricerca epidemiologica e questi pezzi di evidenza vengono nuovamente analizzati. La ricerca procede in questo modo, per tappe e per ragionamenti circolari, forse spirali, sulle evoluzioni successive, se un progresso esiste.

Penso che il problema dell'accesso ai dati vada risolto per consentire la conduzione degli studi epidemiologici in generale. Se c'è un problema di natura legislativa bisogna trovare soluzioni nell'ambito della normativa sulla *privacy*, pure giustissima e ragionevole, ma che presenta tante sfaccettature. Prima del 2003 si era già pervenuti ad un accordo con l'Autorità garante sulla base di codici deontologici. Su comunicazione allo stesso Garante di un determinato protocollo di studio, in un regime di silenzio-assenso, in assenza cioè di una esplicita replica di quest'ultimo, che poteva considerare non perseguibile una certa azione, si dava per scontato che avremmo messo in atto tutte le misure possibili e immaginabili per secretare i dati individuali. La ricerca di sanità pubblica in Italia così avrebbe potuto continuare.

SALMASO. Secondo noi è molto importante avere il supporto della Commissione di inchiesta. A questo punto, però, dobbiamo cercare di mettere a regime, a sistema, un modo con cui rispondere alle attuali domande ma anche a quelle future. Se aspettiamo di trovare una soluzione *ad hoc* per ogni quesito, rischiamo di arrivare sempre in ritardo.

Attualmente ciò che a noi preoccupa molto è il divieto, a volte anche strumentale, di accesso ai dati al fine di un loro utilizzo per temi di sanità pubblica che investono tutti. È allora chiaro che il trattamento confidenziale dei dati d'interesse sanitario è fondamentale. È però necessario che siano definiti degli strumenti legali che ci permettano di compiere il nostro lavoro e comunicare i dati utili alle indagini. Se dobbiamo cercare di conoscere la situazione dei 65.000 militari che si sono recati in missione in Kosovo, se sono in vita oppure no e quante volte sono stati ricoverati, dobbiamo poter accedere a certe informazioni. Non si tratta di riconoscere a noi un privilegio. È necessario che siano disegnatte delle condizioni per cui questo genere di attività deve essere consentito sulla base di certi criteri. Allo stato attuale noi siamo bloccati. Il fatto che dal 28 febbraio i registri tumori nazionali siano fuori legge provoca un danno enorme, ma chi studia la legge sui dati confidenziali pensa alla tutela del singolo individuo al quale, malato e preso da altri problemi, poco importa che il proprio dato dopo dieci anni può risultare utile a qualcun altro. Questa è una visione molto poco lungimirante.

Riguardo al supporto necessario per gli studi, consideriamo fondamentale un approccio alle norme e, possibilmente, ai regolamenti attualmente vigenti tale da permettere alla sanità pubblica di fornire risposte

in tempi utili. Adesso non siamo nemmeno in grado di esaminare il materiale esistente perché non possiamo accedervi.

Ritengo, pertanto, che il contributo di un gruppo come il vostro sia essenziale.

Mi permetto di osservare, invece, che il ricorso ai distretti militari non è di particolare utilità. Il distretto militare non è a conoscenza dell'insorgenza della malattia di un soggetto ormai congedato. L'unico modo per conoscere la situazione dei 65.000 militari coinvolti è quella di interrogare l'anagrafe nazionale e verificare i dati. In Italia si pone il problema della lentezza di formazione della base dati nazionale. I dati di mortalità, ad esempio, sono disponibili dopo quattro anni e conoscere a scopo sanitario le cause di morte dei vari soggetti riferite a quattro anni fa e non all'anno precedente è un limite. Quindi, la Commissione può fare molto in questo senso.

Vorrei poi segnalare che le associazioni di volontariato vengono ascoltate regolarmente non dall'Istituto superiore di sanità ma dal comitato scientifico che coordina il programma di sorveglianza epidemiologica, e ad oggi, come potrete leggere sulla prossima relazione al Parlamento, sono state audite la LIDU (Lega italiana dei diritti dell'uomo), l'Associazione nazionale assistenza vittime arruolate nelle Forze armate e famiglie dei caduti, l'Osservatorio permanente e centro studi per il personale delle Forze armate, forze di polizia e società civile e il generale Fernando Termentini. È stato dato spazio ad ognuno di questi rappresentanti. Purtroppo, però, nessuno di loro presenta documentazione clinica in quanto associazioni.

LAGORIO. Io, ad esempio, ero presente all'audizione del dottor Domenico Leggiero dell'Osservatorio militare al quale abbiamo formalmente richiesto di acquisire la casistica di cui disponeva, ma non ci è mai stata fornita.

RAMPONI (AN). Non ne è proprio in possesso.

LAGORIO. Non credo sia così.

CASSON (Ulivo). Condivido totalmente, sotto un profilo complessivo e di interesse generale, l'impostazione degli interventi delle dottoresse Lagorio e Salmaso. Credo infatti che proprio a partire da questa Commissione di inchiesta possiamo essere in grado di fornire un aiuto proprio nell'ottica segnalata.

Si pone però per la nostra Commissione un problema specifico e pratico relativo al tipo di attività da svolgere mentre l'Istituto superiore di sanità compie il suo lavoro. Riprendendo le parole del senatore Ramponi, dovremmo chiudere i battenti?

Do, pertanto, un suggerimento, che non so se possa risultare utile. È possibile che dal vostro punto di vista, in qualità di ricercatori, non vogliate percorrere strade privilegiate, perché volete che lo Stato dia a tutti

i ricercatori in generale la possibilità di effettuare studi. Sono d'accordo con questo tipo di obiezione. Sappiamo tutti però, e voi lo sapete meglio di me, che quando centri come il vostro chiedono ai comuni il certificato di stato in vita o quello relativo alla causa di morte di determinati cittadini le risposte possono non pervenire o richiedere tempi lunghissimi.

LAGORIO. Abbiamo una buona esperienza in questo campo.

CASSON (Ulivo). Se invece intervengono esponenti di polizia giudiziaria o consulenti la reperibilità del dato risulta più immediata: quanto meno, il tempo richiesto ammonta ad un decimo di quello normalmente necessario.

Come proponeva il senatore Ramponi, possiamo anche metterci da parte e aspettare uno o due anni prima che venga conclusa l'indagine di base, oppure possiamo provare a fornire il nostro ausilio per consentire la raccolta dei dati relativi anche alle singole situazioni diversificate per compiere un'indagine più ampia. Contemporaneamente possiamo acquisire la documentazione delle varie associazioni che possono anche limitarsi a fornire i singoli nominativi, lasciando a noi il compito di sviluppare le ricerche. Sono comunque convinto che, pur rivolgendoci alle strutture militari, non riceveremmo le indicazioni necessarie in tempi rapidi ed efficienti.

Se riusciremo invece a dare uno slancio maggiore a tutte le amministrazioni sarà utile a tutti, fermo restando che la questione principale è la prima da voi segnalata.

SALMASO. La logica generale è infatti quella di istituire il registro tumori in ambito militare, il che vuol dire che da adesso in poi tutti gli eventi vengono registrati e indagati. Quindi, non vogliamo rispondere solo per il passato ma per qualsiasi ulteriore futura situazione.

PRESIDENTE. Sono molto d'accordo con la prima parte dell'intervento del senatore Casson e con quanto da voi richiesto. Comprendo anche il richiamo – molto condivisibile – alla dignità della vostra ricerca: giustamente non vi possiamo commissionare delle indicazioni.

Ponevo però il problema sotto un altro profilo. Sappiamo che vi sono molteplici difficoltà, una delle quali potrebbe essere risolta facendoci promotori di una legge, in quanto parlamentari che prendono spunto da quanto hanno capito attraverso il lavoro svolto in questa Commissione. Potremmo applicare un ragionamento analogo sentendo quanto avete detto voi. Ci rendiamo conto che potrebbe essere utile che approfondissimo un terreno, anche settoriale, ma con la convinzione che, se non si amplia l'oggetto di studio, non vi siamo di aiuto.

RAMPONI (AN). Ricordo di aver anticipato io la prima parte dell'intervento del senatore Casson laddove si è posto l'interrogativo sull'utilità o meno della Commissione. Nelle ultime considerazioni espresse dalle

dottresse Lagorio e Salmaso colgo però un compito che riguarda questa Commissione, perché rientrante nel contesto delle sue competenze. In altri termini, la raccolta dei dati, pur non rientrando tra i compiti indicati nell'oggetto della Commissione, è *condicio sine qua non* per portare a compimento la finalità della stessa.

Solo voi potreste darci indicazioni in tal senso, perché non sarei personalmente capace di predisporre un disegno di legge che preveda che, laddove si individua un interesse della collettività nazionale, su precisa determinazione del Ministro (perché un'autorità responsabile è necessaria), il divieto di accesso ai dati sensibili decade in funzione dell'interesse nazionale.

Peraltro, nessuno potrebbe obiettare che un disegno di legge di questo tipo non rientra nelle nostre competenze. Infatti, la Commissione può formalizzare una proposta legislativa volta a consentire il proseguimento dei suoi lavori e il conseguimento delle sue finalità. Peraltro, una norma del genere dovrebbe avere carattere generale perché potrebbe riguardare qualsiasi altra Commissione che faccia un'inchiesta. Quindi, chiedo alle dottoresse di darci delle indicazioni ai fini della presentazione del disegno di legge in questione.

Presidente, per carità, questo provvedimento potrebbe anche essere di iniziativa di ciascun parlamentare ma, secondo me, se presentato dalla Commissione avrebbe un altro significato. Condivido anche quanto indicato dal senatore Casson circa l'essere di aiuto ai ricercatori, anche se sono convinto che il nostro vero sostegno possa esplicarsi nel miglior modo possibile sul piano legislativo.

PRESIDENTE. Sono d'accordo sulla formulazione di una proposta di legge ma vorrei sapere se, nel frattempo, è possibile fare una sperimentazione significativa anche ai fini della predisposizione della stessa legge.

SALMASO. A noi fa molto piacere avere un impegno sul lungo periodo perché sistema alcuni aspetti una volta per tutte.

A questo proposito, è stato già assegnato in sede referente alla 12ª Commissione l'Atto Senato n. 1249 che titola: «Disposizioni per la semplificazione degli adempimenti amministrativi connessi alla tutela della salute» e sappiamo che il Ministero della salute, proprio per tutelare i registri tumori e situazioni affini in cui noi ricadiamo, ha inserito una norma che potrebbe in qualche modo aiutarci.

RAMPONI (AN). Questo provvedimento è per voi esauriente?

SALMASO. C'è una frase che parla di studi di popolazione che potrebbe esserci di aiuto ma sarebbe opportuno valutare la percorribilità anche della soluzione legislativa cui avete fatto cenno.

Da questo punto di vista, al momento attuale il nostro nodo principale è la stipula della convenzione con la Direzione generale della sanità militare, sentiti i Capi di Stato maggiore, per la fornitura dei dati di tutte

le centinaia di migliaia di persone che lavorano per la sanità militare. Quindi, forniremo alla Commissione un promemoria sulla natura dei dati e delle informazioni che andrebbero acquisite ai fini di un efficace indagine epidemiologica sulle patologie in esame.

LAGORIO. Abbiamo buoni rapporti con la sanità militare. Questa mattina abbiamo avuto una riunione con il colonnello Piccininno, direttore dell'Osservatorio epidemiologico militare, dal quale mi sono fatta spiegare il funzionamento degli ospedali militari. I militari devono procedere per via gerarchica e incontrano il silenzio; fanno domande e non hanno risposta.

SALMASO. La sanità militare è una struttura interforze.

PRESIDENTE. Vi ringraziamo moltissimo per il contributo che ci avete dato.

Dichiaro conclusa l'audizione.

SUI LAVORI DELLA COMMISSIONE

PRESIDENTE. Propongo di convocare una seduta dell'Ufficio di Presidenza, allargato ai rappresentanti dei Gruppi, per giovedì 19 aprile alle ore 12.

Non facendosi osservazioni, così resta stabilito.

I lavori terminano alle ore 17.