

SENATO DELLA REPUBBLICA

VII LEGISLATURA

4^a COMMISSIONE

(Difesa)

INDAGINE CONOSCITIVA SUI PROBLEMI RELATIVI ALLA SANITÀ MILITARE E ALLA PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI DEI MILITARI IN SERVIZIO

(articolo 48 del Regolamento)

Resoconto stenografico

1^a SEDUTA

MERCOLEDÌ 15 GIUGNO 1977

Presidenza del Presidente SCHIETROMA

INDICE DEGLI ORATORI

PRESIDENTE	Pag. 3, 18, 19	LISAI	Pag. 3, 10
BOLDRINI Arrigo (PCI)	10, 18		
DE ZAN (DC)	19		
DONELLI (PCI)	19		
GIUST (DC)	20		

Interviene il sottosegretario di Stato per la difesa Pastorino.

Intervengono alla seduta, a norma dell'articolo 48 del Regolamento, il dirigente generale della Sanità militare tenente generale Tommaso Lisai e il colonnello medico Carlo Bramati, capo ufficio della Sanità militare.

La seduta ha inizio alle ore 10,25.

DELLA PORTA, segretario, legge il processo verbale della seduta precedente, che è approvato.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'indagine conoscitiva sui problemi relativi alla sanità militare ed alla prevenzione degli infortuni dei militari in servizio, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento. L'indagine si concentrerà sui seguenti aspetti:

a) strutture organizzative, anche in relazione alle esigenze delle Forze armate, identificabili nel quadro della programmata ristrutturazione. In questa sede si pone il problema di conservare o meno servizi sanitari separati per l'Esercito, la Marina e l'Aeronautica, e quello della ancora non attuata unificazione delle tre accademie della sanità militare;

b) efficienza e qualità dell'intervento sanitario militare, con particolare riferimento al reclutamento, preparazione, qualificazione e aggiornamento del personale medico e paramedico, e al rapporto tra grado e capacità professionale;

c) possibilità di collaborazione della sanità militare con l'organizzazione sanitaria nazionale, con particolare riferimento alla eventuale utilizzazione dei dati raccolti dall'autorità sanitaria militare in occasione delle visite di leva e durante l'espletamento del servizio ai fini del previsto libretto sanitario del cittadino; ed inoltre alla possibilità di ammettere alla cura negli ospedali militari anche persone estranee alle Forze armate;

d) produzione farmaceutica militare, con riferimento alla possibilità di potenziare il relativo settore;

e) prevenzione e copertura assicurativa degli infortuni particolarmente dei militari

di leva, in relazione alla esiguità delle pensioni tabellari per invalidità dipendente da causa di servizio; nonché snellimento delle procedure medico-legali, con particolare riferimento alla necessità di accelerare le liquidazioni delle pensioni in caso di infortuni in servizio.

Questo, infine, salvo modifiche o delegazioni, il programma della indagine conoscitiva:

15 giugno: audizione in sede del dirigente generale della Sanità militare Ten. Gen. Prof. Tommaso Lisai.

16 giugno: visita all'Ospedale militare del Celio.

21, 22, 23 giugno: Sopralluoghi a Livorno, Firenze e Bologna.

30 giugno: visita a Viterbo alle infermerie della Scuola Sottufficiali e della Scuola VAM.

6 luglio: audizione, in sede, dei capi dei servizi sanitari delle tre Armi (per l'Esercito Ten. Gen. Dr. Michele Cappelli; per la Marina Ten. Gen. Dr. Guido Bellenghi; per la Aeronautica Ten. Gen. Dr. Carlo Koch) e quindi del generale di divisione Pasquale De Marco.

Possiamo introdurre a questo punto il dirigente generale della Sanità militare Tommaso Lisai, che ringraziamo per aver accolto il nostro invito.

LISAI. Trattandosi di una indagine conoscitiva, debbo partire dalla ipotesi-premessa, probabilmente infondata che la Commissione non conosca la Sanità militare, per cui devo fare degli accenni, sia pure per grandi linee, a tutto quello che riguarda la materia.

Ho suddiviso la mia esposizione in vari capitoli: i compiti, la organizzazione, il lavoro svolto rapportato ai mezzi disponibili, problemi di particolare rilievo del momento attuale. Potremo così al termine trarre alcune considerazioni conclusive.

I compiti affidati al Servizio sanitario delle Forze armate sono molteplici, molto più vasti di quanto non si potrebbe immaginare, spaziando dalla medicina legale alla medicina diagnostica e curativa, dalla medicina sociale e preventiva a quella assistenziale, e co-

prendo la attività scientifica e quella di ricerca, formazione e preparazione del personale, oltre alla produzione di materiale sanitario e farmaceutico.

Questo per l'uso corrente. È previsto però il servizio per le chiamate d'intervento in situazioni di emergenza: come d'altronde è successo l'anno scorso con il terremoto nel Friuli, a suo tempo per l'alluvione di Firenze, e come sempre dalla costituzione del Regno d'Italia ogni qual volta terremoti e grosse calamità hanno funestato la vita nazionale.

La medicina legale costituisce forse una delle branche più impegnative del servizio, in quanto lavora a vari livelli. Ha numerosi organi a disposizione e investe una gran quantità di persone anche al di fuori dell'amministrazione della Difesa. Il servizio di medicina legale inizia con l'accertamento della idoneità di tutti i giovani maschi al servizio di leva e si svolge attraverso il seguente iter: a cura del Comune, il giovane viene precettato a presentarsi ad una visita personale; visitato e giudicato idoneo, viene iscritto in una determinata categoria di futuri soldati, a seconda delle proprie capacità attitudinali. A questo proposito abbiamo dei gruppi attitudinali, che non fanno parte del Servizio sanitario in quanto, attraverso Levadife, dipendono dagli Stati maggiori. In questi gruppi selettori (in genere uno per regione, due in quelle più densamente popolate) sono inseriti un cospicuo numero di ufficiali medici i quali, dipendendo sempre dalla direzione generale della Leva, costituiscono però parte integrante del Servizio sanitario.

Qualora un giovane non sia idoneo, in base ad un regolamento, legge n. 496, rinnovato nel 1964, viene dichiarato permanentemente non idoneo, ovvero invitato a presentarsi l'anno seguente per una nuova visita.

Qualora poi esista il sospetto di una malattia non accertabile con una semplice visita personale e nei casi in cui l'interessato denunci malattie non facilmente accertabili o in presenza di certe malattie che sono sottolineate in quel tale regolamento di cui si è detto, il soggetto viene inviato all'ospedale militare più vicino, precisamente presso il reparto osservazione. Qui viene sottoposto ai ne-

cessari esami e può essere passato al reparto di cura vero e proprio, se si tratti di un soggetto affetto da malattie (tipo il diabete), che devono essere studiate in modo particolare. L'interessamento degli organismi militari non si limita alla persona del giovane di leva. Il servizio sanitario si cura di accertare l'idoneità al lavoro proficuo dei parenti del giovane, in quanto il Testo Unico prevede delle esenzioni dal servizio militare per alcune categorie di persone, per esempio nel caso in cui ci sia in famiglia un individuo ammalato, impossibilitato a svolgere una qualsiasi attività lavorativa, per cui l'apporto dell'attività del giovane di leva sia determinante al sostentamento della famiglia.

Tale accertamento viene svolto preventivamente dagli uffici di leva e poi anche dagli ospedali militari.

Contro la decisione degli uffici di leva nel dichiarare i parenti dei giovani, idonei o meno, si ha diritto al ricorso presso la Commissione di 2^a istanza. Contro il provvedimento di idoneità o di riforma preso da un ospedale militare, almeno in linea legale non c'è possibilità di appello in quanto si tratta già di una seconda revisione, di un giudizio di secondo grado: il primo espresso dal gruppo selettore e dagli uffici di leva, il secondo dall'ospedale: quindi i due appelli esistenti per tutte le controversie medico-legali sono esaurienti. Ciò nonostante è invalso l'uso di protestare contro il provvedimento di secondo grado chiedendo prima della partenza una nuova visita. In tali casi il giudizio definitivo spetta ai capi dei servizi delle tre Forze armate.

Il giovane ha comunque la possibilità di segnalare i suoi disturbi all'arrivo al corpo, dove viene visitato e inviato all'ospedale locale per gli accertamenti. Oppure il capo dei servizi ritiene fondate le sue lamentele e lo invia presso la commissione di seconda istanza, che non è stata ancora interessata, la quale giudica definitivamente se egli è o non è idoneo.

Il caso più frequente è quello di giovani che non vogliono partire e cercano di avvalersi di piccoli sotterfugi. Ma vi sono anche casi di giovani dichiarati non idonei che chiedono

di essere esaminati di nuovo nella speranza di poter essere ritenuti idonei.

Per quanto riguarda gli organi medico-legali c'è da rilevare che mentre i loro organici sono rimasti invariati, il numero di coloro che richiedono accertamenti è divenuto altissimo. Negli ospedali militari esiste una commissione medica interna che giudica di tutto il personale esterno non dipendente direttamente dalla Difesa. Il personale della Difesa, anche civile, viene giudicato invece da un altro organo collegiale, la Commissione medica ospedaliera, il cui compito è quello di giudicare dell'idoneità di tutto il personale in carriera consecutiva dopo i 12 anni di attività militare. Gli altri venono giudicati dal Direttore dell'ospedale presso il Reparto osservazione, a meno che non si tratti di giudicare di una malattia già riconosciuta dipendente da cause di servizio. In questi casi la procedura è un po' lenta. Per le lesioni traumatiche la procedura è più rapida perchè nel '51 sono intervenute delle modifiche ai precedenti regolamenti. In caso di lesioni traumatiche, comunque riportate, che abbiano comportato il ricovero anche di un solo giorno, si procede immediatamente e automaticamente a valutare la lesione dal punto di vista della dipendenza o meno da cause di servizio. Se l'incidentato è stato ricoverato per motivi di opportunità presso un ospedale civile, appena dimesso deve passare all'ospedale militare dove vengono nuovamente eseguiti, se necessario, i vari accertamenti e dove viene stabilita l'eventuale licenza di convalescenza. E il direttore dell'ospedale militare, sulla base del rapporto del comandante del reparto presso cui milita il giovane, decide se la lesione debba considerarsi dipendente da cause di servizio o meno.

L'infortunato, alla scadenza della licenza di convalescenza si presenterà al controllo sanitario; la CMO deciderà di considerarlo guarito e idoneo o se concedergli una nuova licenza o se esonerarlo definitivamente dal servizio riconoscendo il suo danno residuo. Se si tratta di malato e se la malattia è dipendente da cause di servizio spetterà alla Commissione medica ospedaliera e non al reparto di osservazione.

Mi sono addentrato nei particolari per indicare quante e quali siano le varie tappe da percorrere, che son poi quelle che fanno perdere molto tempo alla pratica. Anzitutto, il medico deve visitare il richiedente; il comandante deve fare un rapporto ed esprimere il proprio parere; la pratica va all'ospedale, e molti sono gli ospedali che ne sono oberati (basti ricordare che a Roma, per esempio, vive la metà della popolazione in congedo degli ufficiali effettivi e sottufficiali già in carriera continuativa). Una volta che la pratica è pervenuta alla commissione, questa deve chiamare l'individuo, svolgere tutti gli accertamenti, stendere il verbale e quindi giudicare della dipendenza o meno da causa di servizio. Qualora, a causa della malattia, il militare abbia perso la idoneità a prestare ancora servizio, la commissione deve giudicare la categoria di pensione di servizio da assegnare. Questo giudizio della commissione non è vincolante, perchè può essere modificato da un organo non sanitario, chiamiamolo burocratico-amministrativo: la commissione delle pensioni privilegiate ordinarie, che fa parte della Direzione generale delle pensioni e che pertanto esula da quelli che sono i compiti del Servizio sanitario.

L'iter per ogni pratica di dipendenza da cause di servizio, soprattutto se implica una perdita della idoneità, e quindi un trattamento pensionistico, è insomma piuttosto lungo e complesso.

Da pochi anni a questa parte, con la legge dell'equo indennizzo, il numero delle pratiche è aumentato. La legge infatti riconosce che se un individuo ha ricevuto un danno permanente, anche se questo non gli impedisce di continuare a prestare servizio militare, egli ha diritto ad un indennizzo, il cosiddetto equo indennizzo, appunto. Le commissioni mediche ospedaliere inoltre non devono giudicare per l'equo indennizzo dei militari soltanto, ma anche per quello dei civili dipendenti dalle amministrazioni dello Stato. Recentemente infatti è stato emanato un testo unico sulla pensionabilità di determinate malattie, che accomuna militari e civili, facendo però ricadere tutto il carico burocratico sugli ospedali militari.

4^a COMMISSIONE

1° RESOCONTO STEN. (15 giugno 1977)

Finora ho parlato di come si svolge il servizio medico nell'Esercito. Nella Marina è uguale, perfettamente identico. L'Aeronautica viceversa conserva i suoi due gradi: un istituto medico legale per ciascuna Regione aerea e una commissione di appello, unica, in Roma. Al giudicato della commissione medica di seconda istanza non dovrebbe esistere appello, però, sia perchè ne è invalso l'uso, sia perchè i provvedimenti devono essere registrati presso la Corte dei conti, quest'ultima può richiedere il parere del collegio medico legale. Il collegio medico legale è quindi il terzo e ultimo grado, il più nobile diciamo, dei gradi dei nostri giudizi medico-legali. Dipende direttamente dalla Direzione generale di sanità, ma serve per tutti i quesiti sanitari di tutte le amministrazioni dello Stato. In proposito posso precisare che almeno il 40 per cento delle pratiche che arrivano alla Corte dei conti per la registrazione vengono rinviate al collegio medico-legale per il parere.

Noi non abbiamo a che fare con la pensionistica di guerra — i cui organi medico-legali appartengono al Ministero del tesoro, che è quello direttamente interessato — ma forniamo i medici alle commissioni periferiche, le commissioni mediche, cioè, per le pensioni di guerra nelle varie province. Esiste poi una seconda commissione, cosiddetta commissione superiore, presso la Direzione generale delle pensioni privilegiate di guerra, organo amministrativo del Ministero del tesoro.

Come dicevo, dunque, non siamo direttamente interessati alla pensionistica di guerra; dobbiamo tuttavia fornire i medici, e in misura notevole, a queste commissioni: dovrebbero essere medici in servizio permanente effettivo o magari cosiddetti a disposizione, alla fine della carriera cioè, ma in pratica siamo costretti a richiamare dal congedo ufficiali già in servizio permanente effettivo o anche di complemento, e con gli stipendi di oggi non è facile trovarli...

È chiaro che quello della medicina legale è uno dei settori sul quale si appuntano maggiormente lo sguardo e talvolta gli strali della popolazione civile, degli estranei. Una certa filosofia moderna vuole che non si sia mai contenti di quello che fanno gli altri, soprat-

tutto chi è investito di una certa autorità. Esiste quindi un cumulo di scontenti, non perchè le nostre commissioni o i nostri organi medico-legali sbagliano (talvolta può capitare, chè errare è umano), ma proprio per una concezione di vita particolare, oggi molto avvertita un po' in tutti i Paesi e particolarmente nel nostro, tesa a contrastare quello che è un provvedimento più o meno definitivo preso da un'autorità.

Ricevo pacchi di lettere anonime e naturalmente, indagando, scopro che si tratta di questioni personali. Sono i piccoli paesi, per lo più, che danno origine a queste forme di protesta anonime. È chiaro che i nostri medici non possono essere infallibili, perchè sono degli uomini, però, non solo i loro giudizi sono animati dalla massima obiettività, tenendo conto delle più recenti acquisizioni scientifiche, ma si attengono anche a delle disposizioni di legge che molte volte appaiono al pubblico restrittive, ma che obiettivamente e legalmente bisogna applicare in maniera restrittiva.

L'Istituto medico legale dell'Aeronautica ha incarichi piuttosto ponderosi e fastidiosi. Infatti questo istituto ha l'obbligo di controllare l'idoneità del volo di tutti i piloti civili a qualunque categoria appartengano. È un lavoro estremamente pesante in quanto si tratta di visite da effettuare semestralmente, oltre a quelle da effettuare extra semestralità in occasioni particolari. Un pilota, ad esempio, che abbia avuto pochi giorni di licenza per convalescenza deve, al suo ritorno, essere nuovamente sottoposto a visita.

Il servizio medico legale, a tutti i livelli, quindi, è molto delicato. In generale, esso viene svolto bene, pur con grande sacrificio del nostro personale. Molte volte le visite debbono essere, per cause di forza maggiore, molto affrettate. Vi sono ospedali, come quelli di Roma e Milano, che accolgono, per giudicare sull'idoneità o non idoneità dei soldati, duecento-duecentocinquanta persone e molte volte i medici non sono sufficienti. Non ci sarebbe, quindi, materialmente il tempo di poter visitare accuratamente tutti. Ci si rifugia nella possibilità di ricovero presso reparti di cura dove i soggetti vengono stu-

diati meglio. Quindi il provvedimento si prende, praticamente, dopo vari giorni di osservazione e di studio.

Oltre alle visite, noi abbiamo anche compiti curativi a vari livelli per le forme di piccola patologia. In questi casi sono sufficienti le infermerie di corpo. In ogni corpo è presente uno o più ufficiali medici. Oggi, però, abbiamo soprattutto una carenza di giovani, per cui il servizio al corpo viene affidato in gran parte agli ufficiali di complemento i quali sono troppo pochi in confronto alle reali esigenze. Purtroppo, le esigenze di bilancio sono quelle che sono. Quindi, soprattutto il militare di leva, ammalato viene curato presso il corpo. Se si tratta di malattie che eccedono le capacità del medico o le possibilità di cura delle infermiere di corpo, il paziente viene mandato all'ospedale ed allora entra nei rapporti di cura, ove viene studiato e curato. Questa cura viene fatta con grande abnegazione da parte dei medici. Negli ultimi decenni c'è stato un grande esodo di medici per ragioni di sproporzione di emolumenti, a cui accennerò più tardi. Quindi a noi sono venuti a mancare i medici più qualificati in quanto, essendo i migliori, hanno potuto trovare con facilità un'altro posto ben più remunerato, fuori dall'amministrazione militare. Quei pochi che sono rimasti oltre che tra i migliori — parlo degli anziani — sono anche i più affezionati, tanto è vero che non sono andati via, e si sforzano di effettuare la loro opera con il maggior impegno possibile. Però, numericamente non bastano ed allora li integriamo negli ospedali militari con medici civili di provata capacità. A volte, però, non sono sufficienti neanche questi. Gli emolumenti fissati dal Ministero del tesoro per questi medici convenzionati — i quali, a rigore, dovrebbero svolgere lo stesso servizio sanitario di un ufficiale medico di pari età e di pari capacità e grado — ammonzano a centottantamila lire che si traducono, alla fine del mese, in centocinquantaemila lire.

Naturalmente, pur di non perderli, perchè non se ne trovano altri, l'amministrazione militare è costretta a concedergli un orario poco impegnativo. Si tratta, comunque, so-

prattutto di specialisti che fanno visite ambulatoriali. Prescrivono cure, ma soprattutto danno un parere medico-legale.

Una vecchia abitudine, invece, del servizio sanitario militare è quella di mantenere rapporti con le cliniche universitarie. Professori di chiara fama vengono spesso chiamati a consulenze presso i nostri reparti dove i nostri medici non possono assumere la responsabilità di determinati trattamenti, ed anche non hanno la capacità di farlo. Questo soprattutto si verifica in campo chirurgico. Ormai i chirurghi militari sono limitati ad un numero che si conta nella metà delle dita di una mano, proprio perchè abbiamo perso quelli che incominciavano a diventare capaci. I professori universitari che consultiamo, proprio per vincoli di amicizia, non sono mai esosi. Molti vengono a visitare i nostri malati nei vari reparti gratuitamente.

Ove poi il paziente abbia bisogno di interventi che la *routine* degli ospedali militari, anche i più avanzati, non comporta, allora viene trasferito nelle cliniche universitarie e, al limite, negli ospedali civili. In questo caso il paziente trasferito negli ospedali civili viene trattato a nostre spese. Quindi una certa permeazione tra servizio sanitario militare e determinati tipi di servizio sanitario civile già esiste. Stiamo addirittura iniziando una azione — un vecchio sogno di una ventina di anni fa della Direzione Generale di allora — di decentrare talune cattedre universitarie negli ospedali militari. Attualmente stiamo tentando di portare avanti una proposta fattaci dall'università di Padova, la quale ha chiesto una sezione del reparto chirurgia dell'ospedale di Padova per la cattedra di chirurgia d'urgenza.

Il compito istituzionale del militare è quello di prepararsi alla guerra, di saper affrontare grandi calamità, quindi abbiamo bisogno di addestramento, soprattutto del personale effettivo medico e paramedico. La chirurgia d'urgenza, con la patologia stradale che vediamo tutti i giorni, che coinvolge molti militari anche a causa della motorizzazione dei reparti, con la patologia del lavoro che si può verificare, anche se rara per le misure di prudenza che vengono adottate sotto le ar-

mi, a causa dell'uso di macchine molto sofisticate, per noi è di primaria importanza. Quindi saremmo felici di poter accogliere una cattedra universitaria della materia, nei nostri ospedali.

Questo tipo di collaborazione ci risolverebbe, almeno per quella regione, il problema della specializzazione degli ufficiali medici. Oggi quasi tutti i concorsi ospedalieri pretendono una specializzazione che, con la scomparsa della docenza, — parlo dei giovani medici civili — tutti tendono a conseguire.

Oggi, i nostri medici che intendono specializzarsi, devono tentare di riuscire ad entrare nel numero chiuso delle università e per questo abbiamo svolto un'azione presso il Ministero della pubblica istruzione chiedendo che un certo numero di posti presso ciascuna scuola di specializzazione venisse messo a disposizione dei nostri giovani a spese delle Forze armate.

Con delle cattedre universitarie negli ospedali militari, almeno in quegli ospedali le cui infrastrutture lo consentano, i nostri giovani apprendisti frequentando il reparto universitario acquisirebbero la specializzazione senza uscire dall'ospedale di assegnazione. Senza contare che i giovani studenti che — tanto per fare un esempio — frequentano il corso di chirurgia d'urgenza in un ospedale militare, possono affezionarsi al servizio ed è molto probabile che un domani chiedano di entrare per concorso nelle nostre file. Servirebbe quindi anche come azione di propaganda.

Qualora il paziente, per ragioni di organizzazione (molto raro) o di strumentazione insufficiente, non potesse essere operato nei nostri ospedali, lo passiamo alle cliniche universitarie o anche agli ospedali civili.

A questo proposito c'è da sottolineare la abitudine del soldato a non rientrare al proprio corpo senza aver tentato la via degli ospedali. Una volta erano obbligati a venire negli ospedali militari dove venivano serenamente giudicati e — se non bisognosi di particolari cure — rimandati al corpo.

Adesso « si buttano » sugli ospedali civili. Una recente disposizione che regola il servizio dei sanitari negli ospedali civili, attribui-

sce al medico di guardia tutta la responsabilità del ricovero o meno dei cosiddetti casi urgenti. Ne consegue una grande perseguibilità del medico da parte di chiunque non si ritenga pienamente soddisfatto del suo operato, il quale, anche per ragioni non determinanti, può promuovere una azione giudiziaria nei confronti del medico civile. Per questo non c'è più nessun medico che, presentandosi un goivane o una persona anziana che dichiara di avere un dolore o qualsiasi altro disturbo, si rifiuta di ricoverarlo perchè nessuno più si assume la responsabilità di una decisione contraria. Quindi tutti i soldati che vogliono fare i « lavativi », si buttano sugli ospedali civili dove hanno moltissime probabilità, anzi la certezza di essere ricoverati.

La responsabilità di dimettere il ricovero è del primario, ma non c'è nessun primario che dimetta un individuo senza averlo prima sottoposto ai necessari esami. Questo comporta la necessità di tenere sotto osservazione il paziente almeno per un periodo che mediamente è di 8-10 giorni, considerato anche l'affollamento di alcuni reparti come quello radiologico, e dei laboratori di analisi chimiche.

Per tutti coloro che vengono dimessi, magari anche senza cure, cioè che non hanno nessuna malattia, dobbiamo pagare la retta in media per dieci giorni; cioè una somma variante dalle 220 alle 300.000 lire, poichè le Regioni ne pretendono il pagamento; mentre non si sa ancora se pagheranno la degenza di coloro che, già assistiti dall'ENPAS, per varie ragioni ricoveriamo noi nei nostri ospedali.

Il militare, sia di leva o effettivo, è un cittadino italiano. Se il servizio sanitario nazionale deve fornire l'assistenza ospedaliera gratuita a tutti i cittadini italiani, tutti i militari dovrebbero aver diritto ad essere accolti negli ospedali civili e nelle cliniche universitarie per essere curati gratuitamente. Il nostro bilancio non dovrebbe essere depauperato da eventi come quelli ricordati.

Viceversa sarebbe giusto prevedere che le Regioni paghino una retta al costo agli ospedali militari per il personale che vi si ricovera, come se si trattasse di case di cura convenzionate, così come avviene per gli ospe-

dali civili che non potendo far fronte a tutte le esigenze stipulano delle convenzioni con delle case di cura private.

Credo che anche dal punto di vista legale dovrebbe tenersi conto di quanto ho appena detto.

Medicina sociale e preventiva. Intanto c'è la visita di leva che ci dà la possibilità di individuare eventuali malattie anche nascenti nei giovani e di divenire depositari di informazioni di massa di notevole importanza. Se intercorressero più stretti rapporti tra i servizi sanitari civili e militari, tutta la popolazione potrebbe trarne grande giovamento. Noi individuiamo le malattie ma ci limitiamo a riformare il giovane.

Sono stato direttore dell'ospedale militare di Milano e in quella sede ho iniziato una particolare attività. Tutti i giovani che venivano trovati affetti da forme di tubercolosi polmonare o extra polmonare venivano segnalati al medico provinciale e ai consorzi antitubercolari. Mi consenta che tali elenchi che venivano regolarmente inviati, sono rimasti lettera morta perchè non esiste uno strumento legislativo che autorizzi il servizio sanitario civile ad utilizzare i dati relativi alla leva militare.

Abbiamo le nostre statistiche che potrebbero essere utilmente sfruttate nel campo della medicina preventiva; ma ciò non avviene.

Medicina sociale. Altro ramo della medicina preventiva: tutte le vaccinazioni a cui sottoponiamo obbligatoriamente i soldati. Abbiamo sospeso di recente soltanto la vaccinazione antivaiole, salvo che per talune categorie di militari che devono compiere dei viaggi in determinati paesi esteri.

Noi vacciniamo i giovani di leva ma anche gli anziani, perchè tutto il personale militare viene sottoposto alle periodiche vaccinazioni obbligatorie contro le malattie più gravi. Prendiamo ad esempio il tifo. Se il tifo è stato praticamente debellato lo si deve in gran parte al fatto che un buon 30 per cento della popolazione giovanile maschile passa attraverso quelle vaccinazioni.

Noi vacciniamo contro il tifo, il paratifo (più frequente che il tifo) e il tetano, met-

tendo così al coperto i giovani anche dopo che hanno lasciato il servizio militare. In questo modo svolgiamo un'azione di medicina preventiva. Inoltre, ci occupiamo di alcune malattie sociali anche se abbiamo, per ragioni organizzative o legali, delle remore o, per lo meno, dei limiti che non possiamo superare.

Problema della droga: siamo un po' disarmati nei suoi confronti. Nonostante nelle collettività tale consuetudine si diffonda facilmente (un recente servizio televisivo sull'argomento ha portato all'attenzione di tutti dei fatti concreti), non è vero che i giovani prendano con estrema facilità l'abitudine alla droga in caserma, e ciò per intuitive ragioni di organizzazione locale e perchè temono di essere scoperti, tranne qualche eccezione. Vi è una discreta quantità di drogati arruolati sotto le armi che hanno continuato a rimanere tali anche dopo il servizio militare, come d'altronde ve ne sono altri che perdono questo vizio, soprattutto se dediti a droghe leggere come l'*hascisc* e la *marihuana*. Vi è da rilevare ancora che molti di coloro che sono abituati alle droghe pesanti ed a « bucarsi », pur non essendo curati (noi non lo possiamo fare) hanno perso il vizio poichè in caserma non è facile iniettarsi stupefacenti. Pertanto, sono guariti perfettamente a prescindere dalle tante filosofie in voga nei riguardi dei drogati.

La recente legge sulle cure ai drogati ha posto dei limiti, mettendoci in condizioni di non poter seguire i nostri giovani perchè è necessaria la garanzia di anonimato. Ora, per il fatto stesso di ricoverare in ospedale una persona per disintossicarla, le diamo la patente di drogato; anche se non scriviamo « farmacodipendente » o la distinguiamo con un numero o un simbolo, viene sempre individuata come un drogato in cura. D'altra parte, è avvenuto che se un giovane è stato ricoverato in ospedale perchè aveva avuto il coraggio di confessare la sua dipendenza dalla droga, gli stessi visitatori — non possiamo impedire loro l'ingresso — che avvicinano il paziente, comprese le madri che magari erano venute in precedenza a chiedere il favore di curare i loro figli non sapendo più cosa

4^a COMMISSIONE

1° RESOCONTO STEN. (15 giugno 1977)

fare, finiscono per impietosirsi e fornire la droga perchè questi intossicati sanno essere incredibilmente convincenti. In certi momenti, sono capaci di iniettarsi la droga nella iugulare o nei corpi cavernosi del pene per non far scoprire le tracce della puntura. Come si può, pertanto, combattere contro questi soggetti se non possiamo considerarli malati pericolosi?

A mio parere, la droga è una malattia infettiva (anche se il contagio non avviene per il tramite dei germi) in quanto ogni drogato ha bisogno di far proseliti un po' per sentirsi in compagnia per una evidente ragione psicologica e molto per ragioni finanziarie perchè i grandi spacciatori forniscono, ad esempio, dieci bustine all'intossicato facendone pagare otto in cambio di altri clienti e l'intossicato per procurarsi bustine in più (ogni bustina costa 30.000 lire) è costretto ad indurre altri all'acquisto.

Come dicevo, è questo uno degli aspetti della medicina sociale che noi curiamo. In che modo? Individuando gli intossicati e cercando di curarli con i limiti, però, prospettati; purtroppo, esonerandoli qualche volta dal servizio militare e dico purtroppo perchè rimandandoli nella vita civile ritorneranno alla droga o, di nuovo, saranno contagiosi.

B O L D R I N I A R R I G O . Non potete trasferirli negli ospedali civili?

L I S A I . Sono meno attrezzati di noi. Gli ospedali civili non hanno posti sufficienti e sono affollati da degenti collocati anche nei corridoi. Certamente, i drogati non verrebbero curati come lo sarebbero da noi, se ne avessimo la possibilità.

Nel 1974 mi sono occupato di uno studio sull'argomento, al fine di curare tali soggetti nei nostri ospedali che, ovviamente, dovrebbero essere ospedali chiusi. Io avevo suggerito l'ospedale di Anzio che ha 17 ettari di parco. In passato, esso era utilizzato per la cura dei tubercolotici che oggi, per la maggior parte non si curano più in ospedale (anche l'INPS, preposto alla prevenzione e cura della tbc ha smobilitato diverse case di cura). Nell'ospedale di Anzio vi è una scuola per ceramisti inserita nell'organizzazione con il

proprio maestro (compreso nell'organico) e vi potremmo istituire una scuola per meccanici in modo da curare questo tipo di malati avviandoli ad una professione o facendo loro riprendere quella che esercitavano prima di diventare farmaco-dipendenti. A tutto questo si oppone il fatto che non possiamo vietare ai degenti il permesso di uscire — poichè è vietato dalla legge — ed in questo modo essi troverebbero all'esterno chi li rifornirebbe di droga.

Noi tentiamo, fra l'altro, di svolgere una azione di propaganda contro la droga, così come è prescritto dalla legge, a tutti i livelli delle forze armate, con conferenze illustrate da cartelloni, distribuendo ai giovani opuscoli i quali spiegano assai chiaramente i pericoli dell'assuefazione alla droga.

Medicina assistenziale : le forze armate, attraverso la Direzione generale, forniscono anche degli apparecchi protesici, purchè la malattia originaria sia dipendente da cause di servizio, talvolta addirittura arti elettronici che sfruttano i movimenti dei gruppi muscolari residui, protesi dentarie, eccetera. Naturalmente, non si bada alla preziosità del materiale fornito (se non è strettamente necessario), si tenta di evitare le protesi d'oro, purchè siano funzionali.

Paraplegici, tetraplegici, motulesi: sono individui che hanno subito un trauma o una malattia del midollo spinale e sono paralizzati dalla vita in giù (paraplegici). I teraplegici hanno avuto un eguale trauma a livello di colonna cervicale e sono paralizzati anche nelle mani. Sono malati che a rigore noi dovremmo riformare perchè non più idonei al servizio militare, rimandandoli a casa. Invece, per ragioni assistenziali, noi li trattiamo nei nostri ospedali; non solo, li inviamo presso istituti specializzati dei dintorni (San Felice Circeo o Lido di Ostia) dove possono essere rieducati. Molti, così, imparano a guidare la macchina (naturalmente, assoggettata a particolari modifiche). Spendiamo per questi ragazzi dalle 35.000 alle 52.000 lire al giorno. Noi non avremmo alcun dovere, tranne quello morale e caritativo, di assistere queste persone in quanto almeno l'80 per cento di tali militari non hanno riportato il trauma per cause di servizio, (magari men-

4^a COMMISSIONE

1° RESOCONTO STEN. (15 giugno 1977)

tre erano in licenza e correvano su una Kawasaki sono andati contro un muro). Alcuni pongono gravi problemi e spesso le famiglie tentano di speculare su questi giovani cercando di ottenere dei sussidi rivolgendosi al Ministro, al Capo di gabinetto o al Capo di Stato Maggiore.

Questo tipo di medicina sociale, assistenziale, che noi effettuiamo ci impone notevoli spese. Adesso, non potendolo usare diversamente, stiamo cercando di utilizzare l'ospedale militare di Anzio per i paraplegici. Questi ultimi non sono molti: attualmente, tra coloro che preferiscono rimanere a casa propria e coloro che invece ospitiamo nei nostri ospedali, in ospedali civili o in cliniche convenzionate, ne contiamo circa cinquanta. Venti sono quelli che si trovano negli ospedali militari e di questi ben diciotto sono paraplegici non per cause di servizio. Sarebbe necessaria una legge che stabilisse un trattamento pensionistico uguale per tutti i paraplegici, civili e militari, oppure bisognerebbe modificare le nostre disposizioni in modo da poter riconoscere la dipendenza da cause di servizio anche per i casi in cui tale dipendenza in realtà non esiste. Non possiamo lasciare a casa, a carico della famiglia, con una pensione esigua come è quella dei militari, coloro che riportano la lesione per cause varie.

Il servizio svolge anche un'attività scientifica e di ricerca che è apprezzatissima. Si tratta di ricerca inerente ai compiti istituzionali, ma talvolta anche di alta ricerca, con contributi importanti alla scienza medica generale. Purtroppo, si verifica quasi sempre che i nostri più brillanti scienziati lascino l'esercito e vengano assorbiti dall'industria, dagli ospedali civili dove sono meglio retribuiti. Comunque, gli ufficiali medici si dedicano con impegno alla ricerca e partecipano anche, spesso a loro spese, ai congressi internazionali con contributi di che riscuotono vivo apprezzamento.

Formazione del personale. Noi facciamo di tutto per procurarci dei medici, ma finché ci sarà sperequazione tra la retribuzione del medico civile e quella del medico militare ci troveremo sempre in grosse difficoltà. Si è tentato, tuttavia, di ovviare alla carenza

di personale medico con la creazione dell'Accademia di sanità militare interforze, alla quale accedono i giovani, tramite un concorso, dopo la maturità, suddivisi in aspiranti per la Marina, aspiranti per l'Aeronautica, aspiranti per l'Esercito. Quelli della Marina frequentano l'Università di Pisa, dove vengono portati giornalmente con un pullman, quelli dell'Aeronautica e dell'Esercito l'Università di Firenze. Cerchiamo in questo modo di catturare i giovani prima che sia troppo tardi, facendoli studiare gratuitamente e dando loro anche uno stipendio. L'Accademia ha cominciato a funzionare nel 1968. Stiamo ora raccogliendo i frutti di questo lavoro con i primi laureati, che proprio in questi giorni hanno ricevuto il grado di capitano. Speriamo così di rimpolpare i nostri quadri. Il problema resta quello di riunire questi tronconi in cui è divisa l'Accademia, in modo da ottenere unità di trattamento, di studio, eccetera. Le distinzioni potrebbero avvenire in seguito, in sede applicativa, con la ripartizione dei laureati nella forza armata prescelta. Mancano però le infrastrutture, come al solito. Avremmo bisogno di personale che assista questi ragazzi, di fondi per costruire gli impianti necessari all'Accademia unificata. C'era stato un progetto in tal senso, ma non se ne è fatto più niente perché sono cominciate le decurtazioni al bilancio della difesa.

Teniamo inoltre dei corsi per ufficiali medici in servizio permanente effettivo vincitori di concorsi pubblici. Le tre forze armate hanno poi corsi per ufficiali di complemento che prestano servizio soltanto per un anno. Ora, non discuto sul fatto che possa essere una scocciatura per un giovane fare il servizio di leva, ma è certo che con un anno di servizio soltanto non si riesce a formare un ufficiale medico in grado di assistere i suoi compagni, soprattutto in considerazione della preparazione con la quale questi giovani escono dall'Università. Una volta erano più preparati. Oggi, anche per l'enorme numero di universitari, uno studente di medicina non riesce a sezionare un cadavere o a sentire il cuore di un malato prima della laurea. Con questa preparazione di base, in un anno noi non possiamo ricavarne molto.

Vengono organizzati anche periodi di assistentato militare (attualmente sono sospesi) e corsi di specializzazione presso istituti universitari per ufficiali in servizio permanente effettivo. Mandiamo quei medici che hanno dimostrato serietà e capacità presso le cliniche universitarie perchè ritornino specializzati nelle varie branche della medicina.

Ci sono poi i corsi per sottufficiali infermieri. Una volta facevamo i nostri corsi e il diploma che conferivamo era sufficiente per la pratica infermieristica; anzi, in questo modo ci garantivamo l'assistenza paramedica nei nostri ospedali. Attualmente, invece, con l'applicazione di nuove norme, noi possiamo impiegare per l'assistenza ai malati solo persone che abbiano conseguito il diploma di infermiere professionale civile. D'accordo con il ministero della pubblica istruzione e con quello della sanità, abbiamo istituito allora dei corsi per i nostri sottufficiali ai quali sono ammessi anche i civili. Si tratta infatti di corsi normali del ministero della pubblica istruzione che si tengono però nei nostri ospedali, a cura dei nostri insegnanti. E questo avviene anche per i tecnici di laboratorio. Noi speriamo di poter estendere questi corsi a tutte le sedi di ospedali militari, in modo da avere un maggior numero di infermieri. Una volta che questi infermieri si sono diplomati, però, corriamo sempre il rischio di perderli, perchè trovano subito un posto meglio remunerato o in un ospedale civile o in una casa di cura privata. La stessa cosa si verifica per i tecnici di radiologia che una volta preso il diploma vanno ad impiegarsi presso le Università o gli ospedali civili, dove percepiscono uno stipendio di cinque-seicentomila lire, invece delle duecentottanta-trecentomila lire che prendono il sergente o il sergente maggiore.

Abbiamo infine la scuola allievi operai presso lo stabilimento chimico farmaceutico militare. Lo stabilimento ha un'ottantina di allievi operai ai quali a fine corso viene conferito un diploma e, come negli altri casi, i giovani vanno immediatamente a lavorare dove vengono meglio compensati; comunque, finchè dura il corso (due anni) si riesce a coprire l'organico necessario per il funzionamento dello stabilimento.

Produzione di materiali sanitari e farmaceutici. Lo stabilimento chimico farmaceutico militare produce soprattutto preparati galenici e si occupa del confezionamento dei materiali di medicazione, tutto ciò che si comprava una volta in farmacia. Oggi in farmacia si comprano soprattutto le specialità. Con la produzione del nostro stabilimento copriamo almeno l'ottanta per cento del fabbisogno delle medicine che servono alle Forze armate. L'altro venti per cento è costituito dalle specialità e dai preparati per i quali, dato lo scarso uso che se ne fa, non vale la pena di costruire una catena di montaggio, un ciclo di produzione nello stabilimento.

Tali medicinali vengono acquistati sul mercato nel rispetto delle vigenti norme di legge e dei regolamenti dell'amministrazione dello Stato. Un prodotto preparato nello stabilimento militare viene a costare all'incirca il 35-40 per cento di quello dell'industria privata.

Lo stabilimento produce sì dei farmaci basilari, ma per lo più li acquista dal commercio, li ricicla (cioè li controlla dal punto di vista chimico) li depura e li prepara per il pastigliaggio e il fialettaggio. Lo stabilimento chimico farmaceutico militare ha, inoltre, un grande carico che assume da sé, ed è quello della produzione del materiale di medicatura, di cui una parte viene usata nei nostri ospedali, molte volte viene ceduta, per disposizioni dall'alto, in condizioni di emergenza. La Sardegna, ad esempio, è vissuta per tutto il periodo '43-46, sino a quando le industrie nazionali non hanno ricominciato a riprodurre, esclusivamente con il magazzino sanitario che esisteva nell'isola e che è stato ceduto alla popolazione civile. Ora lo stabilimento chimico farmaceutico produce questi preparati per il nostro consumo, ma soprattutto deve accantonare tutte le nostre riserve in medicinali e materiale sanitario per esigenze di mobilitazione. Noi attualmente siamo pronti a sostenere una mobilitazione, perchè abbiamo materiali e medicinali sufficienti in due magazzini sanitari, quello di Parma e quello di Caserta.

Questo materiale farmaceutico è interamente preparato dallo stabilimento chimico

farmaceutico militare, quindi si realizza un notevole risparmio di spesa.

La stabilimento chimico militare ha anche il compito di preparare il sangue da conservare per esigenze di mobilitazione. Esiste tutta un'organizzazione di donatori del 7° Comiliter al quale contribuisce anche personale della Marina e dell'Aviazione che dona il proprio sangue. Il sangue viene elaborato, vengono estratte le varie globuline, le albumine umane; il plasma quindi viene conservato, liofilizzato e ha una durata di alcuni anni. Ecco quindi che è possibile costituire scorte per mobilitazione o per motivi di emergenza. Abbiamo potuto constatare quanto serva il plasma, di recente, nel Friuli. La banca del sangue di Firenze è particolarmente attrezzata.

Esistono centri trasfusionali, come per esempio qui a Roma, dove si prepara il sangue congelato. All'estero già viene impiegato, qui ancora non è stato introdotto ma abbiamo la sicurezza che presto verrà fatto. Il sangue congelato può essere conservato per oltre cinque anni. Si può immaginare quale riserva di sangue si possa creare. Una delegazione russa è rimasta molto sorpresa nel vedere qui a Roma questa organizzazione del sangue congelato che loro non conoscevano neanche. Ho accennato, poco fa, alle scorte di sangue impiegate per la popolazione del Friuli. Forse la popolazione civile non si è accorta, ma il servizio sanitario militare nel Friuli è stato sottoposto ad una forte pressione per via delle varie decine di migliaia di feriti, di malati, di senza casa. L'ospedale militare di Udine — uno dei più affollati d'Italia — in ventiquattro ore è stato sgomberato. Poichè gli ospedali civili non potevano trasferire i malati, noi abbiamo trasportato con le ambulanze i soldati e li abbiamo portati negli ospedali civili di Padova, di Bologna, per lasciare l'ospedale militare di Udine unicamente come centro di smistamento per i feriti terremotati.

I medicinali che sono arrivati in Friuli sono giunti, oltre che dalle ditte che saranno rimborsate, dai nostri depositi di mobilitazione che sono stati vuotati.

Un cenno merita l'organizzazione della sanità militare. La Direzione generale di Sani-

tà militare, al cui vertice sta il sottoscritto, è un organo più burocratico-amministrativo che non strettamente tecnico di comando, in quanto ci sono poi le tre banche delle Forze armate con un proprio capo, un proprio medico, un proprio comando. Dalla Direzione generale di sanità dipende lo stabilimento chimico farmaceutico militare, il collegio medico-legale, organo consulente della Corte dei conti, tre ospedali militari principali che, neanche a farlo apposta, sono tra i migliori. Quelli di Roma e di Caserta e quello di Milano, che è un ospedale bellissimo: meriterebbe una visita perchè, pur essendo stato costruito nel 1930 è molto moderno, tanto è vero che è citato anche oggi nei trattati di igiene nella parte di edilizia ospedaliera. È un ospedale a dodici padiglioni collegati da un corridoio di seicento metri e i vari padiglioni sono collegati col centro mediante gallerie sotterranee. Questo per dire della modernità dell'ospedale.

L'ospedale di Roma è anch'esso diviso in padiglioni. Oggi si tenta di costruire gli ospedali militari a monoblocco, in altezza, a tri foglio, come i moderni ospedali civili e come d'altronde viene fatto all'estero per gli ospedali militari.

L'ospedale di Caserta è nato quasi 200 anni fa ed è il primo esempio di ospedale militare borbonico creato sul territorio italiano in quanto il Regno sardo ha iniziato a costruire tali complessi nel 1834. Sei-sette anni fa è stato ristrutturato e trasformato. Vorrei suggerire calorosamente di andare sul posto per rendersi conto di cosa si può fare con un vecchio stabile. Sono stati spesi 61700 milioni, ma è diventato un ospedale modernissimo e diretto con larghe vedute tanto che si può considerare uno dei pochi nosocomi che si potrebbero prestare all'introduzione dei civili negli ospedali militari. Gli altri ospedali, invece, scoppiano: non vi sono posti sufficienti per i militari e figurarsi se possono, almeno finora, accogliere i civili, sia pure dipendenti della Difesa.

L'ospedale militare di Anzio è specializzato per la cura delle malattie reumatiche prese sotto le armi e di coloro che ne subiscono riflessi cardiaci. I pazienti sono pochissimi ed affluiscono da tutte le parti d'Italia. Pertan-

4ª COMMISSIONE

1° RESOCONTO STEN. (15 giugno 1977)

to, è in corso di studio un progetto per riservarne una sezione ai paraplegici. Il posto sarebbe ideale per i 17 ettari di parco, ricco di pini, in riva al mare. Molti viali dovrebbero essere asfaltati di nuovo per renderli utilizzabili anche ai fini di una scuola di guida in quanto tali malati non possono certo imparare a guidare per le vie della città.

Stabilimenti termali: dovrebbero servire per soddisfare tutte le nostre necessità termali, ma essi possono assorbire solo da cinque a seimila persone, mentre abbiamo richieste per 31.000 appartenenti alle forze armate. Sarebbe opportuno avere stabilimenti termali gestiti da noi, ma purtroppo anche in questo settore ci imbattiamo nella questione del personale necessario non medico, ma subalterno (fangaioli, facchini, gente di fatica, infermieri, eccetera) preposto al servizio dei malati.

Il Servizio sanità dell'esercito ha un comando, un capo servizio, un Centro studi e ricerche. Da questo comando dipende il nucleo esercito dell'Accademia, che nella sua interezza dipenderebbe dalla Direzione generale; la scuola di sanità militare, le Direzioni di sanità regionali e poi un certo numero di ospedali militari (19) che sono divisi in ospedali di categoria A e ospedali di categoria B a seconda del numero dei reparti e dei posti-letto. In passato gli ospedali erano di più, ma sono stati man mano soppressi nell'immediato dopoguerra (Savigliano, Ancona, Lecce, Sassari, Novara) ed in seguito riaperti. Tale chiusura è dipesa dal fatto che per undicimila posti-letto la popolazione militare assommava a circa seimila unità, con una esuberanza di cinquemila posti-letto. È da notare il fatto che tale esuberanza è per alcuni aspetti solo apparente perchè nei reparti infettivi di cinquanta posti, per lo più suddivisi in camerette, sono occupati solo pochi posti da morbillosi, affetti da scarlattina e rosolia e gli altri letti rimangono inutilizzati per ovvie ragioni. Naturalmente, il numero dei posti-letto occupati è calato a non più di cinque-seimila perchè il malato preferisce andare in un ospedale civile e non si fa più ricoverare all'ospedale militare di competenza a 100-200 chilometri di distanza. Pertanto, il numero dei posti-letto occu-

pati diminuisce, ma non si può affermare che ne abbiamo troppi: è una questione di organizzazione e di costi. Sono convinto che se esistesse una disposizione che vieti il pagamento delle rette agli ospedali civili, diminuirebbe il numero dei militari ricoverati in tali nosocomi. Ripeto, non è vero che noi non occupiamo i posti-letto degli ospedali militari, perchè li occupiamo, in parte, negli ospedali civili.

Il Servizio sanità della Marina ha due ospedali militari regionali che si possono paragonare a quelli di tipo A dell'esercito e un certo numero di infermerie affini a quelli di tipo B; un Centro studi di medicina navale.

Il Servizio sanitario dell'aeronautica, che è inserito nel reparto dell'Ispettorato logistico dello Stato Maggiore dell'aeronautica, ha una commissione di sanità d'appello, un Centro studi e ricerche di medicina aeronautica e spaziale molto ben attrezzati e apprezzati; scuole di sanità aeronautica. Non ha ospedali militari.

Ci sono poi il Nucleo aeronautica dell'Accademia di sanità militare interforze; tre Direzioni di sanità di regione aerea (Milano-Roma-Bari); tre Istituti di medicina legale (Milano-Roma-Napoli); tre infermerie presidiarie (Milano-Roma-Bari); infermerie di enti e reparti, sale mediche.

Come funziona il servizio sanitario? Sono necessari grandi sforzi per farlo funzionare. La buona volontà, lo spirito di sacrificio degli ufficiali medici sono veramente notevoli. Citerò soltanto alcune delle cifre che ho segnato nella relazione scritta. L'ospedale militare di Milano, che ha una capienza di ottocento posti letto schierati e duecento ripiegati, effettua in media 58.000 ricoveri annui ed esegue 327.000 visite ambulatoriali. Questo lavoro viene svolto da quattordici medici ufficiali in pianta stabile o ufficiali già promossi a disposizione, da tredici sottotenenti di complemento e da dodici medici civili convenzionati. Per mandare avanti un ospedale di queste dimensioni, in campo civile occorrerebbero circa centoventi medici, per non parlare del personale paramedico.

Nell'ospedale militare di Milano, trentaquattro sottufficiali, sedici impiegati e sedici operai, per un totale di sessantasei persone,

4^a COMMISSIONE

1° RESOCONTO STEN. (15 giugno 1977)

compongono l'organico del personale paramedico, compresi coloro che si occupano dell'organizzazione, della cucina, della contabilità, eccetera.

La commissione ospedaliera di Roma dispone di soli sette ufficiali e svolge una mole di lavoro enorme: circa centomila pratiche all'anno. Una parte del lavoro si accumula anche per mancanza di dattilografi. In questo momento a Roma ve ne è uno soltanto. Sono cifre che fanno impressione. D'altra parte non si può assumere nuovo personale perchè imbattiamo sempre in difficoltà di bilancio, mentre aumentano i compiti del servizio sanitario. Delle visite fiscali, ad esempio, prima si occupavano i medici provinciali, che adesso non vogliono più farle perchè non ricevono contributo per questa loro prestazione. Così si sono accresciuti i compiti del servizio sanitario mentre non c'è stata una integrazione di mezzi per poter soddisfare queste esigenze.

Possiamo ora esaminare il bilancio del servizio sanitario militare. Le somme stanziare per i vari capitoli sono le seguenti:

Per cura ed assistenza sanitaria diretta e indiretta; spese per il funzionamento degli enti e stabilimenti del Servizio sanitario e per acquisto e manutenzione dei relativi materiali ed attrezzature; spese per i laboratori e gabinetti scientifici; spese per studi e ricerche; spese per la codificazione dei materiali; profilassi ed igiene per enti e corpi; cure idropiniche e termali; medicinali, medicature e materiale sanitario anche per uso zoiatrico e per infermieri operai, lire 13 miliardi 218.460.000.

Spese per visite mediche periodiche al personale civile addetto alle lavorazioni nocive, lire 360.000.000.

Consulenze ed onorari ai medici civili convenzionati; compensi agli ufficiali medici per visite medico-fiscali a carico di privati; spese di viaggio per parenti dei militari in pericolo di vita o deceduti; spese per le onoranze funebri e per il culto; assicurazione obbligatoria delle apparecchiature radiologiche; assicurazione contro i rischi derivanti dagli infortuni negli stabilimenti di lavoro; acquisto di pubblicazioni a carattere tecnico-scientifico, lire 1.890.050.000.

Spese dello stabilimento chimico farmaceutico militare, lire 1.500.000.000 (cifra che in parte rientra attraverso le forniture che noi facciamo ad altri enti dello Stato).

In totale, il bilancio della sanità militare è di 16.968.510.000 lire. Sono somme indubbiamente notevoli, ma nettamente inferiori a quelle che dovrebbero essere per un servizio pienamente efficiente. Non sono sufficienti, ad esempio, per la realizzazione del progetto relativo al gruppaggio sanguigno di tutta la popolazione militare e dei giovani visitati dai consigli di leva. L'esercito belga ha un centro di gruppaggio di tutti i giovani, non solo militari, accentrato a Bruxelles, con una apparecchiatura che viene a costare seicento milioni di lire.

Se potessimo avere almeno una decina di queste apparecchiature in Italia potremmo svolgere una notevole opera nel campo della medicina sociale, determinando il gruppo sanguigno di tutta la popolazione maschile che si presenta alla visita di leva.

Uno degli argomenti su cui attualmente si accentra l'interesse di molte sfere politiche e civili è quello degli infortuni del soldato di leva, della loro prevenzione e del loro risarcimento. I casi di infortunio sono veramente pochi. Le forze armate hanno sempre posto la massima cura nella prevenzione degli infortuni, usando tutte le cautele dell'espone i propri componenti al pericolo. L'incidente strarale può sempre succedere anche a bordo del camion militare, come talvolta leggiamo sui giornali; ma se facciamo un rapporto uomo-chilometro, abbiamo una percentuale di incidenti nettamente inferiore a quella che si verifica nel settore civile tra la popolazione maschile, ma anche femminile, della stessa età.

Sul lavoro, poi, la percentuale di incidenti è veramente bassissima. Questo per una ragione di prudenza generale, perchè vengono prese tutte le opportune misure di sicurezza ed è solo la fatalità ad esporre la vita di un individuo sotto le armi a rischi di qualsiasi genere. Tanto per fare un esempio della prudenza che ci ispira, agli avieri che prestano servizio negli aeroporti (situati evidentemente in aree non urbane) e che si recano in città in libera uscita, è stato vietato, per ragioni

4ª COMMISSIONE

1º RESOCONTO STEN. (15 giugno 1977)

appunto prudenziali, di usare la propria motocicletta, statisticamente considerato un mezzo fra i più pericolosi.

Assicurazione del personale di leva. Da quanto sinora esposto e dai dati, sia pur riasuntivi, citati, si comprende come non sia assolutamente remunerativo assicurare il militare di leva contro gli incidenti, in quanto il premio globale dell'assicurazione sarebbe di gran lunga superiore alla somma che si paga per degenze ed eventuali pensioni di invalidità o morte. Si tratta semmai — ma questa non è materia di nostra competenza — di equiparare, almeno, gli indennizzi a quelli degli infortuni sul lavoro.

Noi siamo molto pignoli nel riunire i nostri dati statistici. Questi dati servono per la nostra organizzazione, ma potrebbero molto vantaggiosamente essere utilizzati dal Servizio sanitario nazionale. A proposito del quale devo dire che abbiamo tentato di far inserire nel relativo disegno di legge, ancora in discussione, un comma che prevede l'aggiunta nel libretto sanitario individuale di alcune pagine in cui, a cura degli ufficiali medici, possano essere iscritti tutti quei dati che potranno servire ai medici che, una volta congedati, avranno in cura questi ragazzi. E d'altra parte noi potremmo conoscere attraverso il libretto sanitario individuale i precedenti del soggetto e della sua famiglia, consentendoci così anche di utilizzare meglio questo personale, salvaguardandolo da determinate esposizioni: e sarebbe questa una delle maniere di integrare il Servizio sanitario militare con quello nazionale.

Personale. È questo il problema più urgente e delicato, dove siamo carenti a tutti i livelli. Ho citato i sedici operai di Milano, a fronte di un organico che ne prevede 151. Tutto questo comporta anche una spesa maggiore, perchè non avendo per esempio l'elettricista e non potendo, nè volendo, utilizzare il soldato, il quale non deve essere esposto a rischi che non gli competono, siamo costretti a ricorrere ad una ditta civile, che magari per l'allaccio di un filo impone dei prezzi veramente paurosi.

Ecco delle cifre a proposito degli ufficiali. La Sanità dell'Esercito dovrebbe avere 226 tenenti colonnelli e ne ha 190: e sarebbe po-

co male, se essi fossero coadiuvati dai 142 maggiori previsti (ma ce ne sono cinque), oppure dai 529 capitani e tenenti egualmente previsti (mentre sono soltanto 47)! La Sanità della marina si trova pressochè nelle stesse condizioni, sia pure leggermente migliori: 30 tenenti colonnelli invece di 52, 38 capitani e tenenti invece di 97. La Sanità dell'aeronautica ha 51 tenenti colonnelli su 66 previsti e 19 invece di 40 sono i maggiori e 33 invece di 137 i tenenti e capitani. Il numero dei colonnelli (4 per l'Esercito, 28 per la Marina e 15 per l'Aeronautica) può considerarsi in rapporto sufficiente, ma occorre considerare che gli organici sono già calcolati molto bassi.

Vi sono poi alcune situazioni paradossali: il collegio medico legale, per esempio, dovrebbe avere sette generali, ma sette non ce ne sono in tutto l'Esercito italiano! E lo stesso dicasi per l'Aviazione e la Marina. Per cercare di risolvere la questione degli organici, stiamo tentando di varare delle modifiche, ma sempre ci scontriamo con il famoso numero chiuso della dirigenza, che non si riesce a superare.

Recentemente è stato riunito un gruppo di studio, nell'intento di trovare il sistema di incentivare l'afflusso dei medici e soprattutto il loro trattenimento in servizio, perchè appena un medico acquista una certa capacità o si specializza, preferisce andare all'Inam (domani alla Regione), prendendo 600 mila con 15-18 ore di servizio settimanale, piuttosto che sentirsi legato tutta la settimana a 380 mila lire mensili. Queste infatti sono le cifre, che un capitano con sei anni di laurea e di servizio prende 380 mila lire, usufruendo di tutte le indennità principali, come se fosse esposto a tutti i rischi, laddove un laureato in medicina, che svolge la sua attività in un ospedale civile, raggiunge le 800.000 lire al mese. Queste sono le sproporzioni esistenti che spiegano la ragione per le quali non riusciamo a trovare medici. Vi faccio grazia delle cifre.

Noi siamo costretti a servirci di medici convenzionati a 180.000 lire circa mensili che svolgono, appunto, un servizio da 180.000 lire mensili, per due-tre ore al giorno. Per fortuna, trattandosi spesso di nostri amici

4^a COMMISSIONE

1° RESOCONTO STEN. (15 giugno 1977)

richiamati ed affezionati, lavorano, si può dire, per regalo. ma è evidente che in questo campo non si può andare avanti con la carità. Abbiamo tentato di portare a 250.000 lire lorde tali emolumenti ricevendo, però una risposta negativa dal Ministero competente.

Introduzione dei civili negli ospedali militari: esiste un gruppo di studio che cerca di introdurre il 25 per cento dei primari ed aiuti nei nostri ospedali con emolumenti pari a quelli degli ospedali civili. È chiaro però che se un primario prende in altri posti circa 1.300.000 al mese, un militare da noi non prenderebbe che 600.000 lire circa mensili. Bisogna, allora, portare avanti assolutamente tale emolumento, almeno fino ad un milione di lire. E da tener presente, però, che se questo sanitario, con il grado di colonnello, viene trasferito per fare il presidente di una commissione medica, torna a prendere 600.000 lire al mese. Tutto ciò fa fermare, naturalmente, i nostri progetti.

Sono convinto che l'enorme numero di studenti laureandi in medicina porterà i medici d'Italia ad una tale difficoltà di sistemazione che saranno costretti a chiedere di arruolarsi sotto le armi. Avverrà però che dopo essere stati preparati da noi per otto-dieci anni, se ne andranno perchè troveranno migliori compensi. Nelle altre nazioni, invece, il posto di medico militare è notevolmente ambito. Basti dire che in Inghilterra, Belgio e Danimarca tale sanitario prende quel che percepisce il medico civile. In Inghilterra, poi, dove vige il servizio sanitario nazionale, il medico militare percepisce quanto il medico civile, di pari studio e specializzazione, più il cinque per cento.

Apertura degli ospedali militari ai degenti civili: non credo che, per il momento, si possa fare per le ragioni già illustrate e per il fatto che i nostri ospedali scoppierebbero. È vero che si potrebbero recuperare decine di medici e di infermieri sottraendoli agli ospedali civili, ma è da mettere in bilancio che le infrastrutture non reggerebbero il carico. (Ad esempio, a Milano, nei reparti di chirurgia e medicina della capienza di 80 posti-letto, sono stati sistemati 118-122 degenti).

Nell'ospedale di Novara, invece, per altre ragioni, si recavano poche persone; la maggior parte preferiva quello di Milano che rischia di scoppiare, così come, d'altra parte è successo per il nosocomio di Cagliari con la soppressione di quello di Sassari. Ora, le soppressioni sono state sospese. Inoltre, bisogna pensare che tali ospedali non servono soltanto ai nostri soldati, ma anche ai carabinieri, alle Guardie di finanza e a tutti i corpi armati dello Stato. Molte volte gli Stati Maggiori si preoccupano solo dei loro soldati, mentre noi sanitari dobbiamo risolvere anche altri problemi ed i compiti che dobbiamo assumere come Servizio sanitario sono molti. Al momento, penso che nelle condizioni in cui si trovano le infrastrutture non sia possibile aprire i nostri ospedali ai civili. Devo precisare però che i casi urgenti (pronto soccorso, ustionati gravi, eccetera) che si presentano in prossimità dei nostri ospedali sono da noi ammessi con una certa larghezza (è previsto dal nostro regolamento), ma appena i ricoverati sono trasportabili devono essere trasferiti.

Esiste anche una questione femminile: non abbiamo, infatti, reparti dove le donne possano stare separate dagli uomini e ci troviamo in difficoltà perchè, per legge, possiamo ricoverare gli impiegati e gli operai della Difesa qualora debbano essere curati per malattie dipendenti da cause di servizio.

Anche le donne dipendenti della Difesa hanno il diritto alle cure negli ospedali militari. Se le escludiamo rischiamo di incostituzionalità.

Però, se dovessimo ricoverare le donne, ci troveremmo in imbarazzo. Innanzitutto dovremmo sistemarle in camerate riservate e per tutta una serie di ragioni noi tendiamo ad evitare i ricoveri. Quanto ho fin qui detto mi pare sufficiente ad illustrare come e in che modo esplica la sua attività il Servizio sanitario militare. Rimangono solo pochi argomenti particolari. Ho già detto delle difficoltà inerenti il problema del personale paramedico. Il disegno di legge all'esame del Parlamento ci dà la possibilità di preparare il nostro personale ma questo non risolve i nostri problemi perchè è fatale che non appena noi rilasciamo ai nostri militari un atte-

4^a COMMISSIONE

1° RESOCONTO STEN. (15 giugno 1977)

stato valido anche in campo civile, questi ci lasciano perchè fuori trovano delle condizioni d'impiego molto superiore a quelle che possiamo offrire noi. Per noi è più facile avere un finanziamento di 50, o magari di cento milioni per acquistare dei mezzi tecnologici che ci mettano all'avanguardia nella cura di una data malattia, piuttosto che avere un dattilografo per il disbrigo delle pratiche di ufficio o un uomo di fatica che tenga curati i viali dell'ospedale.

Uno dei principali problemi è rappresentato dalle infrastrutture di cui disponiamo. Molti ospedali sono ricavati da vecchi edifici religiosi, inadatti, costruiti con criteri del tutto particolari, sui quali abbiamo profuso numerosi miliardi per i riadattamenti, senza risolvere minimamente il problema. Fa eccezione il convento Santa Giuliana a Perugia, che è un po' il simbolo della città, tanto che viene effigiato nei manifesti dell'Ente del turismo, il quale è funzionale anche se ne vengono mantenuti lo stile e la tradizione, poichè se si fa un mobile lo si fa in stile, seguendo questo criterio per qualsiasi altra realizzazione si renda necessario ai fini della sua funzionalità. Ma è tra quelli che saranno soppressi perchè dovrebbe essere trasformato in centro sanitario per i pochi militari della zona, mentre a noi serve come convalescenziario.

Altri edifici, come quello in cui ha sede l'ospedale di Alessandria, sono talmente vecchi che non possono prestarsi come ospedali. Sarebbe necessario spendere, in questi casi, le somme occorrenti per costruire degli ospedali moderni, degni di questo nome.

Tra gli altri argomenti ricordo le specializzazioni cliniche e le difficoltà che gli ufficiali medici trovano per ottenere un posto, presso le scuole di specializzazione (che sono « a numero chiuso ») difficoltà cui noi potremmo ovviare collegando i nostri ospedali alle cattedre universitarie.

Per quanto riguarda i militari di leva che decedono sotto le armi, dirò che la percentuale è nettamente inferiore a quella dei non militari di pari età della popolazione maschile. Nel 1976 abbiamo avuto una percentuale di decessi più alta del solito perchè abbiamo

avuto ben trenta soldati deceduti nel Friuli per i crolli causati dal terremoto.

P R E S I D E N T E . Ringrazio vivamente il generale Lisai per l'esauriente relazione, anche a nome della Commissione.

Innanzitutto mi pare che la relazione ci metta in grado di comprendere come e in quali difficoltà svolge la sua attività il Servizio sanitario militare, e quanto sia opportuno giungere a definire quello che possiamo proporre e fare per il settore medico legale e per il settore del pronto intervento, che non solo serve in caso di guerra, ma anche e soprattutto per la vita civile, in particolare in occasione di calamità. Abbiamo tutti visto quanto si è fatto nel Friuli.

Importanza della medicina preventiva. Comprendiamo che bisogna provvedere in qualche modo, il che significa conoscere il fenomeno che si vuole disciplinare. Per questo abbiamo disturbato lei e disturberemo altri esponenti dei settori interessati. Il problema dell'unificazione dei servizi è anche il problema della cura più adeguata del malato, che diventa un problema economico in relazione al personale medico e paramedico necessario.

Vorremmo rivolgere delle domande specifiche al Direttore generale qui presente, ma, allo scopo di svolgere una indagine più valida e completa, e per non dover ripetere più volte le stesse cose, vorrei anche proporre di chiedere al generale Lisai di accompagnare i tre capi dei Servizi sanitari che verranno a riferire in questa sede il 6 luglio prossimo. In quella occasione potremo rivolgere le nostre domande nel modo più opportuno a tutti i presenti, in modo da ricevere delle risposte complete.

Nel frattempo potremo effettuare i viaggi che abbiamo in programma; quindi, sulla base dell'ampia panoramica fornitaci dal generale Lisai e delle esperienze che acquisiremo direttamente nelle nostre visite, avremo modo di trarre dal nostro prossimo incontro del 6 luglio il massimo vantaggio.

B O L D R I N I A R R I G O . Vorrei integrare la proposta avanzata dal Presidente chiedendo che egli faccia in modo che i tre

interlocutori che dovranno essere ascoltati in questa sede ci inviino, se possibile, le loro relazioni in anticipo. In questo modo noi potremo prenderne visione e riservare l'intera seduta del 6 luglio all'approfondimento dei vari problemi tramite le domande che porremo e le risposte che riceveremo. Questo ci consentirebbe di guadagnare tempo. Per quanto riguarda l'odierna audizione del generale Lisai, gradirei che noi potessimo porre al nostro ospite magari solo qualche domanda su problemi che ci urge conoscere più a fondo, una domanda o due soltanto, lasciando il resto alla seduta di cui si è detto.

PRESIDENTE. A mio avviso è opportuno in questa indagine tentare di operare in modo completo. Se siete d'accordo nel fare questo tentativo, proporrei di andare anche a vedere l'ospedale di Caserta, come ci è stata raccomandato vivamente: potremmo scegliere per questa la data del 7 luglio prossimo. Desidererei inoltre, al fine di ottenere qualche risultato positivo, che la Commissione si lasciasse aperte, ai sensi del regolamento, tutte le possibilità di esiti procedurali dell'indagine.

Se siamo d'accordo la Commissione può inoltre già ora formalizzare la mia proposta di nominare due relatori ai quali farà carico la stesura di una relazione o un documento, a seconda dell'ipotesi che, dopo una discussione che avremo in un'apposita riunione successivamente al 7 luglio, sarà emersa. Propongo come relatori i due Vicepresidenti della Commissione.

DONELLI. Sono d'accordo con l'impostazione del Presidente: sono cioè del parere di rinviare l'esame della corposa relazione che è stata svolta questa mattina. Poiché però non credo che oggi saremo in grado di porre le domande necessarie per fare in modo che ci vengano poi forniti i dati sui quali riflettere ulteriormente, per non perdere ancora tempo questa mattina, proporrei che i parlamentari che lo desiderino facciano pervenire alla Presidenza richieste di dati specifici che possano essere tempestivamente forniti dalla direzione della sanità mi-

litare, in maniera da completare il quadro della situazione del settore. Per quanto riguarda, ad esempio, il servizio di leva, sarebbe interessante conoscere se l'Amministrazione della sanità ha a disposizione dati sui riformati, sui rivedibili, sul tipo di malattia più frequente, eccetera, in maniera che ci pervenga una documentazione il più completa possibile la quale consenta ai commissari di poter essere più preparati il giorno 6 luglio.

PRESIDENTE. Sia chiaro che io non propongo di chiudere l'indagine il giorno 6 luglio: in questa data avremo le risposte alle nostre domande; il giorno 7 andremo a Caserta, dopo di che ci saranno una, due, tre sedute, quante saranno necessarie, senza alcuna fretta, nelle quali discuteremo: la Presidenza non si ritrae di fronte agli impegni che assume. È però pacifico che, avendo nominato due relatori, sono questi che devono indicare gli elementi loro utili per redigere una relazione o uno schema di documento conclusivo dell'indagine.

DE ZAN. Vorrei tentare di delimitare i nostri impegni. Credo che faremmo un errore se presumessimo di ripetere in una vasta relazione la problematica vasta che i tecnici competenti ci hanno già illustrato; oltre tutto avremmo bisogno di un'assistenza tecnica che non abbiamo. Credo che dobbiamo avere chiari alcuni obiettivi che vogliamo raggiungere, per cui nel documento che verrà redatto, per la nostra specifica funzione di parlamentari, dovremmo o direttamente proporre, o sollecitare la proposizione di determinati provvedimenti. Il che significa che sarà l'ampiezza del documento conclusivo a contare, ma l'assoluta precisione dei fini che attraverso di esso ci proporremo.

Vorrei fare una seconda osservazione su Caserta. Dopo aver meditato sul nostro programma che, non certo per responsabilità nostra, si è alquanto ridotto rispetto alle intenzioni iniziali, sono giunto ad una conclusione che è abbastanza critica: in fondo, se consideriamo il lavoro che facciamo in queste due settimane, dobbiamo constatare che andiamo a visitare quegli ospedali militari

che sono già indicati come modelli, come il Celio o Caserta. Voglio dire che, rispetto al primitivo progetto, abbiamo fatto parecchi passi indietro, perchè esso prevedeva visite in particolare a quegli ospedali che, per collocazione territoriale, hanno una certa importanza, e che tuttavia, per varie ragioni, non funzionano come dovrebbero. Quanto ha detto il professor Lisai sull'ospedale di Caserta è tale senza dubbio da soddisfarci, proprio perchè riteniamo che questa esperienza sia utile, ma non possiamo venire a conoscenza di situazioni diverse se non le constatiamo personalmente. Se non possiamo andare direttamente a vedere gli ospedali che non funzionano, riteniamo di avere bisogno di notizie anche indirette, ma precise, anche perchè nel momento in cui eravamo costretti ad accettare la delimitazione del programma, abbiamo detto che questo non doveva in alcun modo interferire sul giudizio generale della collocazione territoriale: avremmo dovuto esaminare l'opportunità di mantenere o meno un ospedale in una determinata città. Pertanto, nel momento in cui riteniamo opportuna una visita a Caserta, pertanto allargando il programma limitato che ci siamo proposti, io mi chiedo se non convenga fissare anche un'altra visita, onde dare una dimensione più completa al nostro programma.

G I U S T . Il generale Lisai, nella sua relazione, ha fatto cenno ad una certa interconnessione fra la situazione attuale del servizio sanitario militare ed il provvedimento che è in corso di esame, cioè la legge sul servizio sanitario nazionale. Io non so a che punto sia l'esame di questo provvedimento: ritengo però opportuno che, allo stato delle cose, fosse portato a nostra conoscenza, nel senso che molte delle nostre valutazioni potrebbero

essere interdipendenti fra l'iter del provvedimento stesso e la situazione sanitaria militare.

P R E S I D E N T E . Per il momento, visto che dovevamo svolgere questa indagine conoscitiva, abbiamo suggerito che fosse sospeso l'esame del provvedimento in questione. Dobbiamo poi dire se esso deve andare avanti o tornare indietro, e dobbiamo motivare il nostro parere. Quindi dovremmo avere ulteriori notizie, anche tenuto conto di cosa pensa la Direzione generale di sanità. È chiaro che ciascuno, nel fornire dati, porta il contributo del proprio parere, del proprio convincimento, e tutto serve affinché anche noi assumiamo le decisioni più giuste possibili al riguardo.

Mi sembra quindi che siamo d'accordo nell'effettuare questo viaggio: voi rivolgete a me ed ai relatori tutti i quesiti che riterete utili, in maniera di non dover poi indire un'altra seduta apposita per le domande trascinando troppo per le lunghe questa indagine; cercheremo di avere le risposte nella seduta del 6 luglio, in maniera da avere tutti gli elementi utili per una discussione politico-giuridica e concludere l'indagine conoscitiva. Ciò fatto, chiederemo al Presidente del Senato di andare a Caserta il giorno 7 luglio, ed eventualmente ci informeremo se la Presidenza del Senato ci dà la possibilità di visitare anche gli ospedali di Milano e Verona.

Non facendosi obiezioni rinvio lo svolgimento dell'indagine alla seduta del 6 luglio.

La seduta termina alle ore 13,15.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI
Il consigliere parlamentare delegato per i resoconti stenografici
DOTT. RENATO BELLABARBA