

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

2^a SEDUTA

MERCOLEDÌ 6 LUGLIO 1977

Presidenza del Presidente SCHIETROMA

INDICE DEGLI ORATORI

PRESIDENTE	Pag. 23, 29, 36 e <i>passim</i>	BELLENGHI	Pag. 29
BOLDRINI Arrigo (PCI)	39	CAPPELLI	23
		KOCH	36

Interviene il sottosegretario di Stato per la difesa Petrucci.

Intervengono alla seduta, a norma dell'articolo 48 del Regolamento, il direttore generale della sanità militare tenente generale Tommaso Lisai e i capi dei servizi di sanità dell'Esercito tenente generale Michele Cappelli, della Marina ammiraglio ispettore Guido Bellenghi e dell'Aeronautica tenente generale Carlo Koch. Intervengono altresì il colonnello Carlo Bramati, capo ufficio della Sanità militare, nonché il capitano di vascello (MD) Agostino Di Donna, capo dell'ufficio studi dell'Ispettorato di sanità della Marina.

La seduta ha inizio alle ore 10,10.

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

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sui problemi della sanità militare e sulla prevenzione degli infortuni dei militari in servizio, ai sensi dell'articolo 49 del Regolamento.

Ascolteremo oggi i capi dei servizi di sanità dell'Esercito, della Marina e dell'Aeronautica, rispettivamente tenente generale Michele Cappelli, ammiraglio ispettore Guido Bellenghi e tenente generale Carlo Koch, che ringrazio per aver accolto il nostro invito.

CAPPELLI. I principali compiti che il Servizio sanitario dell'Esercito svolge sono: medico-legali, clinico-terapeutici, di medicina sociale e preventiva, logistici e di ricerca scientifica. Provvede, inoltre, alla formazione e preparazione del personale sanitario.

L'attività medico-legale è, senza dubbio, quella che più impegna il Servizio sanitario per l'assolvimento dei due compiti fondamentali che, regolati da leggi e norme dello Stato, sono propri della medicina legale militare e per la cui soluzione è richiesto l'intervento valutativo (singolo o collegiale) del medico militare: compito selet-

tivo e compito risarcitivo. Il primo è di gran lunga preminente, perchè sistematicamente e costantemente applicato a tutti i cittadini in età militare; ha lo scopo di arruolare, incorporare e tenere alle armi soltanto quei giovani che, per le loro condizioni di salute, offrono sufficiente garanzia di compiere il servizio militare con rendimento adeguato e senza danno per sè e per la collettività. Questo compito si attua attraverso operazioni selettive che vengono eseguite sul contingente di leva in varie sedi e in momenti successivi. Sono preposti al compito selettivo i seguenti organi: presso il Consiglio di leva, il nucleo medico selettore costituito da quattro medici, di cui un ufficiale superiore medico, caponucleo. In tale sede ogni giovane è sottoposto a visita medica generale, ad esame schermografico del torace, ad esame delle urine, a visita specialistica otorinolaringoiatrica ed oculistica. Inoltre, quando se ne presenti la necessità, viene eseguito qualsiasi altro accertamento specialistico o di laboratorio che il caso richiede, mediante l'invio dell'iscritto presso gli stabilimenti sanitari militari. Il numero di tali gruppi e l'attività svolta nell'arco di un anno sono notevoli: visitiamo, infatti, tra le 520.000 e le 530.000 unità l'anno.

Presso il Distretto abbiamo il dirigente del Servizio sanitario, in occasione della visita medica di prechiamata (per gli arruolati che la richiedono) e delle visite di controllo dei militari allo scadere delle licenze di convalescenza; presso il Corpo esiste il dirigente del Servizio sanitario per impedire che vengano incorporati giovani arruolati che risultino non idonei per infermità non evidenziate nella precedente visita di leva-selezione o sopraggiunte in seguito; presso gli ospedali militari e i Centri medico-legali con un direttore in sede di osservazione ospedaliera e presso le direzioni di sanità dei Comandi militari territoriali di Regione, con un direttore di sanità per visite di appello.

Nell'ospedale militare e presso la Direzione di sanità di Comiliter operano, inoltre, un Collegio medico interno e, rispettivamente, un collegio medico di appello,

con molteplici altri compiti medico-legali, assolti sistematicamente dai collegi stessi o, di volta in volta, da commissioni che vi si costituiscono a norma di appositi decreti ministeriali.

Le visite collegiali riguardano sia particolari categorie di militari (visita preliminare per l'ammissione alla Scuola militare di Napoli, visita per l'idoneità ai corsi Allievi ufficiali di complemento delle varie Armi e dei Servizi, per il reclutamento ordinario degli ufficiali medici e chimico-farmacisti in servizio permanente effettivo, per l'ammissione alle cure termali e idropiniche, per la rafferma degli agenti di custodia, eccetera), sia personale civile (visite di appello per l'inabilità al lavoro dei congiunti di giovani arruolati, visite circa la idoneità al servizio dei dipendenti di altre Amministrazioni statali e parastatali o di enti locali: queste ultime visite vanno aumentando di numero forse per la carenza di tali servizi nelle altre amministrazioni).

Per quanto riguarda, invece, le visite per l'ammissione all'Accademia militare di Modena, il giudizio sulla idoneità viene pronunciato da una commissione unica, nominata direttamente dal Ministero, che è presieduta da un generale medico del Comando del servizio sanità dell'Esercito e di cui fa parte, con altri tre membri, il dirigente il Servizio sanitario dell'Accademia stessa. Analogamente si procede, secondo le norme stabilite per ciascuna forza armata alla visita medica dei candidati all'ammissione all'Accademia di sanità militare interforze.

Alle dirette dipendenze del Ministero della difesa, Direzione generale della sanità militare, con sede in Roma, opera, infine, il Collegio medico-legale, massimo organo di consulenza medico-legale dello Stato, il quale si pronuncia su questioni tecniche di particolare importanza sottopostegli dai vari Ministeri e, soprattutto, in ordine a quesiti formulati dalla Corte dei conti sia in sede amministrativa che giurisprudenziale, e al cui funzionamento il Servizio di sanità dell'Esercito contribuisce in larga misura con l'assegnazione di numerosi ufficiali medici.

L'altro compito è quello risarcitivo, che ha lo scopo di indennizzare quei militari che, durante il servizio ed in conseguenza di esso, abbiano riportato ferite o contratto infermità da cui sia derivata, o possa derivare, invalidità. Si attua in tempi e sedi diverse e attraverso due direttive: riconoscimento della dipendenza da causa di servizio e valutazione qualitativa e quantitativa del danno alla persona ed ascrivibilità a categoria di pensione (o di equo indennizzo) in rapporto alla natura e al grado dell'invalidità.

Sono preposti a tale compito:

a) presso il Corpo: il dirigente il Servizio sanitario;

b) presso gli ospedali militari e i Centri medico-legali: le Commissioni mediche ospedaliere;

c) presso le Direzioni di sanità di Comiliter: le Commissioni mediche di seconda istanza.

Le pratiche evase nel corso di un anno si aggirano intorno alle 72.000.

L'attività clinico-terapeutica viene svolta presso le infermerie di Corpo e alcune infermerie speciali per affezioni di grado più o meno lieve e di breve durata non richiedenti accertamenti e cure di particolare rilievo e presso gli ospedali militari. L'Esercito, nella fase precedente la ristrutturazione, disponeva di una infermeria presidiaria e di 23 ospedali militari classificati in ben otto tipi diversi, a seconda del numero dei reparti di cura di cui erano forniti e della quantità di posti letto disponibili. Otto di questi ospedali erano costituiti da un solo reparto (il cosiddetto reparto misto) per cui, più che di ospedale, si sarebbe dovuto parlare di una grossa infermeria.

Agli ospedali dell'Esercito vanno poi aggiunti altri quattro ospedali interforze non dipendenti, quindi, dall'Esercito, ma che operano esclusivamente con personale di tale forza armata e svolgono attività del tutto simili agli ospedali dell'Esercito, per un totale complessivo di capacità ricettiva di 11.500 posti letto, di cui soltanto 8.000 mediamente utilizzati, con un rapporto com-

pletivo posti letto-utenti (naturalmente militari) di uno a 60, estremamente favorevole, se si tien conto che, in ambito nazionale, l'organizzazione ospedaliera civile assicura appena un rapporto di uno a cento e che perfino nei Paesi più avanzati tale rapporto non supera in genere l'uno a 80.

Con l'avvio della ristrutturazione dell'Esercito, pressochè ormai completata, e la riduzione di un terzo delle unità dell'Esercito, nonchè la diversa distribuzione delle forze sul territorio nazionale, lo Stato maggiore esercito, in considerazione della:

a) pletoricità dell'ordinamento ospedaliero nel suo complesso, calibrato sulle dimensioni e sulla dislocazione dell'Esercito « tipo preristrutturazione »;

b) inadeguatezza delle strutture interne di molti ospedali, con grave scollamento rispetto a quelle previste dalle norme di legge per gli ospedali civili;

c) eccedenza di posti letto rispetto alle esigenze;

d) grave carenza nel settore del personale medico e paramedico, resa più evidente dalla dispersione di esso in un numero elevato di ospedali;

e) fatiscenza delle infrastrutture, per cui solo una decina di ospedali può dirsi sistemata in infrastrutture che potremmo definire parzialmente funzionali, anche se abbisognevoli di lavori di adeguamento e miglioramento;

nonchè:

dell'impegno finanziario abnorme per un'opera di risanamento o di adeguamento infrastrutturale e se si fossero dovuti mantenere in vita tutti gli ospedali esistenti;

del nuovo assetto ed addensamento assunti dalla popolazione militare per effetto della ristrutturazione nel territorio nazionale;

ha predisposto ed in parte avviato i seguenti provvedimenti:

1) contrazione del numero degli ospedali e nuova classificazione di questi in ospedali di tipo « A », con capacità di 600 posti-letto, dotati di sette reparti di cura,

oltre che dei normali organi medico-legali, e ospedali di tipo « B », con capacità di 300 posti-letto, su tre reparti di cura, oltre ai normali organi medico-legali come quelli di tipo « A »;

2) trasformazione di alcuni ospedali militari in moderni istituti di medicina legale militare, nell'intento di perfezionare e di rendere massimamente sicuro il sistema di selezione psico-fisica del contingente di leva, nonchè di rendere pronta ed efficace la attività degli organi medico-legali operanti nel campo pensionistico: i centri medico-legali hanno una disponibilità di 200 posti-letto, con ambulatori e gabinetti necessari perchè possano svolgere l'attività medico-legale loro attribuita;

3) potenziamento degli ospedali che resteranno in funzione mediante dotazioni di apparecchiature scientifiche e di tutti i moderni sussidi diagnostici e terapeutici, così da assicurare il livello di efficienza funzionale proprio degli ospedali.

Allo stato attuale sono già stati attuati i seguenti provvedimenti: soppressione degli ospedali di Novara e di Sassari (entrambi di tipo reparto misto) e trasformazione della infermeria presidiaria di Lecce in infermeria speciale della locale Scuola specializzati truppe corazzate; trasformazione in centro medico legale degli ospedali militari di Genova e di Napoli, i quali, pertanto, già funzionano come tali.

In sintesi, secondo il piano previsto dallo Stato maggiore esercito e salvo quelle possibili modifiche al programma dettate da motivi contingenti nel corso delle trasformazioni stesse, secondo il nuovo ordinamento si verrebbero ad avere, oltre ai quattro ospedali militari interforze di Milano, Roma, Caserta ed Anzio, alcuni ospedali ristrutturati di tipo « A », altri di tipo « B » e alcuni centri medico-legali che, con una certa gradualità, potranno assumere la struttura interna prevista, concentrando sin da ora sugli ospedali e centri medico-legali così rimasti in vita, e per un migliore impiego degli stessi, tutto il già scarsissimo personale medico e paramedico disponibile.

Inoltre, l'idea guida da perseguire per qualificare gli ospedali militari si ritiene sia quella di elevare il livello degli interventi, cioè occorrerebbe qualificare malati e clinici, stabilendo convenzioni con cattedre universitarie scelte tra quelle con idonee specializzazioni, che abbiano attinenza con le esigenze della forza armata. In altri termini, necessiterebbe riservare posti letto negli ospedali militari a favore degli istituti universitari, effettuare convenzioni analoghe a quelle in atto con i nosocomi civili e richiedere in cambio lo svolgimento di attività di insegnamento negli ospedali militari. Tale orientamento trova riscontro nell'indagine conoscitiva che codesta onorevole Commissione sta conducendo. Infatti in essa si pone il problema dei modi nei quali può realizzarsi una possibile collaborazione con docenti universitari e personale medico di ospedali civili. In proposito sono in corso avanzate trattative con l'università di Padova, e sono cominciate anche con l'università di Chieti per istituire cattedre di chirurgia d'urgenza negli ospedali di Padova e di Chieti.

I problemi che riguardano la medicina sociale e preventiva sono stati illustrati dal Direttore generale della sanità militare, generale medico Lisai, nella sua relazione.

È da tener presente in proposito che i *dépistages* e le vaccinazioni sistematicamente eseguite sulla popolazione maschile in età militare hanno sempre fornito e ancor più potranno fornire in futuro, attraverso più fitti interscambi con la sanità civile e comunicazioni di dati e rilievi statistici, un contributo importante alla precoce identificazione di malattie o alla loro prevenzione, con effetti grandemente benefici per tutti i giovani che prestino o non il servizio militare.

L'attività logistica concerne l'allestimento, la conservazione, distribuzione, rifornimento ed eventuale riparazione e recupero dei materiali sanitari occorrenti per soddisfare le esigenze del servizio.

Tale compito viene assolto, per quanto attiene all'esercito, dal magazzino militare di materiale sanitario di Parma e dai magazzini direzionali di Comiliter e dalle far-

macie degli stabilimenti sanitari, che provvedono ai bisogni dei reparti ospedalieri e delle infermerie di corpo.

L'attività di ricerca scientifica viene svolta dal Centro studi e ricerche della Sanità militare e dalla Scuola di sanità, in stretta collaborazione con autorità sanitarie accademiche e civili.

Attualmente sono in corso presso la Scuola di sanità esperimenti di immunizzazione con vaccino per il tifo, paratifo A e B e tetano mediante speciali iniettori, ed uno studio sull'apparato cardio-vascolare.

Per quanto attiene all'attività del centro studi, la relazione richiesta è stata redatta dal direttore del centro e inviata a parte.

Le forze armate si occupano anche della formazione e preparazione del personale. L'attività in questione viene svolta presso: la scuola di sanità militare per la formazione dei quadri ufficiali e sottufficiali del servizio mediante l'effettuazione dei seguenti corsi: corsi applicativi annuali per tenenti medici e chimico-farmacisti in servizio permanente effettivo, vincitori di pubblico concorso; corsi AUC medici e farmacisti (tre all'anno) per i laureati che, vincitori degli appositi concorsi per titoli, presteranno servizio di leva quali sottotenenti, con un gettito annuo di mille-milleduecento unità; corsi per allievi sottufficiali odontotecnici; corsi per allievi sottufficiali meccanici di sezione disinfezione; corsi per militari di leva con incarico « comandante di squadra di sanità » o « odontotecnico »;

il NEASMI, nucleo di forza armata dell'Accademia di sanità interforze che, pur istituita nel 1968, per motivi di natura infrastrutturale, non è ancora funzionante come organo unitario per la formazione di giovani medici e farmacisti orientati a seguire la carriera militare.

Dalla sua costituzione ha fornito all'Esercito quarantadue laureati in medicina e cinque in farmacia. In atto è frequentato da duecentocinquantaquattro allievi, di cui ventisei di nazionalità somala e due di nazionalità etiopica.

Per quanto riguarda l'organizzazione del servizio, organo direttivo centrale è il Co-

mando del servizio retto dal Capo del Servizio, che è alle dirette dipendenze del Capo di Stato Maggiore dell'Esercito. Alle sue dipendenze tecniche sono sei Organi direttivi periferici (Direzioni di sanità di Comiliter) dai quali a loro volta dipendono gli ospedali militari e i centri medico-legali avanti indicati, oltre alle infermerie speciali e di corpo. Nel quadro della riorganizzazione del servizio, già concretata per il settore ospedaliero nel programma di ristrutturazione degli stabilimenti sanitari, in precedenza illustrato, si sostanzia ancor maggiormente il problema della prioritaria e inderogabile necessità di disporre di personale medico e paramedico; quindi in pratica di ufficiali medici e di sottufficiali di sanità, in numero adeguato e con un livello di preparazione professionale e specialistica tale da soddisfare pienamente le esigenze della medicina in tutte le sue branche. Personale che può essere reperito tra quello già in possesso di titolo, mediante appositi concorsi pubblici, e che può essere reclutato, con opportuna selezione, in base a requisiti culturali e attitudinali, per essere poi formato professionalmente a cura degli stessi organi addestrativi della sanità militare presso o con il concorso di istituzioni civili e facoltà universitarie. Un valido esempio è costituito in tal senso dall'accademia di sanità militare interforze che, avendo iniziato la sua attività nell'anno accademico 1968-69, comincia a dare positivi risultati con l'immissione nei ruoli organici del servizio permanente delle rispettive forze armate dei primi laureati in medicina e farmacia presso le università di Stato di Firenze e Pisa. I dispositivi di reclutamento sono sempre esistiti; ma essi purtroppo si rivelano inadeguati all'assunzione a mantenimento in carriera del personale sanitario necessario.

La realtà ci dice infatti che i concorsi per il servizio permanente già da lunghi anni vanno pressochè deserti; che l'esodo degli effettivi prima del raggiungimento dei limiti di età si fa sempre più massiccio, impoverendo l'organizzazione militare proprio dei Quadri meglio preparati e mettendo in seria crisi gli organi vitali del servizio. Ana-

loga è la situazione per quanto riguarda l'arruolamento, l'addestramento e il mantenimento in carriera del personale paramedico, soprattutto nelle specialità più differenziate (tecnici di radiologia, laboratoristi, odontotecnici, eccetera).

Bisogna dunque risalire alle motivazioni di fondo del fenomeno ed invero facendo ciò è estremamente agevole avvertire come esse risiedano in un profondo e diffuso malcontento derivante dalla condizione di inferiorità sotto molteplici aspetti (morale, economico, di condizioni di orario, di lavoro, di sede) nella quale si trova oggi il personale della sanità militare a confronto di coloro che esercitano la stessa professione nella vita civile.

Se si pensa alla grave inadeguatezza numerica del personale rispetto alle effettive esigenze del servizio, al lavoro intenso e senza limiti di orario, al trattamento economico dei medici e del personale paramedico specializzato, non ci si può meravigliare della carenza del personale e si può ben comprendere quali e quanti siano i problemi da affrontare in via prioritaria per poter porre un efficace e tempestivo rimedio.

Bisogna riferirsi, a questo punto, al secondo aspetto della questione, all'opportunità cioè che oggi si offre di porre mano al riordinamento del servizio sanitario militare inserendone direttamente i problemi fondamentali nel vivo contesto di quelli più ampi e generali inerenti alla istituzione del servizio sanitario nazionale, il quale potrà per altro giovare, ai fini organizzativi, proprio della già esistente struttura sanitaria militare. Pur se nei disegni di legge sinora approntati la materia risulta ignorata, sono state prese serie iniziative volte a riguardare l'intero problema della sanità pubblica in una visione globale unitaria, in cui non trovano più posto residue distinzioni concettuali tra sanità civile e sanità militare ma solo riferimenti a componenti operative variamente distribuite e articolate.

Fanno fede di ciò le parole pronunciate il 2 marzo 1975 a Firenze, in occasione del giuramento degli allievi dell'Accademia e della scuola di sanità militare, dal ministro Forlani che attestò l'impegno del Governo

a far sì che la carriera del medico militare, nonché quella del personale paramedico e ausiliario, possa diventare pienamente competitiva « per ogni ordine di soddisfazioni morali, culturali, scientifiche, tecnico-professionali ed economico-finanziarie » rispetto a quella del personale che opera nella corrispondente organizzazione civile, nei riguardi della quale sarebbero state emanate le modalità di inserimento nell'ambito della attuazione della riforma sanitaria.

In atto, la percentuale dell'esistenza di tutti gli ufficiali medici in servizio permanente effettivo, rispetto agli organici di ruolo, raggiunge appena il 28 per cento ed è sufficiente tale dato per configurare l'estrema gravità di una situazione che tende progressivamente a peggiorare.

È significativo, inoltre, che le carenze riguardano soprattutto i gradi medi ed inferiori, che rappresentano l'ossatura della organizzazione sanitaria periferica. Tale situazione consegue, oltre all'esodo naturale, all'esodo volontario di giovani medici e al mancato afflusso di nuove leve, come è dimostrato dal fatto che i pubblici concorsi per reclutare tenenti medici in servizio permanente effettivo vanno quasi deserti. Su un organico di 947 ufficiali medici, attualmente ne abbiamo 310 in servizio permanente effettivo. In queste ultime settimane ho avuto altri esodi di ufficiali medici che vanno via. Stamattina, sul mio tavolo, due ufficiali della Sicilia e uno di Massa, hanno dato le dimissioni perchè i loro interessi non collimavano con i nostri.

Di maggiori dovremmo averne a disposizione 142, ne abbiamo cinque, di capitani 353 mentre ne abbiamo quarantasei, di tenenti 176 mentre ne abbiamo diciassette. Negli ultimi dieci anni, dal 1968 al 1977, su novecento posti messi a concorso ne abbiamo arruolati appena trentadue; qualche anno è accaduto pure che i concorsi sono andati a vuoto. Conseguenza di tale preoccupante situazione è una crisi funzionale che investe tutti i settori e tutti i livelli del servizio. Presso i reparti di truppa, ormai, l'assistenza sanitaria è affidata a sottotenenti medici di prima nomina, cioè a giovani laureati privi di esperienza, anche

se preparati sul terreno teorico. Gli ospedali militari funzionano facendo ricorso all'opera di specialisti civili convenzionati, che, assorbiti dalla propria attività, non possono dedicare al servizio ospedaliero che un breve ritaglio della loro giornata lavorativa, nè, con gli emolumenti che percepiscono, è possibile pretendere di più. Nè è da sperare che la situazione possa risolversi con l'afflusso dei laureati del NEASMI, in quanto, dopo essersi qualificati negli otto anni di ferma obbligatoria, subiranno anche essi l'allettamento delle organizzazioni sanitarie civili, che offrono possibilità di affermazione, condizioni di lavoro e retribuzioni molto più lusinghiere.

Lo stesso può dirsi per il personale paramedico la cui situazione carenziale concorre ad aggravare le accennate disfunzioni del Servizio, specie per quanto concerne la attività ospedaliera. Rapportato alle reali esigenze degli stabilimenti sanitari, il numero dei sottufficiali di sanità in servizio permanente non raggiunge neppure la metà del fabbisogno. Ma dati più indicativi della critica situazione sono quelli che si ricavano da una valutazione qualitativa: ad una carenza globale, di per sé già grave, fa infatti riscontro una carenza maggiormente preoccupante nell'ambito di quelle specializzazioni che più incidono sul funzionamento del Servizio (infermieri professionali, tecnici di radiologia medica ed altri).

Altrettanto grave è la situazione del personale civile (impiegati ed operai) per il quale, nonostante la prevista contrazione dell'organizzazione ospedaliera, vi è in atto una deficienza di oltre il 50 per cento.

Lo SME è a conoscenza di tale situazione progressivamente ingravescente di inadeguatezza funzionale del Servizio sanitario militare ed è per tale motivo che sta esaminando da tempo, e con cura particolare, i molteplici aspetti strutturali, ordinativi ed economici del problema, alla ricerca di una soluzione ottimale e globale che riconduca la Sanità militare alla sua funzione istituzionale di salvaguardia e presidio non solo dei cittadini alle armi, ma dell'intera comunità nazionale. L'efficienza operativa del Servizio sanitario militare si pone in-

fatti anche alla luce delle più avanzate concezioni igienico-sanitarie, come il primo, qualificato e sistematico *screening* di massa, la cui finzione squisitamente e modernamente sociale non è vicariabile con nessuna altra struttura sanitaria. È per questo motivo che il problema della Sanità militare non si confina nell'ambito ristretto delle Forze armate, ma travalica i limiti delle specifiche competenze degli Stati maggiori, per proiettarsi nelle più ampie attribuzioni giurisdizionali nazionali, delle quali il Parlamento e il Governo sono le massime espressioni istituzionali.

Ecco perchè la Sanità militare ha accolto con particolare fiducia l'iniziativa di codesta onorevole Commissione, nella sicurezza che l'azione congiunta degli Stati maggiori e degli Organi parlamentari potrà ricondurre la Sanità militare a quella funzionalità ed a quel prestigio che sono stati suo patrimonio inestimabile nel passato e che rappresentano la sua più pura e legittima aspirazione.

P R E S I D E N T E . Ringrazio il generale Cappelli per il suo contributo e do la parola all'ammiraglio Bellenghi.

B E L L E N G H I . Onorevoli senatori, procederò alla lettura e alla illustrazione della relazione che penso sia già in loro possesso.

1) Organizzazione del Servizio. Il Servizio è strutturato in organi direttivi centrali, organi direttivi periferici ed in organi esecutivi.

Gli organi direttivi centrali sono:

l'Ispettorato di sanità militare marittimo, alle dirette dipendenze dello Stato Maggiore della marina militare, articolato in uffici e sezioni (Personale - Organica - Studi - Igiene e statistica - Materiale sanitario e farmaceutico - Medicina legale - Pubblicazioni);

la Commissione medico-legale di seconda istanza, equivalente alla Commissione medica di appello testè citata dal generale Cappelli.

Gli organi direttivi periferici sono:

le Direzioni di sanità dipartimentali con sedi a La Spezia, Napoli, Taranto, Messina, Cagliari e Venezia;

il Centro studi di medicina navale, con sede a La Spezia e con una sezione staccata per gli studi di fisiopatologia subacquea presso il Comando subacquei ed incursori al Varignano (Porto Venere);

la Scuola di sanità della marina presso l'Accademia navale di Livorno.

Gli organi esecutivi sono:

due ospedali principali a Taranto e La Spezia;

sei ospedali secondari o infermerie autonome ad Augusta, La Maddalena, Venezia, Napoli, Brindisi e Roma;

sette Commissioni medico-legali;

il Nucleo marina dell'Accademia di sanità militare interforze;

le infermerie di Corpo presso scuole, Accademia, stabilimenti di lavoro, eliporti, depositi di munizioni ed a bordo delle unità navali;

sale mediche negli enti minori di terra e di bordo.

2) Compiti e funzioni. I compiti e le funzioni affidate istituzionalmente al Servizio sanitario della marina sono i seguenti:

accertamento dell'idoneità dei giovani chiamati a compiere il servizio di leva nella Marina e dei giovani che chiedono di essere arruolati come volontari a ferma triennale o sessennale;

selezione fisica di detto personale ed attribuzione del relativo coefficiente, nonché selezione psico-attitudinale, per l'assegnazione alle varie categorie d'impiego, con particolare riguardo per le categorie tipicamente marinesche (nocchieri, semaforisti, radaristi, radiotelegrafisti, ecogniometri);

accertamento dell'idoneità e selezione psicoattitudinale degli aspiranti allievi del Collegio Morosini, dell'Accademia navale, dell'ASMI, dei Corsi per ufficiali di com-

plemento e dei partecipanti ai concorsi per la nomina ad ufficiale in servizio permanente effettivo nei vari corpi della Marina;

accertamento dell'idoneità per destinazioni speciali (sommersibilisti, incursori, sommozzatori, elicotteristi, siluristi, Battaglione San Marco);

accertamento dell'eventuale perdita dell'idoneità al servizio del personale militare e civile della Marina e delle varie amministrazioni dello Stato;

accertamento e valutazione medico-legale delle malattie e lesioni che vengono eccpite come dipendenti da causa di servizio, sia da parte del personale militare che da parte del personale civile della Marina;

espletamento delle pratiche medico-legali per l'assegnazione a categorie di pensione privilegiata ordinaria e per l'equo indennizzo per tutto il personale militare e civile della Marina;

tutela dello stato di salute del personale con misure di medicina preventiva e di profilassi (visite periodiche, schermografia di massa, vaccinazioni, campagne di disinfezione e disinfestazione eccetera);

recupero del personale colpito da malattia o da lesioni attraverso tutti i mezzi messi a disposizione dalla moderna medicina diagnostica e curativa, con assistenza ambulatoriale ed ospedaliera;

accertamento di malattie o lesioni che richiedono particolari forme di assistenza (protesi di vario tipo, cure balneo-termali ed idropiniche, eccetera) ed inoltre delle relative proposte alla Direzione generale della sanità militare;

induzione in tutto il personale di una responsabile coscienza igienico-sanitaria attraverso un'intensa ed assidua opera di informazione a tutti i livelli, con particolare riguardo alle norme di vita e di lavoro da seguire a bordo delle unità navali di superficie e subacquee ed alla lotta contro le malattie veneree, contro la droga, contro l'alcool e contro il fumo;

attività scientifica e di ricerca con particolare riguardo alla complessa problema-

tica nel campo dell'igiene navale, delle malattie infettive e tropicali, dell'assistenza ai subacquei, della terapia ai barotraumatizzati, della sopravvivenza in mare, di settori, cioè, che rientrano nell'ampio contesto della medicina navale;

formazione professionale, sia generica che specialistica ed aggiornamento continuo del personale medico e paramedico militare;

mantenimento e potenziamento delle strutture sanitarie, pianificazione e programmazione dell'organizzazione sanitaria sia in tempo di pace che in situazioni di emergenza, sia a terra che a bordo;

organizzazione del supporto sanitario, coordinamento delle normative e standardizzazione dei materiali in accordo con le direttive integrate della NATO;

costituzione di scorte di medicinali, di plasma e succedanei del plasma, di medicature e di unità funzionali di pronto soccorso;

collaborazione allo svolgimento dei compiti affidati alla Sanità militare interforze, integrando nella misura prevista le tabelle organiche della Direzione generale della sanità militare, del Collegio medico-legale, del CAMEN, delle Commissioni ordinarie e superiori per le pensioni di guerra, del Comitato per le pensioni privilegiate ordinarie, della Sezione staccata del Collegio medico-legale presso la Corte dei conti, del Nucleo di psicologia applicata presso Levadife e, quando saranno perfezionate, anche le tabelle organiche dei tre ospedali interforze;

consulenza sanitaria in organi della Forza armata riguardanti il personale (Ufficio sanitario della Direzione generale del personale della marina militare e Divisione psicotecnica) o in organi interforze che presiedono alla ricerca scientifica (Consiglio tecnico scientifico della difesa);

collaborazione con gli altri Servizi sanitari militari e con le autorità civili nelle operazioni di soccorso in situazioni di emergenza ed in casi di pubbliche calamità;

soccorso alla popolazione civile, quando richiesto, con elicotteri e navi, sia per l'as-

sistenza agli equipaggi di unità mercantili in navigazione, sia per la ricerca ed assistenza a naufraghi e superstiti in casi di sinistri marittimi, sia per il trasporto e l'assistenza di casi clinici gravi relativi alle popolazioni delle isole minori;

collaborazione tra gli enti sanitari civili (ospedali, università, case di cura) ed i Marispedal e Marinferm, in particolare con i nostri centri trasfusionali di La Spezia e Taranto che si concretizza con la cessione di unità di sangue, di plasma e di emoderivati a civili in circostanze di particolare urgenza;

partecipazione attiva alle più importanti manifestazioni ed attività culturali di interesse sanitario, sia in Italia che all'estero: congressi nazionali ed internazionali, convegni NATO, gruppo di lavoro in ambito NATO ed EUROMED, promozione ed organizzazione di convegni nell'ambito o per conto della Forza armata, visite culturali, eccetera;

soccorso sanitario ai subacquei civili barotraumatizzati e comunque incorsi in incidenti subacquei. Questo è un problema che per noi riveste un interesse tutt'altro che marginale, per le implicazioni di vario ordine che ne derivano. Faccio notare a questo riguardo che non si tratta di compiti d'istituto, ma che per altro assicurano interventi determinanti nella carenza dell'organizzazione civile pressochè assoluta, se si fa eccezione di qualche istituto di medicina del lavoro (Palermo, Napoli e Genova) e di qualche altro sporadico Ente.

In un recente convegno di stampa medica a Castrocaro se ne è parlato ampiamente nel corso di una tavola rotonda da noi appositamente promossa e diretta.

La Marina interviene regolarmente, ogni qualvolta ne riceva richiesta, nelle operazioni di soccorso necessarie in tali casi, utilizzando mezzi, apparecchiature e personale propri. Inoltre le richieste di intervento vengono rivolte tutte, salvo qualche rara eccezione, alla Marina, stante la mancanza di un'organizzazione civile predisposta a tal fine.

Debbo aggiungere (e non faccio che ripetere quanto detto in occasione del conve-

gno e in altre occasioni) che la nostra proposta — su cui era d'accordo anche il Ministero della sanità, molto sensibile al problema dell'assistenza ai barotraumatizzati civili — era intesa ad istituire una rete nazionale di posti di soccorso soprattutto nelle aree più frequentate dai subacquei per la presenza di fondali pescosi e condizioni di mare ottimali, oppure di fondali in cui si possono rinvenire reperti archeologici, eccetera. A tale organizzazione concorrerebbe ovviamente anche la Marina, nei limiti delle proprie possibilità.

All'obiezione che si può muovere alla nostra proposta, quella, cioè, dell'opportunità di creare un'organizzazione civile apposita per tale tipo di soccorsi, soprattutto in vista del personale specializzato e delle apparecchiature particolari che si richiedono, si può rispondere affermando che l'organizzazione preconizzata resterebbe tutt'altro che inoperosa negli intervalli di tempo in cui non venisse utilizzata per i barotraumatizzati. È a tutti noto, oramai, che alcune forme morbose beneficiano in modo a volte determinante del trattamento in ossigeno iperbarico. Cito, in particolare, l'avvelenamento da monossido di carbonio, la gangrena gassosa ed altre infezioni da anaerobi, molte sindromi cardiache e cardiopolmonari ed un numero ognora crescente di affezioni croniche polmonari, ivi compreso l'enfisema.

È proprio in vista di tale duplice impiego delle camere di decompressione che abbiamo formulato la nostra proposta. Essa si fonda, infatti, sulla nostra diretta esperienza in tale settore. A tale riguardo mi corre l'obbligo di segnalare che con la nostra camera iperbarica, dislocata presso l'arsenale marina militare di Napoli e regolarmente impiegata nel soccorso ai subacquei civili barotraumatizzati, effettuiamo già da qualche tempo ed anche per pazienti civili, su specifica richiesta degli enti regionali, il trattamento clinico in ossigeno iperbarico di quelle forme morbose che possono beneficiarne.

È per altro evidente che qualora la nostra proposta venisse condivisa da tutti coloro che direttamente o indirettamente so-

no responsabili della tutela della salute pubblica, essa dovrebbe essere tramutata in apposito strumento legislativo.

La crescente diffusione delle attività subacquee, inoltre, richiede a nostro avviso una serie di misure atte a prevenire gli incidenti che oggi si lamentano. Tali potrebbero essere:

1) accertamento del possesso dei requisiti fisici necessari per intraprendere attività subacquea;

2) indottrinamento teorico-pratico sull'uso delle apparecchiature subacquee e sul modo di prevenire incidenti;

3) rilascio di specifico patentino da cui risultino l'idoneità fisica e la capacità pratica di svolgere attività sub;

4) condizionare la vendita delle apparecchiature subacquee più sofisticate al possesso del suddetto patentino.

Come ho già avuto occasione di dire in altre sedi, il Servizio sanitario da me rappresentato è pienamente disponibile per il contributo di pensiero e di esperienza che è in grado di fornire in ordine a quanto testè esposto.

Passiamo quindi ad illustrare le attività svolte dal Servizio.

Per lo svolgimento dei compiti di istituto il Servizio esplica le seguenti attività divise per sfera d'intervento e con l'indicazione di cifre che costituiscono la media delle medie annuali dell'ultimo triennio.

Per ciò che concerne le attività di medicina legale abbiamo:

visite agli iscritti di leva mare presso le Capitanerie di porto, in media 35 mila l'anno;

gli arruolati, che noi visitiamo presso le Capitanerie di porto, subiscono una seconda visita allorchè arrivano ai depositi, ai centri di addestramento reclute della Marina delle sedi di Taranto e La Spezia con una media di circa 26 mila l'anno;

con una media di 4.800 l'anno visitiamo gli aspiranti volontari delle Scuole CEMM (V3 e V6) presso gli ospedali di La Spezia e Taranto, con notevole aggravio del-

l'attività ospedaliera, soprattutto per ciò che riguarda le sezioni specialistiche;

con una media di 60 l'anno vengono visitati gli aspiranti allievi del Collegio Morosini presso l'ospedale di Venezia. Si tratta di un collegio-liceo dove i giovani seguono gli studi con un indirizzo verso la carriera marinara;

con una media di 215 l'anno visitiamo gli aspiranti allievi dei corsi normali presso l'Accademia navale;

con una media di 2.500 l'anno visitiamo gli aspiranti allievi AUC presso gli ospedali di Taranto e La Spezia;

nel complesso i nostri ospedali principali e secondari effettuano visite periodiche nel numero di 45.499 l'anno, visite corredate di tutti gli accertamenti, esami specialistici, ove si richiedano;

pratiche medico-legali svolte presso le commissioni medico-ospedaliere, oltre 4.000;

pratiche medico-legali di seconda istanza, oltre 4.000.

Per ciò che concerne le attività di medicina diagnostica e curativa effettuiamo:

ricoveri in ospedali principali e secondari con una media di 27.320 l'anno;

le giornate di degenza sono in media 154.968 l'anno;

gli accertamenti xlogici sono circa 48.128 l'anno;

gli accertamenti di laboratorio circa 355.528 l'anno;

visite cardiologiche con elettrocardiogramma circa 4.995;

visite neurologiche con elettroencefalogramma circa 3.228 l'anno;

visite otorinolaringoiatriche circa 27.749 l'anno;

visite oculistiche circa 14.764 l'anno;

visite odontoiatriche circa 23.255 l'anno.

Un'attività quindi veramente considerevole.

Riguardo le attività di medicina sociale e preventiva si effettuano:

schermografie di massa circa 75.600 l'anno;

vaccinazioni ordinarie circa 46.648 l'anno;

vaccinazioni straordinarie (antinfluenzale e anticolerica d'intesa con il Ministero della sanità) con metodo mirato, cioè focalizzato su categorie di persone che siano suscettibili di contrarre tali infezioni;

conferenze sanitarie di vario genere intese ad educare e a contribuire alla formazione della coscienza igienico-sanitaria per la lotta contro quelli che sono i fenomeni dannosi che interessano la gioventù; si tengono 2.173 conferenze a cura di medici dei vari reparti, corpi e navi.

Riguardo le attività di medicina assistenziale svolgiamo:

pratiche per la fornitura di protesi circa 300 l'anno;

pratiche per l'invio a cure termali circa 4.000 l'anno;

pratiche per l'invio a cure idropiniche circa 1.200 l'anno;

assistenza ai tetraplegici nel numero di 2 l'anno.

Per le attività scientifiche e di ricerca si ricordano:

pubblicazione di lavori originali circa 14;

uno studio in corso di attuazione;

uno studio programmato;

partecipazione a congressi e simposi, dove nostri delegati presentano relazioni nell'ambito del tema del congresso, così come avviene presso simposi organizzati dalle Forze armate.

Per l'attività didattica e formativa svolgiamo:

corsi ASMI con una presenza media di 90 allievi (alcuni degli onorevoli senatori presenti hanno visitato il nucleo ASMI della Marina a Livorno con 100 allievi);

corsi ufficiali medici SPE a nomina diretta e provenienti dall'ASMI con una presenza media di 10 ufficiali; nell'ultimo concorso abbiamo raggiunto per la prima volta un numero superiore di domande rispet-

to ai posti messi a concorso (cosa mai verificatasi nei precedenti concorsi); ciò è da porsi verosimilmente in relazione ad una iniziale maggiore carenza di posti nell'ambiente esterno; quindi, momentaneamente almeno, la sanità militare sembra offrire più sicure garanzie per alcuni giovani laureati. Per altro mi riallaccio a quanto già riferito dal generale Cappelli, circa gli esodi verificatisi e che continueranno a verificarsi di fronte a migliori prospettive professionali ed economiche che l'ambiente esterno può offrire;

corsi AUC con una presenza media di 75 allievi, presso la scuola di sanità di Livorno;

4 sono gli ufficiali medici avviati alla specializzazione presso università civili;

corsi per sottufficiali infermieri professionali presso la scuola di Taranto, con una presenza media di 12 allievi della Marina e 14 allievi dell'Esercito;

corsi per sottufficiali tecnici di radiologia con una presenza media di 2 allievi;

corsi per sottufficiali tecnici di anestesiologia e rianimazione presso ospedali civili con una presenza media di 2 allievi;

corsi per sottufficiali tecnici di fisiopatologia subacquea con una presenza media di 3 allievi presso il centro subacqueo della Marina di La Spezia;

corsi per sottufficiali tecnici di sala operatoria con una presenza media di 2 allievi, presso università;

corsi per sottufficiali tecnici di laboratorio, ODT, con una media di 8 allievi, presso i nostri ospedali in quanto ancora non ci sono le specialità corrispondenti, riservandoci di appoggiarci per tutte le specializzazioni sia del personale medico che paramedico, alle università per l'acquisizione dei titoli di legge previsti per l'impiego di questo personale.

Vi è da dire che da alcuni anni tutti i nostri ufficiali medici vengono inviati alle specializzazioni presso le università, a cura dell'amministrazione della Marina e con l'impegno di conseguire il relativo diploma, sicchè a termini di legge posseggono tutti i

requisiti che l'amministrazione si è preoccupata di dare loro.

Attività di soccorso alla popolazione civile: soccorso con elicotteri n. 84; soccorso con navi n. 26; soccorso di barotraumatizzati n. 43; ospedali da campo messi a disposizione n. 2. Questa vasta e impegnativa gamma di attività svolta in silenzio e con lodevole spirito di abnegazione e di sacrificio dal personale sanitario che vi si prodiga oltre ogni limite, è talora non valutata sufficientemente, specialmente nei suoi aspetti meno appariscenti ma più sostanziali della medicina sociale, cioè volta alla tutela della salute fisica e psichica dei cittadini, che prestano servizio militare in Marina; peraltro essa può avere ed ha risonanze molto più vaste se si considera che i marinai, oltre a beneficiarne direttamente, una volta restituiti alla comunità civile trasferiranno nel loro ambiente il bagaglio di cognizioni igienico-sanitarie acquisite e di esperienze di vita e di lavoro vissute sotto un costante e responsabile controllo sanitario.

Risorse a disposizione per lo svolgimento di compiti di istituto.

a) Strutture — le strutture nel complesso sono adeguate alle necessità attuali. Inoltre è in corso un programma di ammodernamento e potenziamento a medio termine che consentirà di migliorare ulteriormente l'assistenza sia sotto l'aspetto quantitativo che qualitativo.

La loro distribuzione territoriale risponde ai seguenti criteri:

componente operativa in funzione della dislocazione dinamica delle Forze navali;

sviluppo delle Forze navali previsto dalla legge navale;

mantenimento, anche in tempo di pace, di strutture idonee ad attuare rapidamente la copertura sanitaria di emergenza nei vari settori operativi.

Si è anche discusso in passato sull'opportunità di ridurre il numero degli Enti sanitari destinati al ricovero per avere maggiori risorse finanziarie ed umane da destinare

al potenziamento delle restanti strutture. Si è dovuto constatare, peraltro, che il risparmio auspicato sarebbe stato del tutto illusorio e non sarebbe prodotto altro che un sovraccarico di lavoro per l'ospedale destinato a vicariare le attività dell'Ente ospedaliero eventualmente soppresso, quando, viceversa, la tendenza moderna è quella di contenere i ricoveri e di favorire le attività degli enti sanitari filio, opportunamente potenziati. Questo anche in armonia con quanto previsto dal progetto governativo di riforma sanitaria.

b) Materiale — per quanto concerne le correnti necessità la situazione è soddisfacente essendo le strutture tecnico-scientifiche ed il materiale sanitario-farmaceutico sufficienti e conformi alle esigenze della moderna medicina anche in relazione ad una costante azione intesa ad un aggiornamento tecnologico.

La costituzione di adeguate scorte per le esigenze di mobilitazione e di emergenza è invece limitata per la mancanza di un'apposita voce di bilancio. Le scorte quindi sono state limitate, di massima, all'accantonamento del fabbisogno di due anni nel tempo di pace.

Personale medico. La situazione dell'organico del Corpo sanitario della Marina, fissato a 208 unità nel 1943 e da tale anno non più modificato, è in atto gravemente deficitaria come risulta dal seguente prospetto:

Gradi	Organico	Presenze	Deficit	Eccedenza
Amm. Isp.	1	1	—	—
C.A.	4	4+2 (a)	—	+2
C.V.	22	22+6 (b)	—	+6
C.F.	52	29	—23	—
C.C.	32	—	—32	—
T.V.	97	37	—60	—
	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	208	101	—107	

(a) a disposizione; (b) in soprannumero.

Tale prospetto evidenzia le carenze notevolissime nel grado di capitano di fregata,

cioè tenente colonnello, dove abbiamo 29 presenze su 52 in organico; nel grado di capitano di corvetta, cioè maggiore, dove non abbiamo alcuna presenza su 32 posti in organico; nel grado di tenente di vascello, cioè capitano, dove abbiamo 37 presenze su 57 in organico. In sostanza, le carenze sono maggiori del 50 per cento rispetto agli organici che sono già di per sé deficitari in relazione ai compiti che la sanità ha assunto o le sono stati attribuiti dopo il 1948, epoca in cui sono stati definiti gli organici.

I vuoti organici creano notevoli difficoltà nell'espletamento dei compiti affidati al Servizio e gravi problemi di sviluppo di carriera e di avvicendamento negli incarichi ai vari livelli di impiego.

Il ripianamento avviene in modo lento, sia attraverso l'ASMI sia attraverso il concorso annuale a nomina diretta e si pensa possa concludersi solo nel 1987; ma anche ad organico pieno non saranno risolti i gravi problemi legati alla carenza di personale medico poichè l'organico deve essere considerato largamente superato e non più corrispondente alle attuali esigenze. La carenza organica, tuttavia, oltre ad essere quantitativa è anche qualitativa a causa della grave carenza di medici specializzati.

Attualmente sono in formazione specialistica 19 ufficiali medici. Il periodo formativo è molto lungo — 4-5 anni, in media, di frequenza universitaria, più 2-3 anni di tirocinio ospedaliero per essere in grado di assumere responsabilmente l'incarico specialistico — e pertanto i vuoti organici dei medici specialisti, che presumibilmente verranno a crearsi per i possibili esodi di ufficiali specialisti in servizio, non potranno essere colmati in breve tempo.

Per fronteggiare tale situazione si è ricorsi, in questi anni, all'opera degli ufficiali medici di complemento, trattenuti ed in servizio di leva, ed all'opera di medici civili convenzionati.

L'incremento dei compiti di istituto (aumento considerevole dell'attività medico-legale, potenziamento degli interventi di medicina preventiva, sia a bordo sia negli stabilimenti di lavoro, perfezionamento della attività diagnostica e curativa per essere al

passo con i rapidi progressi della medicina, e la costituzione di organi interforze) ha fatto sì che la crisi organica investisse non solo i gradi inferiori, per la drammatica riduzione del gettito di immissioni in ruolo, ma anche i gradi di capitano di vascello e di contrammiraglio.

Situazione altrettanto carente si ha nel personale paramedico. Una carenza significativa riguarda sia gli ufficiali C.E.M.M. provenienti dal ruolo infermieri, che svolgono funzioni tecnico-amministrative presso gli ospedali, sia i sottufficiali infermieri professionali e tecnici, sia il personale amministrativo ed ausiliario.

A questo scopo abbiamo proposto ai nostri organi della Marina la costituzione di un ruolo di economi, in quanto questi ufficiali che svolgono compiti importantissimi negli ospedali, responsabili come sono di tutto il materiale sanitario, vengono tratti da un ruolo unico costituito da ufficiali del C.E.M.M. provenienti sia dagli infermieri che dai furieri. Vi è una graduatoria unica, sicchè può capitare — come è già capitato — che l'ospedale si trovi nella necessità di assumere un ufficiale proveniente dai furieri, il quale non ha alcuna pratica materiale sanitaria. Noi, come dicevo, per mettere in regola con la legge anche questo particolare incarico che è molto importante per la funzionalità degli ospedali, proponiamo la costituzione di un ruolo, per quanto riguarda gli ufficiali provenienti dagli infermieri, di 10-12 unità, in modo che si abbia la possibilità di attingervi ogni qualvolta si creano dei vuoti. E i vuoti purtroppo si creano con una certa frequenza, per il fatto che si tratta di personale di una certa età.

Per concludere debbo dire che la Marina attualmente dispone di 261 sottufficiali infermieri con il diploma professionale di Stato, di cui però circa cento devono essere impiegati in mansioni di ufficio.

Termino questa mia esposizione associandomi a quanto ha detto alla fine il generale Cappelli circa le condizioni attuali della sanità, cioè condizioni di grave difficoltà nell'espletamento dei compiti di Istituto cui si fa fronte grazie all'abnegazione e al sacrificio di quel poco personale che ancora ab-

biamo. Concordo, quindi, col generale Cappelli circa la necessità di un ripianamento di questa situazione, che va affrontato nell'ambito della ristrutturazione, in parte attuata e in parte in corso, dei servizi sanitari della Nazione: Riforma ospedaliera e Riforma sanitaria.

PRESIDENTE. Ringrazio l'ammiraglio Bellenghi e do la parola al generale Koch.

K O C H. Il Servizio sanitario aeronautico italiano fu fondato nel 1925, con i seguenti compiti istituzionali:

- 1) assistenza sanitaria, igienica e medico-legale al personale aeronautico;
- 2) accertamento e controllo dell'idoneità psico-fisica ai servizi generici e speciali di tutto il personale dell'Aeronautica militare;
- 3) accertamento e controllo dell'idoneità psico-fisica al volo per il personale dell'Aviazione civile;
- 4) assistenza al volo;
- 5) approvvigionamento, manutenzione ed aggiornamento delle attrezzature sanitarie occorrenti per le esigenze aeronautiche;
- 6) sviluppo e progresso della cultura e della scienza medica, in particolare nel campo medico-aeronautico;
- 7) servizio sanitario nell'ambito del soccorso aereo.

Il personale che opera nel Servizio sanitario aeronautico è costituito, per la massima parte, da militari: ufficiali medici, sottufficiali e graduati di truppa aiutanti di sanità. Gli ufficiali medici sono organizzati nel Corpo sanitario aeronautico, istituito nel giugno 1938. Gli ufficiali in servizio permanente effettivo vengono nominati in seguito a concorso pubblico per titoli ed esami oppure provengono dall'Accademia di Sanità Militare Interforze-Nucleo aeronautico. Gli ufficiali di complemento sono reclutati, in seguito a concorso per titoli, tra i laureati in medicina e chirurgia aventi obblighi di leva. Gli aiutanti di sanità fanno parte del ruolo specialisti dell'Aeronautica e vengono reclu-

tati a mezzo concorso e successiva frequenza di corsi di istruzione militare e tecnica. A questo personale vanno aggiunti i medici civili convenzionati, di cui oggi anche l'Aeronautica ha da lamentarsi sotto il profilo accennato dagli altri colleghi.

Organizzato nell'ambito dell'Ispettorato logistico dell'Aeronautica militare (in forma, direi, anomala, in quanto si differenzia dai servizi della Marina e dell'Esercito) il Servizio di sanità dell'Aeronautica militare, attraverso i suoi uffici, provvede — per l'espletamento dei propri compiti istituzionali — alla trattazione e soluzione dei problemi relativi all'ordinamento e all'impiego del personale sanitario, allo studio ed alla organizzazione e funzionamento dell'assistenza sanitaria di Forza armata, dell'attività medico-legale e della igiene e profilassi generale ed aeronautica, nonchè all'approvvigionamento e manutenzione del materiale sanitario per tutti gli Enti aeronautici.

Dal Servizio di Sanità A.M. si diramano direttamente gli organi medico-legali della Aeronautica militare, che sono gli istituti medico-legali A.M. e — quale commissione medica di 2^a istanza — la commissione sanitaria di appello A.M.

Non avendo infatti l'Aeronautica militare una leva propria, l'attuale ordinamento aeronautico italiano attribuisce primariamente e specificamente a tre enti specializzati, che sono appunto gli istituti medico-legali A.M., il compito della selezione e del controllo periodico del personale aeronautico.

Tale organizzazione, che è tipica dell'Aeronautica italiana, permette di accentrare in questi istituti il personale particolarmente qualificato, che unisca ad una profonda conoscenza della medicina generale e delle sue specialità la piena padronanza dei problemi fisio-patologici dell'uomo in volo.

Presso tali istituti, che sono costituiti oltre che dall'ufficio del direttore, della segreteria e dell'archivio, anche dai vari reparti specialistici, è possibile sottoporre il personale aeronautico non solo agli esami più completi di medicina generale e delle diverse specialità (cardiologia, oftalmologia, otorinolaringologia, radiologia, analisi clini-

che, neuro-psichiatria con elettroencefalografia, psicotecnica), ma anche a particolari prove che determinano la resistenza dell'individuo alle condizioni ambientali imposte dall'attività di volo (prove di funzionalità cardio-respiratoria, di resistenza all'ipossia, al lavoro muscolare, alle accelerazioni, alle stimolazioni labirintiche, eccetera).

Devo aggiungere che in questi ultimi giorni, d'accordo con il Ministero della ricerca scientifica, stiamo sottoponendo a visita gli scienziati candidati a far parte dell'esperimento *Spacelab*; ciò credo torni a prestigio della nostra organizzazione tanto più che il nostro Stato Maggiore sta per dare il benestare per la visita di candidati provenienti da Stati esteri, sempre ai fini del volo spaziale.

L'attività degli Istituti medico-legali A.M. non si esaurisce nelle visite di accertamento dell'idoneità per il personale aeronautico all'atto dell'arruolamento (per alcune categorie di personale non aeronavigante le visite di selezione vengono anche eseguite attualmente presso un Centro di selezione A.M. di recente istituzione), ma consiste anche nelle visite di controllo periodico per i piloti dell'Aeronautica militare e di controllo straordinario per il personale aeronautico che presenti manifestazioni morbose di rilievo. Ad essi affluiscono anche, per visite di idoneità in sede di conseguimento di brevetti di volo e per visite di controllo periodico, i piloti militari, gli osservatori d'aereo, gli specialisti di volo e i paracadutisti delle altre Forze armate dello Stato, i vigili del fuoco, eccetera.

Gli istituti medico legali AM, per la loro particolare specializzazione, sono inoltre chiamati a compiere, in campo civile, le visite per l'accertamento dell'idoneità fisiopsichica al conseguimento e al rinnovo dei diversi brevetti civili di pilotaggio, di navigatore, di specialista di volo, di controllo della circolazione aerea, di paracadutista. In tali visite vengono applicate le norme della convenzione internazionale per la navigazione aerea, aggiornate dall'ICAO.

Ai suddetti organi medico-legali spetta, inoltre, la definizione delle pratiche medico-

legali per la dipendenza da causa di servizio di lesioni, ferite ed infermità riportate da tutto il personale aeronautico, nonché la trattazione delle pratiche relative alla ascrivibilità e al rinnovo delle pensioni privilegiate ordinarie e all'ascrivibilità da equo indennizzo delle infermità contratte per causa di servizio da tutto il personale aeronautico.

C'è poi un'organizzazione periferica del servizio sanitario aeronautico che viene attuata attraverso le Direzioni di sanità di Regione aerea (Milano, Roma e Bari) esistenti presso il comando di ciascuna delle Regioni aeree in cui è suddiviso il territorio nazionale. Per mezzo degli uffici in cui sono organizzate (personale, igiene e statistica, pratiche medico-legali, ospedalizzazione, assistenza, materiale sanitario e controllo amministrativo) le direzioni di sanità di Regione aerea hanno cura dell'organizzazione e del funzionamento del servizio sanitario presso tutti gli enti aeronautici siti nel territorio di propria giurisdizione, ove effettivamente l'organizzazione capillare di assistenza sanitaria si esplica attraverso i posti di pronto soccorso e le infermerie, dislocate presso i singoli enti e presidi aeronautici, i reparti di volo, le basi aeree, le scuole di volo e professionali, i distaccamenti. In particolare tale attività, di ordine prevalentemente preventivo, viene capillarmente svolta presso i vari organi sanitari periferici dell'Aeronautica militare, attraverso le seguenti operazioni fondamentali:

dépistage schermografico periodico di tutto il personale;

vaccinazioni di varia natura;

assistenza igienico-sanitaria, preventiva e terapeutica, a tutto il personale aeronautico presso l'infermeria presidiaria e di Corpo, non disponendo l'Aeronautica militare di ospedali militari propri;

visite periodiche di controllo al personale di volo militare e civile presso i predetti istituti medico-legali AM;

visite periodiche al personale aeronautico addetto a lavorazioni pericolose (il personale civile esegue dette visite presso l'Ente

4^a COMMISSIONE

2° RESOCONTO STEN. (6 luglio 1977)

nazionale per la prevenzione degli infortuni);

visite periodiche di controllo ed esami di laboratorio al personale addetto a cucine, mense e spacci;

visite periodiche di controllo ai militari di leva, particolarmente in alcuni periodi più delicati (all'atto della presentazione ai corpi dopo l'addestramento presso i Centri addestramento reclute, in occasione di particolari attività e dell'assegnazione a particolari sedi, in alta montagna o altrove, subito prima del collocamento in congedo, unitamente agli accertamenti sierologici per la lue);

profilassi antivenerea a mezzo delle sale anticeltiche;

rigoroso e continuo controllo igienico sugli alimenti, sull'acqua, sullo smaltimento dei rifiuti, sul grado di inquinamento ambientale;

disinfezioni e disinfestazioni periodiche, campagna di demuscazione e di lotta antianofelica e contro i roditori;

controllo periodico della tossicità ambientale nei luoghi di lavoro;

controllo del livello sonoro negli ambienti di lavoro;

assistenza psico-fisiologica ai piloti militari, particolarmente presso le scuole di volo e presso i reparti di volo;

campagna di educazione sanitaria (depistage dei difetti visivi, sensibilizzazione del personale a problemi sociali vari);

azione didattica nella Scuola militare di sanità aeronautica e nelle scuole militari;

esercizi periodici di educazione fisica e svolgimento di attività sportive;

partecipazione degli ufficiali medici a congressi nazionali e internazionali, pubblicazione della rivista di medicina aeronautica e spaziale, attività di studio e ricerca scientifica (presso il Centro studi e ricerche di medicina aeronautica e spaziale), esecuzione di inchieste epidemiologiche, statistiche e lavori scientifici, partecipazione a studi per la prevenzione degli incidenti di volo e per l'incremento della sicurezza del volo;

organizzazione del pronto soccorso presso gli enti aeroportuali, per assicurare una tempestiva ed efficace assistenza sanitaria in caso di incidenti di volo.

È interessante ricordare un'ulteriore attività, che è quella dell'assistenza sanitaria nelle operazioni di soccorso aereo. I compiti del soccorso aereo, che si esplicano per militari e civili (soprattutto civili: nel 1976 e nei primi mesi di quest'anno sono stati 204 i civili trasportati), senza limiti di nazionalità, nella ricerca e nel soccorso di superstiti di incidenti aerei e marittimi, nell'assistenza alla popolazione civile in casi di calamità, o nel trattamento medico-chirurgico e nel trasporto di pazienti situati in località difficilmente accessibili, richiedono in Italia, per le caratteristiche geografiche del Paese, un'opera intensa e continua. Il servizio di soccorso aereo è organizzato e condotto in Italia da reparti speciali della Aeronautica militare, distribuiti in tutto il territorio nazionale. I medici e gli aiutanti di sanità del servizio sanitario aeronautico dislocati presso tali reparti prestano la loro opera di soccorso attraverso la loro costante presenza come parte integrante del personale di volo e la loro specifica competenza nei problemi di pronto soccorso e nel trasporto in volo di soggetti infermi. Lo svolgimento di tutte le sopraelencate, molteplici attività sanitarie ha contribuito e contribuisce efficacemente alla sempre maggiore integrazione della sanità aeronautica nell'organizzazione sanitaria nazionale.

Un ultimo accenno per quanto riguarda il personale in organico. Non parlerò dei gradi più elevati, perchè meno deficitari. Continuando l'esempio già citato dai miei due colleghi, dirò che nel ruolo di tenente colonnello abbiamo soltanto 56 persone, a fronte di un organico di 66; i maggiori medici sono 12 a fronte di 40; i capitani e i tenenti medici sono 47 a fronte di 137. Il che significa che, nel totale, non superiamo la metà dell'organico previsto. Gli ufficiali di complemento in servizio di leva variano, di anno in anno, da 130 a 140, attraverso due concorsi. Per il personale infermieristico non è previsto il grado di ufficiale e la

forza attualmente impiegata fra sottufficiali e graduati di truppa ammonta ad un totale di circa 800 elementi, con una notevole carenza rispetto agli effettivi bisogni.

PRESIDENTE. La materia diventa sempre più specialistica ed estremamente interessante; credo di interpretare il desiderio della Commissione dicendo che noi vogliamo fare qualcosa di veramente serio, sì da lasciare il segno in questo delicato settore; ritengo quindi opportuno che la Commissione mediti su queste tre relazioni che abbiamo testè ascoltato. Poichè nella prossima riunione dovremo ascoltare il generale Pasquale De Marco per conto dello Stato maggiore, vorrei pregare gli intervenuti di oggi di essere presenti anche la prossima settimana per eventuali domande di chiarimento che certamente non mancheranno. Questo nell'interesse generale e per fare una cosa utile ai fini dell'indagine che stiamo conducendo.

Aggiungo che in una riunione successiva fisseremo la data di un dibattito interno e decideremo quali sono i documenti che dovremo affidare ai due relatori.

BOLDRINI ARRIGO. Se fosse possibile, sarebbe opportuno che i rappresentanti delle Forze armate che ci hanno fornito queste relazioni, potessero farci avere una documentazione relativa ad una casistica degli infortuni durante il servizio militare, in relazione agli eventuali ricorsi in grado di appello fatti dai militari, secondo la relazione del generale Cappelli. Sarebbe interessante conoscere un quadro più particolareggiato.

PRESIDENTE. Ricordo ai colleghi la visita di giovedì. Mi pare che non possiamo proseguire oltre, tenendo conto del lavoro che abbiamo svolto, salvo a sentire il Consiglio di Presidenza per quello che possiamo fare prima della chiusura del Parlamento per le vacanze estive.

Nessuno chiedendo di parlare rinvio il seguito dell'indagine ad altra seduta.

La seduta termina alle ore 12,09.

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