

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

3^a SEDUTA

MERCOLEDÌ 13 LUGLIO 1977

Presidenza del Presidente SCHIETROMA

INDICE DEGLI ORATORI

PRESIDENTE	<i>Pag. 43 e passim</i>	<i>BELLENGHI</i>	<i>Pag.57</i>
BOLDRINI Arrigo (PCI)	56, 61, 68	<i>CAPPELLI</i>	56, 57
DELLA PORTA (DC)	56	<i>DI MARCO</i>	43 e <i>passim</i>
DONELLI (PCI)	56	<i>LISAI</i>	52 e <i>passim</i>
GIUST (DC)	60		
PASTI (Sin. Ind.)	56, 57, 59		
RAMPA (DC)	54 e <i>passim</i>		
TOLOMELLI (PCI)63, 67		
TROPEANO (PCI)63, 68		

4ª COMMISSIONE

3° RESOCONTO STEN. (13 luglio 1977)

Intervengono alla seduta, a norma dell'articolo 48 del Regolamento, il generale di divisione Pasquale Di Marco, il direttore generale della sanità militare 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 dell'ufficio del suddetto direttore generale, 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 10,30.

S I G N O R I, segretario, legge il processo verbale della seduta precedente, che è approvato.

P R E S I D E N T E. 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 48 del Regolamento.

Ascolteremo oggi il generale di divisione Pasquale Di Marco, presidente del Centro militare studi per la difesa civile. Come stabilito nella precedente seduta del 6 luglio, sono presenti anche il tenente generale Tommaso Lisai, direttore generale della sanità militare, e i capi dei servizi di sanità dell'Esercito, della Marina e dell'Aeronautica, rispettivamente tenente generale Michele Cappelli, ammiraglio ispettore Guido Bellenghi e tenente Carlo Koch, che ringrazio per aver aderito al nostro invito.

Do quindi senz'altro la parola al generale Di Marco.

D I M A R C O. Signor Presidente, onorevoli senatori, sono il generale di divisione Pasquale Di Marco, dal 27 giugno 1977 nominato presidente del Centro militare studi per la difesa civile, in precedenza a disposizione dello Stato maggiore dell'Esercito per incarichi speciali. Sono stato incaricato di riferire in merito agli studi, recentemente

conclusi, riguardanti taluni problemi di fondo della sanità militare.

In ottemperanza agli intendimenti del Ministro della difesa ed in aderenza alle linee programmatiche indicate nel « Libro bianco della difesa », il Comitato dei capi di Stato maggiore ha affrontato il riordinamento funzionale del servizio sanitario militare affidandone lo studio ad un apposito gruppo di lavoro da me presieduto. Tale studio è stato condotto sulla base di specifiche direttive del predetto comitato ed ha preso in esame essenzialmente due argomenti, relativo, il primo, al miglioramento della funzionalità degli ospedali militari e concernente, il secondo, l'incentivazione del reclutamento degli ufficiali medici a nomina diretta. Gli ufficiali medici, infatti, oggi vengono reclutati in due forme: alcuni provengono dalla Accademia di sanità militare, altri, invece, vengono nominati direttamente mediante concorso; abbiamo preso in esame questa seconda forma di reclutamento. Lo studio è stato inoltre discusso in apposite riunioni interforze e sui suoi risultati sussiste una sostanziale concordanza da parte degli Stati maggiori e dell'ufficio del segretario generale. Naturalmente, le soluzioni intraviste, qualora approvate dal Ministro della difesa — cui lo studio è stato trasmesso da pochissimi giorni — dovranno essere ulteriormente sviluppate e rese operanti mediante l'elaborazione di specifici provvedimenti di legge.

Devo inoltre precisare che la materia trattata presenta strette correlazioni con altri settori normativi in corso di evoluzione. Tale condizione ha impedito la completa finalizzazione dello studio svolto, che appare condizionato da scelte definitive su alcuni argomenti determinati, quali, in particolare — per quanto attiene alla riforma sanitaria nazionale — la definizione del rapporto di impiego del personale medico destinato ad operare nell'ambito degli ospedali negli incarichi di primario e di aiuto (a tempo pieno o a tempo definito) e, per quanto riguarda lo sviluppo di carriera degli ufficiali medici, l'esigenza di esaminare il particolare problema nel contesto generale della revisione dei ruoli di tutti gli ufficiali delle Forze armate,

che gli Stati maggiori intendono affrontare in termini globali nel prossimo futuro.

Ciò premesso passo ad illustrare, sia pure per sommi capi, i risultati cui è pervenuto il citato gruppo di lavoro, sottolineando ancora una volta che quanto proposto deve ancora ottenere il *placet* del Ministro della difesa.

Per quanto riguarda il miglioramento della funzionalità degli ospedali militari le predisposizioni di ordine tecnico-normativo individuate sono attinenti ai seguenti aspetti del problema:

- organizzazione degli ospedali militari;
- impiego di personale medico con qualifica di primario e aiuto;
- posizione del direttore di ospedale;
- stato giuridico del personale medico civile;
- trattamento economico del personale medico;
- disponibilità di personale paramedico.

Passiamo ad esaminare le singole voci.

Organizzazione degli ospedali militari. Come hanno certamente già messo in evidenza i capi servizio e il direttore generale di sanità, l'attuale organizzazione ospedaliera militare, a parte le deficienze di personale, presenta disponibilità di strutture, dotazioni di attrezzature e fisionomia organica non sempre adeguate alle esigenze di un funzionamento che soddisfi il fabbisogno delle Forze armate e renda possibile, soprattutto di fatto, un allineamento all'analoga organizzazione civile.

In conseguenza, e a premessa di ogni altro provvedimento riorganizzativo del settore, gli ospedali militari che è previsto rimangano in servizio dovranno avere un'articolazione funzionale in reparti di diagnosi e cura sostanzialmente analoga a quella stabilita dalle leggi vigenti per gli ospedali civili prevedendo un allineamento degli ospedali militari interforze agli ospedali civili regionali e degli ospedali militari di Forza armata con quelli civili provinciali e, in qualche caso, per la marina, anche zonali; una capacità infrastrutturale e una dotazione di attrezzature tecnico-scientifiche idonee

a costituire una completa organizzazione dei servizi di diagnosi e cura; una fisionomia organica che, a riguardo del personale medico, preveda le qualifiche di primario e di aiuto (oggi sono previsti soltanto i capi reparto e gli assistenti) e, in linea di massima, la consistenza numerica stabilita per gli ospedali civili sia per il personale medico, sia per quello paramedico; la possibilità di ricovero e di cura anche di personale civile della difesa e suoi familiari), tenendo presenti, tuttavia, le esigenze prioritarie del personale militare, i limiti consentiti dalla funzionalità dei reparti che potranno essere costituiti e la capacità ricettiva delle infrastrutture.

Impiego del personale medico con qualifica di primario e aiuto. La riorganizzazione degli ospedali militari nei termini sopra indicati richiede, per quanto concerne il personale, la pronta disponibilità di medici con qualifiche di primario e aiuto in numero sufficiente affinché all'adeguamento organico delle strutture corrisponda un deciso miglioramento della funzionalità tecnica dell'organizzazione.

A tale esigenza, stante l'attuale situazione quantitativa e qualitativa, del personale medico militare, consegue la necessità di immettere nell'organizzazione ospedaliera militare una consistente aliquota di medici civili qualificati primario e aiuto, dei quali un certo numero da assumere in pianta stabile per concorso, in modo che ogni ospedale militare abbia almeno due primari e due aiuti civili, per un totale, anch'esso molto orientativo, di circa 160 unità; altri, la maggior parte, da impiegare ricorrendo all'istituto delle convenzioni per coprire i posti organici non ripianabili da personale militare. Tale accorgimento dovrebbe consentire il soddisfacimento pressochè immediato delle esigenze di primario e di aiuto pur salvaguardando la possibilità di immettere nella carriera ospedaliera i medici militari che, nel tempo, conseguono l'idoneità alla funzione.

Naturalmente gli incarichi in questione dovrebbero essere attribuiti con priorità agli ufficiali medici in possesso dei necessari requisiti: così come è stato fatto per i medici

civili dovrà essere, quindi, predisposta una sanatoria; mentre nell'ambito degli organi medico-legali dovrebbero essere impiegati esclusivamente medici militari.

Ritengo utile sottolineare che l'immissione di medici civili nell'organizzazione ospedaliera militare, purchè attuata nei termini e con le modalità in precedenza indicati non avrà mai riflessi negativi sulla carriera ospedaliera degli ufficiali medici. Si è calcolato, sia pur con un certo margine di errore, che siano necessari 680 ufficiali medici superiori per coprire le esigenze di primari e aiuti conseguenti all'attività medico-legale. I volumi organici delle tre Forze armate relative agli ufficiali medici superiori prevedono un totale di 550 persone; siamo quindi ben lontani dall'aver questo personale, comunque ci sarebbe già un margine di 130 unità civili che potremmo immettere senza danneggiare la carriera ospedaliera ad alcun medico militare. Vi è inoltre da considerare che i 550 medici civili previsti dai ruoli organici in parte notevole dovranno essere impiegati in attività extraospedaliera. Ne consegue che, immettendo 160 medici civili, primari e aiuti, in pianta stabile, non danneggeremo in nessun momento la carriera degli ufficiali medici.

Posizione del direttore di ospedale. È in gran parte diversa da quella prevista per il direttore sanitario nell'organizzazione ospedaliera civile; ne sono stati completamente rivisti i compiti, ma, in ogni caso, è sembrato necessario che al direttore dell'ospedale militare continuino ad essere attribuite la direzione tecnica ed amministrativa dell'ente, nonchè le funzioni di comandante di Corpo e quelle direttive nei riguardi, rispettivamente, del personale militare e civile dipendente.

È stata inoltre prevista l'istituzione della carica di vice direttore (oggi esistente soltanto negli ospedali della Marina) a cui devolvono specifiche responsabilità nel settore logistico-funzionale dell'attività ospedaliera e in particolare anche il servizio di pronto soccorso, nonchè di precisi requisiti per la idoneità agli incarichi di direttore e di vice direttore (che verrebbero, in ogni caso, scel-

ti dall'amministrazione) fra il personale in possesso di quei requisiti.

Stato giuridico del personale medico civile. La necessità di immettere nell'organizzazione ospedaliera militare un certo numero di primari e di aiuti civili che devono assumere un rapporto stabile di impiego con l'Amministrazione della difesa comporta la definizione di uno *status* da riconoscere a tale personale.

Al riguardo sono state esaminate varie ipotesi di soluzione. Abbiamo preso in esame una soluzione di tipo magistratura militare e anche la militarizzazione, ma entrambe le soluzioni non sono apparse idonee a risolvere il problema; la seconda, soprattutto perchè avrebbe creato un corpo di ufficiali in congedo i quali, peraltro, avrebbero avuto lo stesso *status* degli ospedalieri civili. La soluzione più fattibile e più rispondente all'esigenza è apparsa allora quella di considerare i medici civili in pianta stabile come dipendenti della pubblica Amministrazione a statuto speciale.

Lo statuto in questione dovrebbe essere concepito sulla base di quanto attualmente previsto per gli impiegati a statuto ordinario apportando quelle attenuazioni o integrazioni conseguenti all'opportunità di dare al personale in parola una posizione giuridica quanto più possibile allineata con quella prevista per i dipendenti degli enti ospedalieri.

Trattamento economico del personale medico. È questo uno degli aspetti fondamentali che caratterizzano il problema all'esame; infatti è apparso poco realistico un provvedimento di ristrutturazione dell'organizzazione ospedaliera militare che non preveda l'equiparazione del trattamento economico dei medici (civili e militari) in servizio presso gli ospedali militari con quello relativo al personale degli enti ospedalieri civili.

Diversamente, infatti, verrebbero meno i presupposti di efficienza dell'organizzazione che trovano sostanza nella presenza stabile di medici civili qualificati e nella incentivazione per i medici militari, ad intraprendere la carriera ospedaliera. Le soluzioni propo-

ste dal gruppo di lavoro prevedono quanto segue per i medici civili stabili:

attribuzione di un trattamento economico configurato, per quanto riguarda gli assegni fissi, in termini quantitativi e qualitativi identici a quelli stabiliti per i dipendenti degli enti ospedalieri con rapporto di impiego a tempo definito sostituendo l'indennità di aggiornamento professionale e rimborso spese con una indennità di funzione pensionabile di uguale entità.

Lo studio è stato condotto prima che fosse presentata la bozza di riforma sanitaria, sulla base cioè delle vecchie leggi che prevedevano sia il tempo definito che il tempo pieno, mentre come loro sanno, questa nuova bozza all'esame del Parlamento prevede il solo tempo pieno. Noi quindi, ci troviamo di fronte a due strade: o adeguare i risultati dello studio alle decisioni del Parlamento in merito a questa materia, oppure — e sarebbe forse questa a mio avviso la cosa più auspicabile — fare nell'ambito della riforma sanitaria, un'eccezione per gli ospedali militari e prevedere a questo proposito soltanto il tempo definito. Questo perchè le implicazioni del tempo pieno sono notevolissime: non ultima quella di aprire per i medici civili che operano negli ospedali militari appositi ambulatori per consentire loro lo svolgimento dell'attività privata così come prevede la legge. Sarà comunque una decisione che bisognerà prendere a seguito di quelle del Parlamento, perchè, come ho già detto, tale studio è stato fatto prima della presentazione della bozza di riforma sanitaria, quando le norme in vigore prevedevano sia il tempo definito che il tempo pieno.

Il particolare argomento dovrebbe peraltro essere rivisto qualora la specifica legislazione in corso di esame in ambito parlamentare dovesse prevedere il ricorso al solo tempo pieno per i primari-aiuti dell'organizzazione ospedaliera civile.

Medici militari: il provvedimento di estendere a tutto il personale medico militare il riconoscimento di un allineamento del trattamento economico con il personale civile di uguale qualifica mediante l'istituzione di specifiche indennità è stato ritenuto di dif-

ficile attuazione. Questo sulla base delle considerazioni che hanno già suscitato in passato talune perplessità riferite a prevedibili analoghe rivendicazioni da parte di personale militare di altri ruoli e di alcune categorie di impiegati civili. Vi sono in altri settori dell'amministrazione dello Stato carenze paurose di personale qualificato: evidentemente estendere a tutto il personale medico il riconoscimento di tale allineamento (sarebbe stato più auspicabile forse una indennità *ad hoc*) avrebbe necessariamente causato delle rivendicazioni a catena da parte di altre categorie di impiegati dello Stato e di ufficiali.

Di conseguenza sono stati proposti i seguenti provvedimenti:

direttore di ospedale militare e di istituto medico-legale (gli istituti medico-legali che sono enti dell'Aeronautica militare, sono stati paragonati agli ospedali militari perchè l'Aeronautica militare non ha ospedali): corresponsione degli emolumenti relativi al grado rivestito e di una indennità di funzione, pensionabile, ragguagliata all'indennità di aggiornamento professionale e di rimborso spese percepita dai direttori sanitari con uguale anzianità di servizio e paritetica destinazione (numero di posti letto dell'ospedale di appartenenza) con rapporto di impiego a tempo definito. Anche a questo proposito è necessario fare la solita osservazione che al momento in cui lo studio è stato compiuto erano conosciute le due forme di tempo definito e di tempo pieno;

vice direttore di ospedale militare e di istituto medico-legale: adozione degli stessi criteri stabiliti per il direttore, ragguagliando l'indennità di funzione a quella percepita dai vice direttori sanitari di uguale anzianità di servizio, con rapporto d'impiego a tempo definito;

ufficiale medico con funzioni di primario e di aiuto: corresponsione degli emolumenti relativi al grado rivestito e di una indennità di funzione, pensionabile, ragguagliata all'indennità di aggiornamento professionale e di rimborso spese percepita dai medici ospedalieri civili con uguali qualifiche ed anzianità, con rapporto di impiego a

tempo definito (cioè: stessa funzione, stessa indennità);

per tutti i medici militari: riconoscimento giuridico dell'esercizio della libera professione, naturalmente, nelle ore libere dal servizio.

Infine per i medici militari dovrebbe essere abolito l'obbligo di assolvere le attribuzioni specifiche, attualmente previsto ai fini dell'avanzamento, così da rendere possibile principalmente un'adeguata carriera ospedaliera e consentire in via subordinata l'esercizio della libera professione. Oggi negli ospedali, sempre nell'ambito della disponibilità, abbiamo una rotazione di medici che devono effettuare periodi di attività specifica per poter essere presi in esame. Noi abbiamo proposto l'abolizione di questo vincolo affinché l'ospedaliero possa fare la sua carriera di ospedaliero, rimanere nell'ospedale e perfezionarsi a vantaggio dell'istituzione.

Medici civili convenzionati: a tale categoria di personale dovrebbe essere corrisposto il trattamento economico che sarà stabilito in sede di riforma sanitaria nazionale. Abbiamo inoltre ritenuto che non sarebbe stato sufficiente migliorare le attrezzature e aumentare la disponibilità dei medici, senza risolvere il problema del personale paramedico che è assai grave negli ospedali militari così come in quelli civili. L'esame dell'attuale disponibilità di tale personale ha posto in evidenza una situazione che può essere così sintetizzata:

il personale paramedico civile ha una consistenza in ruolo notevolmente inferiore rispetto alle esigenze. Inoltre mentre nella Amministrazione della difesa il personale è impiegato nella carriera esecutiva oppure come operaio, il personale di uguale qualifica in servizio presso gli enti ospedalieri civili è collocato in genere in carriere superiori;

il personale paramedico militare è costituito da sottufficiali qualificati infermieri professionali, tecnici di radiologia medica ed odontotecnici la cui disponibilità è inferiore, in modo grave per l'esercito, alle esigenze

organiche degli ospedali militari. Ho qui dei dati:

capi sala: sottufficiali previsti dagli organici 110, esistenti zero; civili previsti 86, esistenti zero;

infermieri professionali: sottufficiali previsti dagli organici 1.770, esistenti 1.024 con una deficienza dunque di 756 unità (quando dico previsti dagli organici vuol dire che sono necessari per le esigenze degli ospedali);

infermieri generici: civili previsti 400, esistenti 20 con una deficienza di 380 unità;

odontotecnici: qui siamo in esuberanza poichè ne sono previsti 43 e ne esistono 81; di civili però ne sono previsti 20 e ne esistono soltanto 3;

tecnici radiologici: previsti 154, esistenti 90, con una deficienza di 64 unità;

tecnici radiologici civili previsti 111, esistenti 16 con una deficienza di 95 unità;

tecnici di laboratorio: sottufficiali previsti 65, esistenti 33 con una deficienza di 32 unità, circa cioè il cinquanta per cento; civili previsti 95, esistenti 57 con una deficienza di 38 unità.

Complessivamente considerando il personale militare e civile su un fabbisogno di 3.791 unità, abbiamo una disponibilità di 1.461 unità con una deficienza di 2.330 unità.

Al riguardo, esaminate le possibilità di reperire il personale paramedico anche da altre fonti di alimentazione e considerato che presso l'organizzazione ospedaliera civile è lamentata un'analogha deficienza per scarsa disponibilità generale di personale specializzato, sono stati individuati i seguenti provvedimenti:

1) rendere appetibile l'assunzione di personale civile inquadrandolo nelle varie carriere secondo i criteri adottati presso gli enti ospedalieri civili (da noi, come ho detto, questo personale è considerato operaio mentre negli ospedali civili è considerato come categoria superiore);

2) tendere ad aumentare il gettito dei corsi allievi sottufficiali. I nostri allievi sottufficiali escono dalla scuola di Viterbo se-

condo un gettito — che non è possibile aumentare se non intensificando la propaganda — di venti unità l'anno che vanno all'ospedale militare di Taranto a seguire un corso della durata di tre anni per diventare infermieri professionali. Si tenderà ad aumentare la propaganda per accrescere il numero delle domande, ma un altro provvedimento necessario è quello di cercare di far tenere presso l'ospedale militare di Taranto più corsi annui. Attualmente, infatti, a Taranto se ne tiene uno soltanto mentre a Viterbo se ne tengono tre. Si dovrà quindi tentare di far sì che a Taranto possano essere effettuati due corsi l'anno in modo che dalla scuola di Viterbo gli allievi provenienti dai due primi corsi possano svolgere questa specializzazione;

3) far ricorso al personale della CRI ed in particolare al corpo delle infermiere volontarie;

4) utilizzare il personale femminile qualora venga istituito un reclutamento in tal senso;

5) impiegare in via transitoria i militari di leva laureati in medicina ed abilitati alla professione, esuberanti alle esigenze di reclutamento degli ufficiali di complemento ai quali potrebbe essere riconosciuta la qualifica professionale prevista dalla legge dopo la frequenza di un apposito corso.

Apro a questo punto una parentesi. Per gli ufficiali medici di complemento, oggi noi abbiamo una disponibilità di medici abilitati notevolmente superiore a quella occorrente alle esigenze delle forze armate. Il personale rimanente che deve assolvere agli obblighi di leva non come medico, viene oggi impiegato nei vari incarichi. Noi auspichiamo che questo personale con precedenza, possa essere impiegato come infermiere qualificato negli ospedali militari.

Ho aggiunto « dopo un apposito corso » perchè abbiamo attentamente discusso con gli ufficiali medici qui presenti quali sono le operazioni che gli infermieri professionali devono saper svolgere ed abbiamo constatato che un medico abilitato non è in grado

di svolgere tali incombenze. È necessario perciò che il medico abilitato segua un apposito corso, sia pure breve, per essere qualificato per legge ad assolvere le funzioni proprie di questo personale. Quest'ultimo provvedimento non è certo l'ideale ma è quello che consente con maggiore tempestività di risolvere, almeno temporaneamente, le grosse deficienze del personale paramedico.

Oneri finanziari. L'integrale allineamento dell'organizzazione ospedaliera militare a quella civile comporterà oneri finanziari non ancora quantificati allo stato dell'indagine, ma sicuramente di peso rilevante.

Il reperimento delle relative risorse nel contesto delle normali assegnazioni di bilancio appare di conseguenza oltremodo problematico nel quadro della riforma sanitaria. Ciò anche nella considerazione che i singoli militari in quanto cittadini italiani hanno diritto ad usufruire dell'assistenza ospedaliera pubblica e che l'organizzazione ospedaliera militare — una volta adeguatamente potenziata sotto l'aspetto funzionale — assicurando in gran parte tale servizio a beneficio del personale ed estendendo la propria assistenza ad aliquota di personale civile, possiede i requisiti per una completa equiparazione alla corrispondente organizzazione civile. L'amministrazione militare cioè, sotto l'aspetto ospedali militari, dovrebbe essere considerata alla stregua di una Regione che riceve dallo Stato una fetta del bilancio per assolvere ai propri compiti: ma si tratta, per ora, soltanto di un'ipotesi.

Affrontiamo ora il secondo argomento: incentivazione dei reclutamenti di ufficiali medici a nomina diretta.

Come ho detto all'inizio, questo argomento è stato esaminato a seguito di specifico mandato del Comitato dei capi di Stato maggiore.

A premessa dell'esame è stato condotto un accurato accertamento dell'attuale situazione per quanto concerne: i volumi organici, l'esistenza in ruolo di personale dei vari gradi, il profilo di carriera teorico e pratico, l'andamento dei reclutamenti (sia dell'Accademia di sanità sia mediante la « nomina diretta »).

4^a COMMISSIONE

3° RESOCONTO STEN. (13 luglio 1977)

Espongo sinteticamente i risultati di detto accertamento:

1) volumi organici di legge: sono adeguati alle esigenze attuali di ciascuna Forza armata; fra un certo numero di anni sarà, forse, necessario rivederli per la Marina e per l'Aeronautica;

2) esistenza in ruolo di ufficiali medici in servizio permanente effettivo: risulta notevolmente inferiore (in modo rilevante per l'Esercito) ai volumi organici di legge, specie nei gradi inferiori a tenente colonnello;

volumi organici per l'Esercito: 897 ufficiali complessivamente, da tenente colonnello fino al grado di sottotenente, esistenza in servizio permanente effettivo 245, disponibilità di 174 ufficiali cosiddetti stabilizzati (ufficiali di complemento trattenuti in servizio). Abbiamo pertanto una differenza (se teniamo conto soltanto del servizio permanente effettivo) rispetto ai volumi organici di 635 unità, una differenza invece di 461 unità (se teniamo conto dell'esistenza degli stabilizzati); si rileva una disponibilità inferiore al 50 per cento;

volumi organici per la Marina: 181 complessivamente, esistenze 79, stabilizzati 20, differenza rispetto al servizio permanente effettivo 102 unità, considerando anche gli stabilizzati abbiamo una differenza di 82 su 181;

volumi organici per l'Aeronautica: 243 unità, esistenze 114 unità, stabilizzati 32, differenza di 129 unità considerando il servizio permanente effettivo, di 97 unità tenendo conto anche degli stabilizzati, differenza quindi notevolissima;

3) profilo di carriera fino al grado di tenente colonnello; presenta un andamento diverso per le tre Forze armate sia che si consideri il profilo teorico (conseguente alla applicazione della legge di avanzamento con volumi organici pieni) sia che si esamini quello pratico (cioè risultante dall'applicazione della legge di avanzamento con l'attuale situazione dei volumi organici).

In particolare:

nell'Esercito l'ufficiale medico prima di arrivare al grado di tenente colonnello, stan-

do alla legge d'avanzamento dovrebbe fare 20 anni di servizio, sotto il profilo teorico; mentre sotto il profilo pratico fa sette anni di servizio;

nella Marina sotto il profilo teorico dovrebbe fare 16 anni, mentre sotto il profilo pratico ne fa 10;

nell'Aeronautica sotto il profilo teorico dovrebbe fare 17 anni, mentre sotto il profilo pratico ne fa 6.

Tutto ciò è dovuto al fatto che i ruoli sono vuoti e le promozioni a tenente colonnello avvengono con un numero di anni inferiore da quanto previsto dalla legge di avanzamento. Un esempio di questo stato di carenza è riproposto dalla recente nomina a maggiore dei capitani medici. Su 200 possibili promozioni ne abbiamo presa in considerazione soltanto una, in quanto c'era soltanto un capitano medico disponibile;

4) andamento dei reclutamenti: presenta caratteristiche diverse in relazione alla « fonte » considerata ed alla situazione di ciascuna Forza armata.

In particolare, per quanto concerne il gettito dell'Accademia di sanità, l'andamento prevedibile non è in grado di soddisfare le attuali esigenze delle tre Forze armate. Tale situazione potrebbe, però, decisamente evolvere in senso decisamente positivo per la marina e per l'Aeronautica.

Per quanto concerne il reclutamento « a nomina diretta » si è notata una generale inversione di tendenza che presenta aspetti più favorevoli, comunque, per la Marina e, soprattutto per l'Aeronautica. Ciò anche a causa dei differenti vincoli di ferma istituiti dalle tre Forze armate per i vincitori del concorso immessi in ruolo (8 anni per l'Esercito, 6 anni per la Marina, nessun vincolo per l'Aeronautica).

Conseguentemente per l'Aeronautica abbiamo un numero maggiore di ufficiali medici che fanno il concorso, in quanto questo costituisce titolo preferenziale e poiché non esistono vincoli di permanenza in servizio.

Si è notato comunque un miglioramento, anche se minimo. Per l'Esercito nel 1973 furono messi a concorso a nomina diretta 100

posti; sono state presentate 10 domande, sono risultati 4 vincitori, tutti e quattro sono rimasti in servizio. Sempre nell'Esercito nel 1975 furono messi a concorso 50 posti; sono state presentate 25 domande; sono risultati 10 vincitori, tutti rimasti in servizio. Nel 1976 sempre nell'Esercito furono messi a concorso 50 posti; sono state presentate 40 domande; sono risultati vincitori 16 ufficiali, 7 sono rimasti in servizio.

Dall'esame della situazione si è constatato, in sintesi, che l'incentivazione dei reclutamenti a « nomina diretta » deve essere perseguita attraverso provvedimenti adeguati alle esigenze di ciascuna Forza armata, ricercando una soluzione che, in ogni caso, non crei turbative nell'ambito dei ruoli.

Si tratta, inoltre, di operare in una situazione così caratterizzata:

Esercito: necessità di prevedere reclutamenti « a nomina diretta » ancora per diversi anni e, con carattere di eccezionalità, attuare una immissione « consistente » entro breve termine per fronteggiare la situazione particolarmente critica;

Marina: necessità di precedere i reclutamenti in parola ancora per pochi anni attuando, però, come per l'Esercito, una consistente immissione entro breve termine;

Aeronautica: le esigenze di reclutamento saranno soddisfatte, ad iniziare dal 1978, esclusivamente con il « gettito » dell'Accademia.

Per quanto concerne le incentivazioni sono stati individuati i seguenti provvedimenti:

1) Istituzione di un premio di arruolamento.

A parziale reintegro delle spese sostenute dagli interessati per il conseguimento del diploma di laurea, che, per gli ufficiali provenienti dall'ASMI, sono a carico dell'Amministrazione militare.

L'Amministrazione militare spende circa 11 milioni per ciascun allievo dell'Accademia di sanità durante l'arco degli studi.

A tale premio, da corrispondere in 12 rate semestrali, conseguirebbe l'obbligo di rimanere in servizio per sei anni;

2) istituzione presso i corsi universitari di specializzazione, di posti riservati per ufficiali medici.

L'avvio ai corsi in questione dovrebbe avvenire a cura dell'Amministrazione della difesa sulla base di una pianificazione che consenta la costante disponibilità di personale specializzato specie in relazione alle esigenze di medici da qualificare « aiuto e primari »;

Oneri di spesa a carico dell'Amministrazione;

Nuovo vincolo di ferma all'atto dell'ammissione ai corsi.

3) Immissione in ruolo di ufficiali medici « a nomina diretta » con l'attribuzione di anzianità assoluta retroattiva.

È stato previsto di arruolare, mediante specifico concorso per titoli ed esami, medici professionisti da inserire in ruolo, nel grado di capitano, con un'anzianità « retroattiva » proporzionale al numero di anni di esercizio nella professione di medico.

I requisiti particolari da stabilire per la partecipazione al concorso in questione sono i seguenti:

a) aver prestato il servizio militare ovvero essere in servizio militare; costituisce titolo preferenziale il possesso della qualifica di ufficiale;

b) aver svolto la professione di medico per almeno un periodo di:

— 3 anni, ai fini del riconoscimento di un'anzianità retroattiva di un anno;

— 4 anni, ai fini del riconoscimento di un'anzianità retroattiva di due anni;

— 5 anni, ai fini del riconoscimento di un'anzianità retroattiva di tre anni.

In particolare è stata considerata la seguente pianificazione di massima:

— immissione, entro il primo anno di applicazione della legge, di circa 150 capitani (quattro quinti per l'Esercito, ed un quinto per la Marina) con anzianità retroattiva;

— immissione, entro 4-5 anni dell'applicazione della legge, di circa 150 capitani (di cui circa 130 per l'Esercito e 20 per la Ma-

rina) a complemento del « gettito » dell'Accademia di Sanità;

— successivamente soltanto l'Esercito continuerebbe ad effettuare reclutamento a nomina diretta nella misura di 20 ufficiali all'anno.

Con questo provvedimento è stato calcolato che entro il 1981 le Forze armate potranno disporre dell'80-82 per cento dei medici dei quali hanno bisogno.

Ho esposto molto sinteticamente i lineamenti principali dello studio condotto da apposito G. di L. in merito ad alcuni problemi fondamentali della sanità.

Allo stato attuale, non avendo tale studio ancora ottenuto l'approvazione del signor Ministro, le varie soluzioni e proposte che ho illustrato non hanno alcun crisma di ufficialità.

Mi preme comunque porre in evidenza il fermo proponimento delle Forze armate di avviare, anche nel settore dei servizi sanitari, un processo di radicale rinnovamento che, attraverso provvedimenti coordinati riguardanti sia le strutture sia il personale, consenta di elevare la funzionalità e l'efficienza.

PRESIDENTE. Ringrazio vivamente il generale Di Marco per l'ampia esposizione con la quale ha illustrato i lavori svolti dal gruppo da lui presieduto.

Prima di passare alle domande, desidero fare alcune osservazioni che riflettono una mia preoccupazione.

La sanità militare ha, come primo compito, quello del pronto intervento sia nel campo delle Forze armate, sia nel campo civile in occasione di calamità. In secondo luogo bisogna porre nel giusto rilievo l'importanza delle infermerie di Corpo che non possono in alcun modo essere sostituite da analoghe strutture di carattere civile: su una nave non può esserci un medico civile, ma deve trovarsi un ufficiale medico. C'è poi il settore medico-legale che deve essere mantenuto ad ogni costo — e noi stiamo facendo una scala di priorità in proposito — e infine la medicina preventiva. La cura viene per ultima, tenuto conto che noi stiamo lavorando nel presupposto che esiste un servizio sani-

tario che si occupa del cittadino in quanto tale e quindi anche del militare.

La mia preoccupazione è che se andiamo ad attuare quanto previsto nello studio elaborato dal generale Di Marco andremo a premiare il personale medico addetto agli ospedali, contemporaneamente mortificando tutto l'altro personale medico militare che invece consideriamo essenziale e di cui non possiamo assolutamente fare a meno.

Un'altra preoccupazione si riferisce alla difformità del trattamento economico; non è possibile pensare alla soluzione adottata per il magistrato militare? Differenziare il trattamento economico è cosa estremamente difficile, anche se mi rendo perfettamente conto del perchè ci si muove in tale direzione.

DI MARCO. È bene innanzitutto precisare che al gruppo di lavoro è stato affidato un compito riferito a due punti essenziali: miglioramento della funzionalità degli ospedali e incentivazione delle nomine dirette. A questi due punti il gruppo di lavoro ha risposto.

A parte questa considerazione, io non ho dimenticato gli altri compiti della sanità militare (mi riferisco all'organizzazione medico legale che, come ho già detto, deve essere fatta esclusivamente da militari e all'organizzazione sanitaria sugli aerei, negli aeroporti, sulle navi). Bisogna considerare che la maggior parte degli ufficiali medici presenti ai Corpi sono di prima nomina: nell'Esercito abbiamo circa 900 giovani che compiono questo servizio presso le unità. Inoltre il medico militare diventa ospedaliero dopo un certo numero di anni, perchè noi abbiamo detto che i medici militari devono essere in possesso dei requisiti di legge; il medico militare può effettuare il concorso per l'idoneità dopo dieci anni di laurea e dopo un periodo svolto e presso il Corpo e presso gli ospedali; quindi non è che il tenente viene arruolato e diventa ospedaliero; deve prima fare il suo servizio, cioè in altri termini, deve specializzarsi.

Inoltre vorrei sottolineare alcune cifre a carattere puramente indicativo, che non hanno alcun crisma di ufficialità, desunte da un

4^a COMMISSIONE

3° RESOCONTO STEN. (13 luglio 1977)

contratto sindacale di una cittadina del Lazio nel 1974, e sono ancora in vigore. La famosa indennità di funzione che daremo agli ospedalieri e che creerebbe la sperequazione consiste in queste cifre; per un primario di terza classe (cioè all'inizio) 225.000 lire al mese; per un primario o direttore di ospedale di seconda classe (dopo cinque anni di servizio), 250.000 lire al mese; per un primario di prima classe (dopo dieci anni di servizio), 275.000 al mese. Queste sono le cifre e non mi sembra che siano tali da spaventare. Io vivo a Civitavecchia e ricordo che un quotidiano — « Il Messaggero » — ha pubblicato gli imponibili dei vari professionisti; il reddito più alto è stato quello di un medico militare: 14 milioni. Il medico militare che esercita la professione, guadagna sicuramente più delle 250.000 lire al mese che noi proponiamo.

P R E S I D E N T E . Il fatto è che non ci spaventano le somme che si possono dare a un medico militare, tenuto conto di quanto guadagnano i medici nella vita civile. Il problema è di non creare una sperequazione a danno degli ufficiali medici che stanno in quei posti dove è essenziale che i medici siano ufficiali, mentre degli ospedali militari, nel riassetto del servizio sanitario nazionale, potremmo anche farne a meno.

D I M A R C O . Questa sperequazione, comunque, non si crea.

P R E S I D E N T E . Ho letto l'allegato 7 alla relazione del Servizio di sanità dell'Esercito; la prima cifra che salta agli occhi e che, da profano, mi stupisce, è che nel 1976 siano state ricoverate in osservazione 240.109 unità; se si tien conto che meno della metà è rappresentata da militari in servizio di leva, la cifra è davvero notevole. Quindi le infermerie mandano agli ospedali, in osservazione, 120-130.000 giovani che già sono stati largamente selezionati (il rapporto — anche se minore — non è sostanzialmente diverso anche per la Marina). Io penso che se procedessimo ad una inversione dell'attuale tendenza e attrezzassimo seriamente le infermerie di Corpo, forse non aggraverem-

mo — e ritengo anche inutilmente — la situazione degli ospedali, visto che la gran parte di questi ricoveri sono per osservazione e non per cura.

Altrimenti, avremmo avuto questo dato sotto la voce « ricoverati in cura » che è cosa diversa. Primo quesito.

Secondo quesito: non è troppo alta la cifra dei « ricoverati in cura » rispetto alla popolazione militare rapportata ad un anno che, tra l'altro, è costituita da persone giovani o giovanissime, selezionate? Si tratta di ben 113.000 ricoverati in cura!

L I S A I . Non si tratta soltanto di militari di leva!

P R E S I D E N T E . Sono stati ricoverati in osservazione circa 240.000 giovani; ricoverati in cura 113.000. Orbene, facendo una proporzione tra i ricoveri della popolazione civile e quelli relativi alla popolazione militare la percentuale dei ricoveri per i militari è molto alta e di questo vorrei avere spiegazione. Se la risposta, comunque, non può essere data oggi può anche essere inviata in seguito alla Commissione.

L I S A I . Vi sono un insieme di ragioni contingenti, morali e di vario genere che giustificano questa differenza.

Il cittadino lavoratore tra i 19-20-21 anni difficilmente accede agli ospedali se non per ragioni di incidenti, soprattutto stradali; quando, invece, quel cittadino diventa soldato accade che proprio in quell'anno nel quale, se non fosse diventato tale, non sarebbe mai andato all'ospedale, tende invece ad andarvi per lo meno 5 volte con ogni scusa ed anche senza. Il soldato dice di essere malato e noi dobbiamo studiarlo, vedere se è malato o meno e non vi è nulla di più difficile che dire ad una persona che non ha assolutamente niente, e ciò per un insieme di ragioni facilmente intuibili.

La popolazione militare, ripeto, tende oggi ad andare in ospedale con qualunque scusa e molto frequentemente; ci sono poi determinate malattie che, per ragioni organizzative, mentre per la popolazione civile si

curano con la visita del medico condotto o della mutua, o anche ambulatoriamente, da noi si traducono invece in necessari ricoveri. Una piccola affezione, infatti, comporta necessariamente il ricovero e ciò per un cumulo di ragioni; ormai, abbiamo soltanto i sottotenenti medici che sono inesperti in quanto appena laureati e la preparazione universitaria è quella cui ho accennato nella mia relazione: le botti danno il vino che hanno. Pertanto, i comandanti non si sentono tranquilli se non invitano il sottotenente medico ad inviare all'ospedale.

Ho già fatto il caso della tonsillite — che viene normalmente curata in casa dalla mamma del giovane di 19 anni, senza neanche bisogno di chiamare il medico, con il ricorso ad una supposta di bismocetina — che nelle caserme diventa un dramma. Nel giro di poche ore, infatti, viene una febbre molto elevata per cui nessun comandante di battaglione si sente di trattenere in caserma il giovane che è stato colpito dalla febbre e lo manda immediatamente in ospedale e, se non ha a disposizione quello militare, lo manda all'ospedale civile. A questo punto interviene un'altra sperequazione di spesa da aggiungere alla perdita temporanea dell'individuo cui ho già accennato.

Ecco dunque perchè il numero delle degenze aumenta ed è elevato. Anche il numero delle osservazioni in quanto va in osservazione ogni individuo che abbia preso anche pochi giorni di licenza di convalescenza. Questo è obbligatorio anche se, teoricamente, il medico del distretto o il medico del corpo potrebbero dichiarare idoneo il soggetto e farlo ripartire.

P R E S I D E N T E. Se disponessimo di buoni medici nelle infermerie tutto questo cambierebbe?

L I S A I. Nella situazione italiana di oggi tutti sono sempre pronti a « sparare » sul medico e, in particolare, sul medico militare. Noi ci rendiamo conto di quante cose « campate per aria » si dicono e che la popolazione civile prende per buone perchè le ha dette un giornalista.

Pertanto, allo stato dei fatti, qualsiasi individuo che rientri dalla licenza di convalescenza anche di 15 giorni rappresenta una delle 240.000 unità che vanno in osservazione; a parte quanto si dovrebbe dire circa l'istituto della raccomandazione che, sovente, mette il medico militare nella necessità di rinnovare la licenza con una nuova visita di osservazione allo scadere dei 15 giorni regalati.

Ecco dunque come crescono le cifre.

D I M A R C O. Non ho trattato l'argomento al quale il Presidente ha accennato in quanto esulava dal mio compito. Dico però che facendo un paragone tra quella che è l'organizzazione sanitaria civile e quella militare vediamo che, per quanto riguarda la prima, vi è tutta una serie di ospedali di zona, provinciali e regionali mentre per la seconda si passa praticamente dalle infermerie agli ospedali, non vi è via di mezzo.

Mi sono interessato a questo problema, pur non essendo medico, quando ero all'ufficio ordinamento. Quando c'erano i reggimenti, si creavano infermerie con un capitano medico ed il numero di questi ufficiali era di una certa consistenza anche se non enorme. Oggi, dovremmo creare delle infermerie presidiarie presso ciascun battaglione che arriva all'ordine delle centinaia di persone e, pertanto, quei 300 capitani che prevediamo, con grande sforzo, di immettere nell'organizzazione sarebbero una goccia d'acqua, rispetto all'organizzazione militare, qualora volessimo immetterli nelle infermerie a livello di battaglione.

Lo scopo principale da raggiungere è quello di curare i soldati e l'interessante è che ci sia, a livello di battaglione e gruppo, un medico il quale sia in grado di prendere una decisione ed inviare il soldato all'ospedale militare o civile.

Io ho comandato una divisione e sono stato uno di quelli che ha sempre raccomandato ai medici di mandare i giovani malati all'ospedale: è infatti preferibile esagerare piuttosto che correre rischi. Ho visto incriminare un ufficiale il quale, giustamente, aveva pensato di trattenere in infer-

meria un giovane e pertanto, ripeto, è sempre preferibile ricorrere all'organizzazione dell'ospedale piuttosto che accorgersi, dopo, che si curava un soldato in infermeria per una malattia gravissima.

Del resto, nel momento in cui si deve fare una diagnosi sono necessarie radiografie, radioscopie, ad esempio, quindi è necessario un medico radiologo; ed allora che cosa può fare questo capitano medico che ha sulle spalline una stelletta in più rispetto al sottotenente? Il capitano medico non è un « mostro » di esperienza: il grado non conferisce esperienza!

Ad un certo momento, dunque, bisogna fare di necessità virtù: se fosse stato possibile fare tutta l'assistenza in modo capillare d'accordo ma, visto che ciò non è possibile, è preferibile ricorrere all'ospedale dove si è sicuri che i giovani vengono curati.

R A M P A. Non desidero formulare questi quanto, piuttosto, avanzare una proposta che potrebbe forse essere tenuta in considerazione.

Sono qui presente questa mattina, nonostante sia in corso una seduta della Commissione sanità della quale faccio ufficialmente parte, non soltanto per dovere di ufficio ma anche perchè molto interessato dalla esposizione che qui è stata fatta che ha messo in luce, direi panoramicamente, una realtà del tutto « problematica » prospettando soluzioni che non so in quale misura siano correlate, anche in prospettiva, con la legge che il Governo ha presentato alla Camera in merito all'istituzione del servizio sanitario nazionale.

Ad una prima valutazione mi pare che le soluzioni che vengono indicate per superare questo stato di evidente disagio e di insufficienza della realtà sanitaria militare — rispetto ai bisogni che sono diversi nella loro stessa formulazione e modalità — siano tese all'apporto che la sanità militare dovrebbe dare, come in altri Stati europei ed extra-europei, alla ricerca scientifica, alla connessione che bisogna avere — al di là delle vicende legate al personale —, che bisogna creare tra il momento della sanità militare ed il momento della sanità civile, due fac-

cie di un medesimo momento: quello della sanità globale di un Paese e dei suoi cittadini considerati uno per uno.

Detto questo, credo che il Senato discuta molto opportunamente in sede di Commissione difesa questo problema mentre la Commissione sanità della Camera sta procedendo a modificare in via d'intesa politica i problemi connessi al tempo pieno e definito rispetto al testo presentato dal Governo, creando nuove opportunità rispetto alle tesi già esposte. D'altra parte la Commissione sanità del Senato non ne sa niente: ne sappiamo qualcosa soltanto io ed il senatore Costa perchè abbiamo sostituito due colleghi della DC. Vorrei pregarla, signor Presidente, al di là del Regolamento — ne prendo io la responsabilità come Vice Presidente della Commissione sanità con la riserva di riferire esattamente al mio Presidente, senatore Ossicini — di rendere possibile che ogni documentazione utile possa essere acquisita alla Commissione sanità.

Inoltre, attraverso le vie regolamentari e quindi al Ministro della difesa, vorrei rivolgere la preghiera affinchè questi problemi siano conosciuti e dibattuti in Commissione sanità. Perchè se per caso questi problemi ad un certo punto della procedura di approfondimento e di preparazione della riforma sanitaria potessero essere discussi collegialmente dalle Commissioni sanità e difesa, credo che valuteremmo insieme ma scinderemmo giustamente due momenti essenziali, quello cioè di un ordinamento proprio e non confondibile con l'ordinamento civile, quello cioè della sanità militare, e quello delle finalità generali che invece non sono confondibili ma omogeneizzabili ed unificabili. Ecco perchè, mentre la ringrazio per avermi dato la parola, le sono grato per le notizie che sono state qui date. La pregherei perciò se possibile, attraverso gli opportuni contatti che li riterrà, di realizzare questo momento di discussione in materia di sanità militare.

P R E S I D E N T E. Noi siamo già alla fine di questa indagine conoscitiva e non abbiamo espropriato a nessuno la trattazione di questo argomento, in quanto ci

siamo posti sin dall'inizio la domanda della competenza. Ci sono state anche prese di contatto ufficiali tra Commissione sanità e Presidenza del Senato tanto che abbiamo tolto dall'indagine tutto ciò che avrebbe avuto attinenza con la riforma sanitaria nazionale a vantaggio di ciò che invece non ne avrebbe avuto, e cioè l'aspetto particolare del problema sanitario militare, tenuto anche conto tra l'altro — e questa è stata una preoccupazione della Commissione difesa — che nel Ministero della difesa è in corso una ristrutturazione della quale non sapevano niente nè la Camera, nè il Senato, nè la Commissione sanità, nè quella della difesa. Di questo problema la Commissione si è preoccupata sin dalla scorsa legislatura. Credo comunque che noi siamo assolutamente consapevoli di questo particolare aspetto circoscritto della nostra indagine conoscitiva. Più volte abbiamo detto che il lavoro che stiamo svolgendo non deve rimanere un fatto interno della Commissione difesa, perchè altrimenti sarebbe un fatto inutile. Tant'è che, già prima dell'inizio dell'indagine conoscitiva, innovando, ho nominato due relatori e non a caso nelle persone dei due Vice Presidenti della Commissione, riservando alla Commissione di decidere in seguito sull'esito regolamentare da dare ai lavori dell'indagine per portare tutti i senatori a conoscenza dei nostri risultati e dei nostri giudizi conclusivi.

Noi non abbiamo nessuna intenzione quindi di usurpare, in senso buono naturalmente, quella che è la competenza primaria della Commissione sanità che ha la responsabilità di tutta la materia. Il collega Rampa ha colto la mia preoccupazione che era quella che il cittadino, militare e non, deve essere in sintonia nella sua cura con il servizio sanitario nazionale. Nessuna intenzione di tipo diverso ha avuto la nostra Commissione. Essa ha voluto semmai offrire un aiuto in una materia talmente specializzata: ha voluto cioè intraprendere un'indagine che potesse poi servire alla Commissione sanità e all'Assemblea per meglio regolamentare tutta la materia sanitaria, conoscendo però anche questo particolare settore che, a nostro avviso, non solo non deve

essere mortificato ma anzi, in questo quadro nuovo del servizio sanitario nazionale, deve essere esaltato, tenendo anche conto di quello che esso già fa.

Siamo andati a visitare, per esempio, un centro di elicotteri pronti a partire nel giro di due o tre minuti per un servizio di pronto soccorso militare o civile. La Commissione sanità avrà interesse a conoscere cosa può dare e cosa non può dare per il pronto soccorso l'organizzazione militare; in parte già lo sa per l'uso che se ne fa nell'organizzazione campale della sanità militare e che se ne è fatto a proposito del Friuli. Lo scopo della nostra indagine è soltanto questo e sarebbe il nostro lavoro fine a se stesso, una perdita di tempo, in sostanza, non encomiabile per il fatto che avremmo scomodato molte persone, se alla fine non stilassimo un documento. Io penso che i relatori proporranno che tutto il materiale di grande rilievo fornito dalla nostra indagine confluisca in un documento conclusivo della Commissione. Documento che dovrà essere apprezzato soltanto come contributo della nostra Commissione alla soluzione del problema sanitario nazionale.

R A M P A . Signor Presidente, sono molto soddisfatto di quanto lei ha dichiarato, anche perchè è stato molto gentile da offrire particolari del tutto specifici. Vorrei soltanto sottolineare che non intendevo porre in dubbio l'opportunità, la validità, oltre che la legittimità dell'iniziativa presa. Intendevo soltanto preoccuparmi del fatto che tutta l'esperienza e la documentazione acquisita possano diventare patrimonio comune delle nostre Commissioni, anche prevedendo che su tale argomento potrà esserci un punto di dibattito.

Per le ragioni da lei esposte di integrazione della sanità militare con la sanità nazionale salvaguardando proprio la sua specificità, si potrebbe forse trovare un'occasione opportuna di dibattito, indipendentemente dal fatto che il testo della riforma sanitaria è oggi alla Camera, affinchè tale dibattito possa essere utile al Senato per prepararsi a ricevere un testo che in ogni caso dovrà poi esaminare e discutere.

4^a COMMISSIONE

3° RESOCONTO STEN. (13 luglio 1977)

D O N E L L I. Signor Presidente intervegno nel merito dei lavori. Questa mattina abbiamo ascoltato la relazione del generale Di Marco, che a differenza delle precedenti dei direttori della sanità per singola arma, contiene proposte ed indirizzi ben precisi. Ritengo opportuno quindi chiedere, se è possibile, una pausa di riflessione che consenta di poter formulare quesiti più meditati.

Colgo comunque l'occasione per fare delle richieste. Nelle varie relazioni si è fatto più volte riferimento alla questione dei posti letto negli ospedali, ma non abbiamo a questo proposito un quadro organico che contenga il numero totale disponibile di posti letto negli ospedali e nelle infermerie da rapportare alle reali esigenze. Questo primo aspetto della questione, naturalmente, si collega al discorso del personale medico e paramedico.

Un secondo aspetto riguarda la possibilità di poter disporre di una casistica del tipo di affezioni che riguardano i giovani che sono considerati abili al servizio militare. L'importanza di questo dato risiede nel tipo di rapporto esistente tra la sanità militare e civile ancora prima che i giovani siano di leva.

Un terzo aspetto che voglio sottolineare riguarda i centri di ricerca scientifica, esistenti finora al Celio, all'ospedale di Bologna e nello stabilimento farmacologico di Firenze; sarebbe interessante avere un quadro delle effettive esistenze di questo tipo di centri negli ospedali e della consistenza del personale addetto.

Chiedo, quindi, di poter esaminare specificamente questi aspetti della questione sanitaria, per intervenire poi con giustificati quesiti.

P R E S I D E N T E. Il direttore della sanità militare si riserva al riguardo di fare un supplemento di relazione.

D E L L A P O R T A. Signor Presidente approvo la relazione del generale Di Marco, ricca di indicazioni e di suggerimenti, soprattutto considerandola quale base di

lavoro futuro a livello di riorganizzazione della sanità militare.

La mia osservazione riguarda il personale paramedico, al riguardo del quale il generale Di Marco ha proposto di impiegare in via transitoria i militari di leva laureati in medicina e abilitati alla professione esuberanti alle esigenze di reclutamento degli allievi ufficiali di complemento, ai quali potrebbe essere riconosciuta la qualifica professionale prevista dalla legge, dopo la frequenza di un apposito corso. Il chiarimento che chiedo concerne il fatto che questi medici, che non sono avviati al corso di ufficiali medici militari, dovrebbero fare un corso per diventare personale paramedico.

D I M A R C O. In linea generale è così. Le leggi vigenti prevedono che l'infermiere professionale deve avere un apposito diploma, rilasciato dal medico provinciale. In base al dettato di questa legge i nostri infermieri professionali sottufficiali, vengono mandati, per frequentare il corso, presso l'ospedale militare di Taranto della Marina, che rilascia il diploma necessario per esercitare la professione. Si è constatato infatti che la presenza del personale paramedico con mansioni di infermiere è di vitale importanza per l'efficiente funzionamento dell'ospedale.

C A P P E L L I. Abbiamo immesso una aliquota di questo personale che non può adire ai corsi ufficiali nei reparti ospedalieri con il compito, ad esempio, di fare le iniezioni.

B O L D R I N I A R R I G O. Ma non bisogna ufficializzare il principio. Bisogna stare attenti!

D I M A R C O. Sono proposte da fare al Ministro della sanità. Il medico, comunque, deve fare il medico e basta, con stellette o senza stellette e non gli farei fare neanche l'infermiere di guardia di notte!

P A S T I. Ho ascoltato con molta attenzione le relazioni che sono state fatte che giudico complete ed esaurienti e che ci

hanno fornito un quadro approfondito di tutti i problemi della sanità militare.

Direi però che la sanità militare si discosta da quella che è la filosofia di tutte le forze armate che, in realtà, esistono e si tengono pronte nel caso scoppiasse una guerra.

Ebbene, che cosa succederebbe in caso di guerra? Ascoltando la panoramica che ci ha fatta sulla sanità militare ho avuto l'impressione, ma forse mi sbaglio, che la sanità militare si preoccupa giustamente e doverosamente della salute di tutto il personale militare di leva o permanente, ma tutto questo in previsione di normali periodi di pace come quelli che stiamo vivendo e che ci auguriamo continuino all'infinito.

Tuttavia, il compito della sanità militare ritengo che dovrebbe essere principalmente quello di preoccuparsi di ciò che accadrebbe in caso di guerra; non sono competente in materia ma mi pare che mentre in tempo di pace, in tempi normali come l'attuale, una larghissima maggioranza delle malattie del personale militare sono quelle comuni della popolazione civile, in quanto, fortunatamente, gli incidenti sono rarissimi, in tempo di guerra accadrebbe esattamente il contrario. Ebbene, si tiene presente questa eventualità? Vi è qualche studio in proposito?

Al limite, come diceva poc'anzi il nostro Presidente, in tempo di pace si potrebbe pensare di trasferire tutta la materia della sanità militare a quella civile, ma in tempo di guerra ciò non sarebbe più possibile in considerazione del gran numero di feriti che si avrebbero per fatti traumatici che, certamente, non sono da paragonare a quelli che accadono normalmente. Su questo punto gradirei avere qualche chiarimento.

Il secondo punto sul quale desidero intrattenermi non concerne un quesito quanto, piuttosto, una osservazione di carattere specifico.

Io credo che noi dovremmo dare maggior peso, e questo non lo dico tanto ai generali qui presenti quanto ai membri della 4^a Commissione, alle possibilità e capacità della sanità militare per quanto concerne le donazioni di sangue. Tutti i giovani di leva passano sotto il controllo della sanità mi-

litare che provvede alla classificazione dei diversi tipi di sangue ed io ritengo che ricorrendo magari a qualche piccolo incentivo, qualche giorno di licenza, tutti i militari sarebbero felici di donare il proprio sangue. In tal modo la sanità militare risolverebbe un enorme problema di natura nazionale ponendo tra l'altro le forze armate in una situazione di maggiore benevolenza o, per meglio dire, di maggior apprezzamento da parte della popolazione civile.

C A P P E L L I. Direi che, forse, l'attività svolta dalle forze armate nel settore della donazione del sangue non viene abbastanza reclamizzata.

Per quello che mi consta, specialmente nell'Italia del Nord ed in collegamento con le università civili, mi riferisco a Torino, al Veneto e via dicendo, i militari donano continuamente il proprio sangue; la stessa cosa si verifica, anche se in minore percentuale, nell'Italia centrale e meridionale. Ripeto, forse questa attività trasfusionale messa in essere dalla sanità militare non è conosciuta e riconosco anche io che sarebbe invece utile reclamizzarla.

P A S T I. Forse, compete proprio alla nostra Commissione dare maggior rilievo a questo dato.

C A P P E L L I. Comunque, ripeto, agli istituti civili ed alle università noi diamo molto sangue: è all'ordine del giorno.

B E L L E N G H I. Per quel che riguarda la Marina anche a La Spezia e Taranto svolgiamo lo stesso servizio di pubblica utilità entro i limiti delle nostre possibilità in quanto dobbiamo sempre conservare una certa scorta per le nostre esigenze.

P A S T I. Questa attività svolta dalle forze armate e dagli altri corpi militari deve senza dubbio essere maggiormente reclamizzata anche per dimostrare che, pur in tempo di pace, esse sono utili.

P R E S I D E N T E. Che cosa ci potete dire in merito all'organizzazione campale?

L I S A I. Si è parlato della guerra ed io, nella mia relazione, vi avevo fatto cenno: in realtà, i nostri compiti sono quelli di preparazione alla guerra.

Ebbene, tale preparazione si può e deve fare in tre modi: predisposizione per la mobilitazione, innanzitutto. Tale compito è specifico degli Stati Maggiori ed esistono degli uffici particolari di mobilitazione, che ritengo gli onorevoli senatori conoscano senz'altro, i quali — per quanto concerne la salute pubblica — hanno poi degli uffici periferici nelle varie direzioni di sanità dei servizi sanitari delle varie forze armate.

In secondo luogo, si deve pensare alla predisposizione di scorte affinché l'Esercito, la Marina, l'Aeronautica abbiano scorte idonee ad affrontare un certo periodo di emergenza bellica. Tali scorte sono previste da noi e sono accantonate perifericamente presso i magazzini direzionali per un determinato periodo che è quello che gli Stati Maggiori hanno prestabilito; inoltre, vi sono due grossi magazzini centrali che servono per le tre Forze armate ed, eventualmente, si preleva da questi magazzini per distribuire alla popolazione civile in caso di necessità, mediante accordi interministeriali.

Pertanto, questo materiale di scorta è già preparato ed i membri della Commissione ne hanno avuta un'idea quando sono andati allo stabilimento chimico-farmaceutico militare dove hanno visto preparare i cofani; quelle cassette speciali che noi chiamiamo San. 1, San. 2, San. 3, cofani chirurgici, cofani per ospedali e così via. Gli onorevoli commissari hanno visto mettere le siringhe dentro questi cofani in quanto spesso, oltre le fiale, vengono fornite anche le siringhe.

Infine, si deve pensare alla preparazione del personale che si può fare solamente avendo il personale. Ma come si può preparare il personale? Impiegandolo! Se il personale deve imparare ad assistere il ferito bisogna che abbia il ferito a sua disposizione per poterlo assistere.

Nella mia relazione ho detto quali sono gli enti di preparazione del personale, non citando solo l'Accademia per avere dei medici ma anche per la preparazione degli ufficiali di complemento. In proposito, for-

se, siamo un po' mortificati per ragioni di bilancio.

Noi abbiamo in Italia cinquemila laureati maschi in medicina. Abbiamo soltanto sfiorato il problema, poco fa, dicendo che si devono impiegare come infermieri; io non sono di questo parere, perchè ritengo che essi vadano impiegati come medici. Abbiamo, ripeto, cinquemila maschi laureati in medicina all'anno che potrebbero fare il servizio militare come ufficiali medici e così imparare non soltanto a fare il medico generico, ma anche quelle cose che saranno chiamati a svolgere domani, per esigenze belliche. Di questi cinquemila noi ne chiamiamo soltanto mille, perchè la disponibilità che ci è stata permessa consiste in tre corsi di 330-350 elementi; a dir la verità l'Esercito sta rubando al bilancio qualche unità mettendo per ogni concorso 360-370 posti.

Formazione di infermieri. Abbiamo pochissimi sottufficiali; ne prepariamo un certo numero, ma anche se, terminata la ferma, abbandoneranno il servizio e troveranno — come del resto i laureati — posti migliori nella vita sanitaria civile, saranno sempre individui mobilitabili e preparati per esigenze belliche. Quindi il problema di una futura guerra non è stato trascurato. Nella mia prima esposizione ho fatto un cenno alla chirurgia d'urgenza; ho parlato di tentare di permearsi con le cattedre di chirurgia d'urgenza, che è quella che a noi interessa di più, non soltanto perchè oggi la traumatologia stradale, del lavoro, dell'impiego delle persone ci porta a lesioni, a ferite chirurgiche che vanno trattate con urgenza scalare, ma anche perchè sono quelle cattedre che ci possono far addestrare meglio il nostro personale, sia medico che paramedico, per l'impiego futuro nel deprecato caso di una guerra. Ciò per quanto riguarda la previsione per l'impiego bellico. Per quanto concerne il sangue, la popolazione civile e anche voi — perchè noi non battiamo la grancassa — non ha idea dell'emorragia di sangue militare a vantaggio della popolazione civile stessa, e non ha idea per due ordini di motivi. Il primo, l'ho detto, è dovuto al fatto che non battiamo la grancassa

4^a COMMISSIONE

3° RESOCONTO STEN. (13 luglio 1977)

e il secondo è perchè non la possiamo battere. Infatti siamo vincolati a circolari ministeriali, che hanno praticamente valore di legge, le quali impediscono al militare di dare il sangue senza autorizzazione e questa viene data esclusivamente in caso di pubbliche calamità. Oggi, invece, è di moda chiedere il sangue dei militari, al di là del necessario, in previsione di determinati interventi chirurgici, e noi, contro quelle circolari ministeriali di cui ho detto, lo diamo, sapendo benissimo che viene preso per misure precauzionali e che poi viene versato nel lavandino perchè non viene neanche usato per l'utilizzazione delle frazioni. Questo succede di norma. Basta che ci sia un parente di militare che deve essere operato che il sangue venga chiesto ai colleghi e i ragazzi ma anche i vecchi — io stesso, pur sessantenne, sono donatore — danno il proprio sangue, ma questo — almeno al 50 per cento — viene sprecato negli ambienti civili. Per quanto riguarda la nostra organizzazione, voi avete visto al Celio come siamo organizzati per il sangue congelato, come siamo preparati per l'utilizzazione del plasma che viene liofilizzato presso la banca del sangue annessa allo stabilimento chimico-farmaceutico di Firenze; avete visto le enormi quantità di sangue pronto ad essere utilizzato; altrettanto avviene, con sistema diverso, a Torino: qui i donatori militari vengono avviati a un istituto universitario che elabora il sangue; in cambio di questo sangue che poi mette in distribuzione o che elabora, l'istituto stesso dà delle frazioni di sangue in base ad un accordo. Un accordo del genere esisteva anche con la Croce rossa — Centro nazionale trasfusione del sangue — fino a qualche anno fa, successivamente rescisso in seguito ad alcune inadempienze da parte di quell'ente. A livello periferico, poi, l'utilizzazione del sangue militare è enorme, da Trapani a Bolzano, e di ciò poco si sa sia perchè non vogliamo, sia perchè non possiamo raccontarlo; esistono ancora i due giorni di permesso per chi dona il sangue, mentre il premio in denaro — abolito per i militari — è rimasto per il personale civile della Difesa; sistema di licenza e sistema di premio in denaro, risalenti a circolari

di 20-25 anni fa, quando la donazione era considerata un atto quasi eroico.

P A S T I. Generale Lisai, credo di essere stato frainteso o forse non sono stato chiaro; io ho detto che bisogna dare maggior rilievo a quello che voi fate, per rendere la pubblica opinione maggiormente consapevole dell'utilità della sanità militare in tempo di pace. Non sono, viceversa, completamente d'accordo su quanto da lei detto circa le scorte e la mobilitazione. La mia domanda — me ne rendo perfettamente conto — doveva essere rivolta particolarmente al rappresentante dello Stato maggiore, che è certamente l'elemento qualificato per poter dare una risposta in merito, con la vostra consulenza; non glie l'ho rivolta soltanto perchè al generale Di Marco è stato affidato un compito limitato e circoscritto, cosicchè avrebbe tutto il diritto di non rispondere alla mia osservazione.

P R E S I D E N T E. Ricordo ai membri della Commissione che i nostri ospiti sono qui per fornire dei chiarimenti, non per partecipare al dibattito, che è competenza esclusiva della Commissione, la quale giungerà a delle conclusioni.

L I S A I. Noi abbiamo bisogno di personale, però devo dire che, per quanto riguarda il sangue, ci stiamo ancora scontrando con una legge che voi, politici, non avete ancora approvato e che riguarda, appunto, l'utilizzazione del sangue congelato.

R A M P A. Chiedo scusa se intervengo sull'argomento, pur non facendo parte della Commissione.

Sull'argomento dei centri trasfusionali e di una nuova normativa legislativa, è in funzione in questi giorni presso il Ministero della sanità una commissione *ad hoc*; io credo che un collegamento immediato con questa commissione potrebbe portare al superamento delle difficoltà lamentate dal generale Lisai. Dico questo soltanto per informazione.

4^a COMMISSIONE

3° RESOCONTO STEN. (13 luglio 1977)

L I S A I. Io volevo, invece, porre l'accento sul collegamento in sede politica, perchè a livello periferico e pratico, questo collegamento c'è già.

G I U S T. Mi ricollego a quanto ha detto poco fa il senatore Rampa.

Anzitutto sento il dovere, dopo aver ascoltato la relazione del generale Di Marco, di esprimere il mio vivo apprezzamento per quanto di sintesi e di aspetti pratici o propositivi il generale stesso pone alla Commissione.

Colgo anche l'occasione per rinnovare l'apprezzamento più cordiale agli altri relatori che hanno messo davanti alla Commissione un quadro importante e completo: dal generale Lisai, al generale Cappelli, all'ammiraglio Bellenghi e al generale Koch con i quali abbiamo avuto una audizione il giorno 6. Da questo punto di vista, posto che non so se ci rivedremo con questi illustri rappresentanti militari, porgo loro tutto il mio apprezzamento personale oltre a quello che, d'altronde, è già stato espresso a nome della Commissione.

Vede, signor Presidente, siamo qui, a mio avviso, specialmente dopo l'introduzione svolta dal generale Di Marco questa mattina, di fronte ad un'innovazione — almeno io la interpreto così — per i lavori della Commissione. Poco fa il vice presidente Donelli proponeva un momento di riflessione relativamente ad una maturazione, ad un confronto o ad un'analisi preliminari prima di giungere a delle conclusioni. Personalmente sarei dell'avviso che giunti a questo punto convenga tentare di sintetizzare il problema da parte dei due relatori che lei, Presidente, ricordava essere nominati nelle persone dei due Vice Presidenti della Commissione. Questo evidentemente non esclude l'opportunità di rivederci per fugare eventuali perplessità, eventuali dubbi che potessero ancora sussistere dopo la puntualizzazione della relazione.

La novità, signor Presidente e colleghi, è quella che il generale Di Marco sottolineava in apertura della sua relazione in quanto, diceva, in ottemperanza ai lineamenti del libro bianco della difesa, in ottemperanza

alle istruzioni del Ministro, il comitato dei capi di Stato maggiore ha affrontato il problema del coordinamento nazionale del servizio sanitario.

P R E S I D E N T E. Siamo in sede di quesiti durante una audizione conoscitiva, senatore, e non possiamo aprire una discussione in Commissione. Queste considerazioni le faremo in altro momento.

G I U S T. Il quesito che io pongo concerne la posizione del Governo nei confronti delle conclusioni del gruppo di lavoro di cui ha parlato il generale Di Marco. Lei, intende dire, Presidente, che la Commissione è autonoma e deve esprimere giudizi generali autonomamente: sarà la Commissione a dare suggerimenti e ad indicare quale sarà la strada da seguire per giungere a delle conclusioni. Io credo però che i relatori e la Commissione per giungere ad un giudizio debbano conoscere se il Governo si pronuncia, se il Governo esprime un parere o se viceversa, il Governo a questo punto non dice niente.

P R E S I D E N T E. Senatore, siamo sempre in un argomento che attiene l'ordine dei lavori. Noi abbiamo detto che alla fine dei nostri lavori avremmo inteso un rappresentante del Governo. Anzi, a chi diceva di sentire un Sottosegretario, io ho risposto che avremmo chiesto invece di sentire il Ministro: se poi in questo caso il Ministro manderà un Sottosegretario, sarà un'altra questione. L'argomento di cui lei sta discutendo in questo momento, non attiene alla seduta odierna alla quale abbiamo invitato degli illustri rappresentanti della sanità militare per porre dei quesiti e chiedere delle delucidazioni. Essi stanno attendendo per questo. Quelle di cui lei sta parlando, sono questioni chiarissime, tanto chiare che io sono convinto non sia possibile chiudere i lavori dell'indagine senza una discussione e un documento conclusivo.

G I U S T. Va bene, signor Presidente: mi riservo di porre poi l'altro quesito che

4^a COMMISSIONE

3° RESOCONTO STEN. (13 luglio 1977)

si colloca sulla stessa linea, quello cioè del rapporto con la Commissione sanità.

B O L D R I N I A R R I G O. Signor Presidente, mi associo a quanto detto dai colleghi e ringrazio gli esponenti dei corpi dello Stato che hanno lucidamente presentato le loro relazioni.

Farò delle domande cui desidererei venisse data risposta dopo.

Se non vado errato, era abitudine del Governo e soprattutto degli organi interessati, presentare annualmente una relazione sullo stato della salute dei militari. Questo avveniva sia nel periodo prefascista che in quello fascista. Poi, questa tradizione non è stata più proseguita: mi sembra che soltanto la Marina abbia continuato per proprio conto fino al 1956.

Non sarebbe opportuno valutare questa esigenza di una relazione annuale sullo stato di salute dei militari, soprattutto nei corpi dello Stato?

Signor Presidente, lei sa che facciamo parte dell'organizzazione della NATO e che siamo collegati all'eurogruppo. Il generale Lisai sa che in questo eurogruppo si è discusso a lungo del servizio sanitario in comune e che c'è anzi a questo proposito una risoluzione. Loro che sono rappresentanti dei tre servizi delle forze armate, non ritengono opportuno porre all'ordine del giorno il problema dell'unificazione dei servizi nel quadro interforze, problema per altro ormai maturo?

Non so certo come, quando e perchè, però desidererei sapere per relazione scritta qual è la loro opinione ed il loro indirizzo in proposito.

Il tenente generale medico Cappelli in una sua brillantissima locuzione, ha dichiarato che gli ospedali militari devono essere aperti anche al personale civile dello Stato e degli enti pubblici. Il generale Lisai ha detto che questa è una posizione utopistica. Come loro considerano questo problema? È possibile porlo in discussione e risolverlo?

Giungo così alle ultime due domande. Una riguarda l'utilizzazione, introdotta 10-15 anni fa, dei gruppi selettivi attitudinali, affiancati ai consigli di leva. Domando quanto

sia stato ottimale utilizzare questi gruppi attitudinali, invece di occupare detto personale in altri campi più importanti. Riguardo la polemica sorta nell'ambiente medico-militare, circa questo argomento, sarebbe interessante averne una valutazione sommaria.

L'ultima questione concerne il problema della droga e dell'educazione sessuale. Nelle Forze armate questi argomenti sono di grande attualità: esistono programmi e orientamenti in tal senso? Sarei grato di ricevere risposta scritta circa i quesiti esposti.

L I S A I Posso fare per ora degli accenni. La relazione annuale sullo stato di salute dei militari presentata al Parlamento si è fatta fino al dopo guerra. La ragione per la quale è stata abolita è forse riconducibile all'avocazione al Gabinetto del Ministero della raccolta dei dati non più di competenza quindi dei comandi periferici, non autorizzati a diffondere notizie di carattere militare. Indubbiamente convengo sull'opportunità di avere alla fine di ogni anno una relazione da parte dell'autorità sanitaria, al fine di rilevare i ricoveri effettuati, senz'altro superiori a quelli di 40 anni fa, constatando, comunque, che la salute dei giovani in genere è migliorata.

Per ciò che concerne l'Eurogruppo c'è da dire che la Direzione generale di sanità, mediante partecipazione alle riunioni dell'Euromed, partecipa e prende atto di ciò che poi viene trasferito agli Stati Maggiori, che successivamente deliberano, d'accordo con l'indirizzo politico del Ministro.

Riguardo l'unificazione dei tre servizi sanitari, ho già avuto modo nella mia relazione di esprimere il mio giudizio positivo, rilevando comunque resistenze settoriali, riguardanti soprattutto la fascia inferiore degli ufficiali dei servizi sanitari.

Notevoli perplessità in questo senso sono state sollevate dalla Marina, la quale giustamente richiede medici che abbiano tendenze marinare; particolari settori, nell'ambito dei servizi sanitari delle Forze armate, quali il soccorso e l'assistenza ai sub (di specifica competenza della Marina), l'adde-

stramento e l'assistenza al volo ad alta quota e al volo spaziale, necessitano di un'attenzione particolare. Comunque, genericamente, a livello di cura ospedaliera, l'unificazione delle tre Forze armate può avvenire, istituendo un'apposita quarta Forza armata, con il relativo Stato Maggiore ed i suoi ufficiali di Stato Maggiore. In questo modo sarebbe molto più facile integrare i servizi sanitari militari con quelli civili.

Il problema dell'apertura degli ospedali militari ai civili non è una questione concettuale, ma trova le sue difficoltà in un certo ordine di ragioni: infrastrutture, personale, e numero posti letto. Oggi il numero dei posti letto esuberanti è 2.000; ma sono esuberanti di necessità, in quanto servono a coprire le esigenze che si presentano in caso di epidemie traumatiche o di pubbliche calamità naturali, ad affrontare le quali, sia rispetto alla popolazione militare che a quella civile, dobbiamo sempre essere pronti. Dobbiamo quindi prevedere un 25 per cento di posti letto vuoti da poterli utilizzare nei momenti opportuni. Da qui si rivela l'assoluta carenza di posti letto disponibili per i civili, oltre che di personale medico preparato e di infermieri. La carenza maggiore, comunque, riguarda la mancanza di infrastrutture ospedaliere capaci di poter ospitare 20 mila posti letto, per soddisfare le esigenze di gran parte della popolazione civile.

A mio avviso i gruppi attitudinali sono stati un traguardo importante raggiunto dalle Forze armate in Italia, capaci di garantirci un'effettiva selezione. Ma problemi di carenza di personale hanno impedito l'esatto svolgimento di queste selezioni, che non possono richiedere semplicemente un giorno e mezzo, e lo svolgimento di quattro *test* e due prove, quando una fabbrica di alto livello impiega dai tre ai sette giorni per valutare le attitudini professionali di un giovane.

Oggi tra visita medica, controlli, visite ed accertamenti di laboratorio, grafia del torace, sia pure sotto forma di schermografia, prove attitudinali e colloqui, noi trattiamo il soldato per tre giorni che poi non sono tre esattamente, in quanto il gio-

vane va assistito quando arriva, va fatto partire rispettando le coincidenze, eccetera

Anche in questo caso si tratta di piccole cose che, tuttavia, si riflettono fortemente sull'efficienza dei nuclei medici di selezione attitudinale, ma io di questo non dovrei parlare, in quanto non rientra nei compiti del servizio sanitario: i nostri medici non intervengono per la valutazione della selezione ma esclusivamente per la valutazione fisica del giovane, per la sua selezione fisica.

Credo di poter dire, parlando anche a nome — io penso — dei non medici che fanno parte della organizzazione militare, che anche qui vi sono problemi legati al numero del personale ed alla sua preparazione.

Problema della droga. Ne ho accennato nella mia esposizione ed aggiungo che, anche in questo settore, noi ci siamo fatti carico del compito che a noi spetta che, peraltro, abbiamo sempre espletato — anche prima della legge del 1975 — facendo campagne di propaganda contro l'uso della droga. Questo compito di sorveglianza nei confronti dei giovani militari è sempre stato svolto dai nostri medici e dagli stessi comandanti di reparto; forse, attualmente battiamo ancor più su questo tema perchè la legge ce lo impone e, periodicamente, facciamo nelle caserme lezioni su questo argomento nonchè lezioni particolari agli allievi ufficiali ed agli allievi sottufficiali, proiettando anche *films* sulla droga. Per la cura, però, non possiamo fare niente in quanto ciò che la nuova legge impone è antitetico rispetto all'organizzazione militare; la legge, infatti, impone l'anonimato e la volontarietà che, per noi, sono condizioni difficili da osservare.

Nella scorsa settimana vi è stato un congresso sulla droga al quale un ufficiale medico ha esposto i nostri problemi a questo proposito che, per la verità, non sono molti in quanto molti giovani che arrivano, se non tossicodipendenti, almeno drogati, perdono questo vizio sotto le armi. Non tanto, in realtà, per la propaganda che noi svolgiamo in questa direzione, quanto per ragioni contingenti: non hanno più il modo

4^a COMMISSIONE

3° RESOCONTO STEN. (13 luglio 1977)

di « rubacchiare » a casa o altrove i soldi per procurarsi la droga! Questo lo abbiamo capito noi e ce lo hanno detto gli stessi militari. Nelle caserme la droga non si diffonde sia perchè non vi è nessuno che la contrabbanda sia perchè, ove vi fosse, verrebbe immediatamente scoperto e sottoposto a provvedimenti medico-legali, sia perchè, infine, i nostri ragazzi non hanno tempo di pensare a questo. Io sono convinto che la diffusione della droga è dovuta in gran parte all'ozio ed in caserma oziosi non si può restare.

Comunque, il problema della droga ci è ben presente anche perchè noi abbiamo cura di quella fascia di cittadini che è più esposta a questo pericolo, che è più esposta ai primi esperimenti in questa direzione. Ripeto, non possiamo curare il giovane militare intossicato in quanto non si può rispettare l'anonimato, ma nel congresso cui ho accennato è stato auspicato da parte di civili, legali e professori universitari nonché dai nostri inviati, che per i giovani sotto le armi si possa accedere ad una terapia contro la droga fatta un po' « alla militare » trascurando in qualche misura certi presupposti della normativa in atto.

Problema della educazione sessuale. Per la verità non facciamo molto in questo campo; dal punto di vista sanitario abbiamo le sale anticeltiche e via dicendo ma, in realtà, non comprendo bene che cosa voglia dire l'espressione « educazione sessuale »! Oggi, infatti, il soldato che giunge alle armi non è più quello di 50 anni fa; oggi i giovani sono in grado di insegnare a tutti gli ufficiali, fino allo Stato maggiore, qualcosa in questo campo!

T R O P E A N O . Vorrei rivolgere una richiesta di chiarimento al generale Di Marco.

Nell'allegato n. 7 che ci è stato distribuito, nella prima parte che riguarda l'esercito, mi pare che vi siano delle discrasie ingiustificabili. Per il tenente colonnello vi è scritto: volume organico 226, esistenza in servizio permanente effettivo 195, esistenza stabilizzati 126, differenza tra la colonna numero 2 e n. 3 = 325, mentre tale sottrazio-

ne comporta come risultato 31. Alla colonna 6, inoltre, dove è citata la differenza tra la colonna n. 2 (3+4), la cifra indicata è 199 mentre, in realtà, dovrebbe essere 131.

In altri termini, i dati dell'allegato n. 7 per quanto riguarda l'esercito non corrispondono assolutamente, a differenza di quelli relativi alla marina ed all'aeronautica, a quanto è indicato.

Orbene, i dati riportati in relazione al volume organico sono quelli indicati all'allegato n. 7 o sono altri?

D I M A R C O . I dati relativi al volume organico sono esatti; controllerò invece gli altri.

T O L O M E L L I . Le considerazioni poc'anzi svolte dal senatore Donelli mi pare abbiano messo in luce l'intenso lavoro svolto e come nel corso di ogni udienza ci siamo trovati di fronte a problemi sempre più complessi per cui abbiamo toccato con mano l'utilità di questa nostra indagine anche in vista del dibattito sulla relazione finale.

Mi pare, anzi, che la proposta fatta, di andare al prossimo incontro dopo aver stilato la relazione, possa essere presa in considerazione con la consapevolezza che in quella sede i nodi vanno sciolti.

Ognuno di noi ha il tempo necessario per riflettere e approfondire ulteriormente i temi che sono stati trattati.

Detto questo, mi pare che una delle questioni che ci ha indotto a promuovere l'indagine fosse quella di vedere come affrontare giustamente il rapporto fra sanità militare e sistema sanitario nazionale, in discussione alla Camera. Quanto ci hanno detto alcuni colleghi della Commissione igiene e sanità ci conforta in questa valutazione. Va inoltre considerato che della materia se ne stanno occupando anche le regioni; e ancora, noi siamo andati in ospedali militari come quello di Bologna, dove tale problema è stato sollevato, così come è stato affrontato questa mattina dal rappresentante dello Stato maggiore. A Bologna, inoltre, ci hanno fatto comprendere come oggetto di questo rapporto può essere un'at-

tività che sommerge il personale militare degli ospedali: quello relativo al campo medico-legale. Il colonnello medico comandante di quell'ospedale ci diceva che ci sono giorni in cui si arriva ad avere ben 400 persone, per cui non riescono a farvi fronte con quello scrupolo e quel senso di responsabilità necessari. Nello stesso tempo il generale Di Marco sosteneva che questo settore deve restare in esclusiva alla sanità militare; se è così, bisogna vedere come far fronte a tale esclusiva, oppure se non sia il caso, come io credo di affrontare la questione in termini più razionali, e con una visione che tenga conto della politica di austerità e dell'esperienza che stiamo vivendo con la riforma sanitaria nazionale. Si dovrebbe quindi valutare se talune pratiche medico-legali possono essere affidate a strutture sanitarie civili; penso ad esempio quelle che riguardano i netturbini o altri settori delle municipalizzate, attraverso convenzioni e rapporti di collaborazione.

Altro problema: la formazione del personale medico e paramedico: è stato affrontato un po' da tutti, in modo particolare dal generale Lisai, che mi pare abbia anche auspicato un rapporto nuovo con l'università. Anche questi problemi, a mio avviso, possono trovare una loro graduale soluzione nell'ambito di una visione unitaria del sistema sanitario nazionale in cui i rapporti fra sanità militare e ospedali civili, fra università e ospedali militari abbiano una loro chiara regolamentazione, anche giuridica. Penso ad esempio a quella esistente col policlinico Sant'Orsola di Bologna; la cosa appare tanto opportuna nel momento stesso che l'università affronta la sua riforma, favorendo in tal modo un nesso più stretto fra didattica e attività formativa del medico. Ma più ancora mi chiedo se non sia il caso di andare in modo combinato a dei corsi formativi del personale sanitario a livello regionale, tenendo conto delle comuni esigenze, militare e civile, con notevole risparmio di mezzi e di denaro e al tempo stesso con una maggiore efficienza, rispondendo non soltanto ad una esigenza di equiparazione economica, ma favorendo una osmosi tra sanità militare e sanità civile.

Un'altra esperienza che mi ha particolarmente colpito, sempre in ordine al rapporto fra la struttura militare e quella civile, è quella relativa al collegamento tra l'ospedale regionale e l'infermeria militare. Ho avuto l'impressione che siano tagliate fuori le nuove strutture intermedie (poliambulatori a livello di quartiere, unità sanitarie locali previste dalla legge di riforma della sanità o già in funzione) non so se attraverso convenzioni — o quali altre forme — ai fini di una maggiore economicità ed efficienza, se è vero come è stato detto che una semplice tonsillite non può e non deve comportare un ricovero in ospedale.

Per quanto riguarda la diagnostica e la medicina preventiva, abbiamo rilevato alcune denunce relative alle carenze delle attuali strutture militari; è stato fatto l'esempio di tre tipi di analisi quando con la stessa quantità di sangue, una più stretta collaborazione con le strutture civili, potrebbero essere compiute nove o 12 analisi, con un costo quasi identico e con maggiore rapidità. Non è il caso di riflettere anche su questo punto?

Un altro campo forse dove può essere realizzato un utile rapporto di collaborazione fra sanità militare è quello che riguarda l'igiene. Per quanto concerne i civili, noi sappiamo che tutto viene ricondotto all'azione del medico provinciale. Nei quartieri o in quei comuni dove esistono delle caserme il tutto mi pare venga ricondotto a un complesso e non sempre efficiente controllo della sanità militare senza collaborazione alcuna con le strutture della sanità civile. È conveniente lasciare le cose come stanno? È giusto? O non si viene a determinare una discriminazione, fra popolazione civile e militare, che al limite, contrasta con i principi costituzionali e morali? Perché al cittadino militare deve essere riservato un trattamento o una garanzia diversi da quella riservata al cittadino non in divisa? Se è vero che bisogna giungere ad un coordinamento, ad un'osmosi, non è il caso allora di favorirla anche nel campo dell'igiene?

Mi ha impressionato, come ha impressionato il Presidente e altri colleghi, il discorso relativo al pronto soccorso di Viterbo.

Nell'ambito di un rapporto corretto che non annulli nessuna delle funzioni sia della sanità militare che di quella civile, bensì le esalti e con maggiore razionalità e possibilità di intervento, non è il caso di vedere là dove potrebbero sussistere le esigenze e le condizioni, a livello di certe regioni ad esempio, se valga la pena sperimentare centri di intervento di pronto soccorso per i traumatizzati della strada, o dell'acqua? Credo che occorra riflettere sulle indicazioni e sugli esempi di collaborazione che ci suggeriva l'ammiraglio del servizio sanitario della marina. Forse, partendo dall'esperienza di Viterbo si potrebbe verificare la possibilità di arrivare ad un'organizzazione di alta selezione anche in rapporto alle strutture che certi centri regionali sono in grado di disporre.

D I M A R C O. Posso rispondere a tre quesiti posti. Innanzi tutto a quello relativo alla questione degli organi medico-legali. Per legge, la cosa è di stretta competenza dei militari e non può quindi essere devoluta ad altri. Quanto però lei sostiene, è già contenuto dalla nuova bozza di riforma sanitaria dove è previsto che presso gli ospedali militari siano ridotte di gran lunga le pratiche medico-legali. Credo sia rimasto soltanto il personale civile della difesa oltre a quello delle forze armate e a quello del corpo armato dello Stato. Quindi la gran massa di coloro che oggi vanno negli ospedali per accertamenti medico-legali, è previsto nella bozza della riforma sanitaria non debbano andarvi più, con tutte le relative conseguenze dunque, di riduzione di personale, eccetera.

Per la questione relativa alla collaborazione regioni-ospedali, sempre la bozza della riforma sanitaria prevede vari comitati a diversi livelli (centrale, regionale, provinciale e locale) e prevede inoltre che in ciascuno di questi consigli vi sia sempre un rappresentante militare. Questo al fine di creare la massima possibilità di collaborazione che deve esistere tra enti civili ed enti militari e al fine di creare il presupposto per incentivare, come lei sosteneva appunto, tali forme di collaborazione.

Ho detto che, a differenza dell'organizzazione civile dove esistono ambulatori, poliambulatori, eccetera, nella nostra si possono avere ospedali di zona, provinciali e regionali. Nella nostra organizzazione inoltre si possono avere le infermerie presidiarie per la marina che ne ha ancora quattro, gli ospedali di forze armate che sono a livello provinciale e gli ospedali interforze a livello regionale. Questa collaborazione esiste: ne ho io un'esperienza personale in quanto ne ho comandato la divisione. In quell'occasione chiesi ed ottenni, ed è poi diventata prassi costante, che tutti i soldati all'atto dell'arruolamento (prima arrivavano direttamente ai reparti) venissero sottoposti ad accertamenti radiologici. Ed erano proprio gli ospedali locali che svolgevano tali accertamenti. Quindi questa collaborazione esiste. Si tratta naturalmente di incentivarla: noi però non abbiamo mai incontrato difficoltà o resistenze da parte di enti civili a venire incontro alle nostre esigenze. Non è certamente una cosa codificata fino a questo momento, tuttavia nella bozza di riforma sanitaria esiste un emendamento proposto nel quale diciamo che i militari possono fruire di qualsiasi ente, ospedaliero o meno, a qualsiasi livello nella sede in cui si trovano, anche se non è la sede in cui prestano servizio. Esiste inoltre una serie di emendamenti presentati che sono stati accettati. Questi sono i tre quesiti sui quali sono in grado di rispondere.

L I S A I. A proposito della medicina legale sui civili, vi sono leggi che ora dicono che qualunque ente pubblico deve rivolgersi o ai medici provinciali o agli ospedali militari: devono essere infatti medici qualificati a giudicare. I medici provinciali ormai non fanno più questo lavoro e dobbiamo quindi addossarcelo noi. Se ci portaste via la medicina legale dei civili perciò, non ci parrebbe una cosa vera! Effettivamente è previsto un organo medico legale del servizio sanitario nazionale che ci porterà via gran parte di questo lavoro medico legale sui civili: rimarrà però sempre a noi quello sui militari.

Per quanto riguarda i rapporti con l'università e gli ospedali civili, oltre quelli « confidenziali » di cui ha parlato il generale Di Marco, e che esistono ovunque, non siamo in grado di soddisfare un determinato desiderio, non dico un servizio obbligatorio. Farò un esempio: quello della schermografia ai militari in arrivo. Si tratta di una cosa giustissima che non è però regolamentata. Noi sorvegliamo, controlliamo i militari in arrivo affinché, se troviamo qualche anomalia, non ci si venga poi in seguito a dire che è sorta durante il servizio militare. Noi ci serviamo dunque di chi ha la possibilità di effettuare questo tipo di esame. Ma se ci deste una cinquantina di stazioni schermografiche, o dei fondi per poter organizzare una cinquantina di stazioni schermografiche, con una cinquantina di tecnici radiologici e cinquanta radiologi, potremmo svolgere tali accertamenti noi stessi a vantaggio anche della popolazione civile. Per gli enti locali la questione non è facile perchè non sempre certe intese vengono soddisfatte e non per colpa dei servizi sanitari militari. Faccio un esempio: esiste una legge votata dai due rami del Parlamento in base alla quale tutti i giovani, al momento in cui finiscono il servizio militare, devono, a cura delle autorità sanitarie locali civili, essere sottoposti ad accertamenti per la lue. Ebbene, non riusciamo a prendere accordi con gli ufficiali sanitari (oggi i medici provinciali non hanno più la autorità di imporsi agli ufficiali sanitari se non in materia igienica) e non riusciamo a far accettare questi ragazzi affinché gli ufficiali sanitari prelevino loro il sangue e svolgano le necessarie analisi. Non è una cosa che riguarda le forze armate. Noi mettiamo a disposizione i ragazzi due, tre o dieci giorni prima del congedo; ovviamente bisogna fare dei turni per non creare affollamento: eppure non riusciamo a far fare questi accertamenti perchè chi dovrebbe farli si rifiuta di farli o interpreta male la legge. A questo riguardo mi ha scritto il sindaco di Barletta per chiedermi la ragione per la quale loro avrebbero dovuto prendere il sangue a questi ragazzi. Ma perchè la legge glielo impone! Egli ha risposto che

bisogna ristrutturare la faccenda. Benissimo: faccia richiesta al Ministro affinché questa legge venga ristrutturata seguendo l'*iter* che voi tutti conoscete. Noi comunque non riusciamo a far fare la Wassermann ai militari in congedo. È facile dire: permeiamo così, facciamo così, ma molte volte si incontrano resistenze che sono di carattere pratico. Perciò capisco che quando all'ufficiale sanitario di Roma si presentano mille soldati (anche se provvediamo a mandarli in gruppi di cinquanta) ci si senta poi rispondere che mancano le provette o i *sets* per prelevare il sangue. È questa la risposta ufficiale che ci si dà. Non so se sia una questione di volontà o meno. Il fatto è che, poichè si tratta di individui che si presentano in divisa, si presuppone di dover lavorare per l'esercito. Ma questa è una legge che voi avete fatto, una legge alla quale noi ottemperiamo mentre gli altri non ottemperano.

Addirittura ci chiedono di prelevare il sangue; con le carenze di cui vi ho accennato non siamo certo in grado di poter effettuare questo servizio adeguatamente.

Abbiamo un numero rilevante di infermerie di corpo con una decina di posti-letto, piccole infermerie di battaglione; abbiamo inoltre infermerie più importanti, a livello di scuola, che riuniscono più battaglioni, dove dovrebbero esserci più ufficiali effettivi; passiamo infine direttamente agli ospedali, paragonabili agli ospedali provinciali dell'organizzazione civile, a livello zonale, in numero esiguo rispetto alle necessità.

Il gradino dell'ospedale regionale è praticamente avvocato all'esercito, mancano ospedali zionali con 60 posti-letto, adibiti alla cura delle piccole malattie (a Valmontone e a Garla Maggiore ci sono ospedali con 100 posti-letto). Ciò è dovuto alla carenza di infrastrutture. Sono quindi favorevole alla nuova istituzione di questi ospedali zionali. In Svizzera, ad esempio, ci sono 50 ospedali militari: 25 periferici. Nel Giura ci sono 25 ospedali paragonabili ai nostri provinciali e regionali con attrezzature idonee al servizio per la popolazione civile.

In sede di Consiglio dei ministri sulla legge per il servizio sanitario nazionale, ab-

biamo proposto delle modifiche alle convenzioni con le regioni. Abbiamo cioè chiesto che una parte del bilancio sia distribuita alle regioni per il servizio sanitario militare. Il cittadino italiano anche se militare deve poter essere curato dall'organizzazione civile, come qualunque altro cittadino, al pari di quanto avviene negli ospedali militari per i civili.

Le regioni, attualmente, a livello amministrativo non contemplano questo tipo di servizio sanitario per i militari, tanto è vero che la regione sarda per il ricovero di un militare richiede una cifra che va dalle 25.000 alle 28.000 lire, la regione Toscana si rifiuta di farsi pregare per curare i militari. Così anche in altre regioni.

R A M P A . A mio avviso tale problema di ordine finanziario dovrebbe risolversi nel quadro della programmazione del finanziamento di tutti i servizi sanitari nazionali, prescindendo quindi dalla singola regione in particolare.

L I S A I . Per quanto riguarda la medicina preventiva i medici provinciali sono costantemente tenuti al corrente di quello che il Ministero della difesa decide, in quanto la nostra organizzazione è direttamente dipendente dal Ministero circa le applicazioni nel campo della medicina preventiva.

In fatto di vaccinazione, ad esempio, ci è stato detto: è sospesa per due anni e noi così abbiamo fatto sopportando, in verità, qualche lamentela da parte della marina la quale sosteneva che, avendo i propri soldati in giro per il mondo, questi potevano essere esposti a rischi. La stessa lamentela ci è pervenuta, naturalmente, da parte dell'aeronautica; abbiamo dovuto dunque prendere decisioni in modo che il personale che, in qualche maniera, corre il rischio di essere soggetto a contagio venga vaccinato anche questo periodo di tempo.

Di tutti questi problemi noi siamo sempre informati perchè alcuni esponenti delle Forze armate fanno parte sia del Consiglio superiore di sanità che dei consigli provinciali di sanità. Se ci saranno i consigli regionali di sanità militari saranno presenti

anche in quella sede per tenersi al corrente di quanto, localmente, avviene nell'ambito del servizio sanitario.

Ho sentito parlare di analisi del sangue ed è stato portato l'esempio di Viterbo, ma io credo di aver detto fin dall'inizio che, in fatto di mezzi, noi siamo molto aggiornati. I denari, purtroppo, non li abbiamo spesi per costruire ospedali, ma per comprare apparecchi moderni di analisi!

Sicuramente gli onorevoli senatori avranno visto a Roma, presso i nostri centri, quegli apparecchi che, con qualche goccia di sangue, danno sette od otto risposte: sono gli *auto-analizer*. Siamo dunque anche noi attrezzati in questo settore e pertanto non posso condividere la frase con la quale si è lamentata « dispersione » nella nostra attività; anzi, noi ci attrezziamo con questi apparecchi anche perchè, avendo scarso personale a disposizione, abbiamo necessità di automatizzare questo servizio il più possibile.

Si è anche parlato di discriminazione tra caserme ed ambienti civili, tra soldati e personale effettivo. Francamente, questa osservazione non l'ho capita.

T O L O M E L L I . Posso rendere più chiaro il pensiero. Nelle scuole e nelle fabbriche le autorità intervengono per verificare se le condizioni ambientali siano soddisfacenti; ebbene, nelle caserme che cosa si fa in proposito? In questo particolare settore è bene procedere con strutture verticali oppure può essere più produttivo un altro sistema?

L I S A I . Nelle caserme, nei nostri ambienti militari, tranne il caso dei 15 uomini di guardia ad un deposito di munizioni che vengono visitati da un medico mandato lì appositamente, vi sono dei medici militari i quali, e questo è il pregio di questi medici che spesso non viene ben valutato, devono anche essere igienisti perchè, altrimenti, vengono ripresi dal loro superiore diretto sia in linea di comando che in linea tecnica. Devo anzi dire che i controlli nei nostri ambienti di lavoro e di vita sono molto più pignoli di quanto non siano nelle

4^a COMMISSIONE

3° RESOCONTO STEN. (13 luglio 1977)

fabbriche e ciò per una ragione di prudenza, ma anche per una ragione politica; per non correre il rischio di esporci da questo punto di vista!

Nelle fabbriche il medico, anche se la guardia è di 24 ore su 24, sta in ambulatorio, mentre da noi il medico deve seguire il soldato nelle sue attività. Ad esempio, se i soldati vanno alla doccia, deve essere presente l'ufficiale medico e non parliamo di quando i soldati vanno al bagno di mare oppure vanno a sparare! Deve sempre essere presente ambulanza ed ufficiale medico. Dirò di più: se c'è una marcia ufficiale di una ventina di chilometri di un reparto non inferiore al battaglione, deve essere presente l'ufficiale medico. Questo per dire quanto sia seguito il problema; pertanto, dal punto di vista della « previdenza », noi siamo antesignani e ciò per un cumulo di ragioni che ho già tentato di illustrare.

BOLDRINI ARRIGO. Il militare l'abbiamo fatto anche noi, ma non è tutto proprio così, generale Lisai!

LISAI. Così dovrebbe essere. Se il suo sottotenente medico non faceva il suo dovere, si trattava sempre di un cittadino che non faceva il suo dovere, non di un militare!

Pronto soccorso ai traumatizzati. Come gli onorevoli senatori hanno visto, a Viterbo un elicottero è facilmente approntabile e voglio dire, senza con questo voler togliere entusiasmo a nessuno, che sono servizi molto eventuali quelli del trasporto con elicottero o con aeroplani dell'aeronautica, con navi o con torpediniere della marina. In realtà, si tratta di casi sporadici che non si possono prendere a regola.

Nella mia relazione ho detto che a suo tempo, in un congresso medico di traumatologia stradale, avevo formulato uno schema di organizzazione di soccorso appoggiato principalmente sulle Forze armate, il che, in effetti, è piuttosto facile; organizzare questi trasporti con elicotteri a noi militari fa comodo anche per l'addestramento del personale di volo. Basterebbe che noi avessimo elicotteri, personale ed ordini di agire ed

entreremmo senz'altro in azione. Naturalmente, tutto ciò comporta anche costi elevatissimi che si ripercuotono sul bilancio della difesa, in quanto non c'è nessuna organizzazione civile, neanche a livello regionale il distaccamento resta un po' isolato, sia esempio, certi trasporti.

PRESIDENTE. Il problema mi pare quello di vedere se si tratta di cose utili o inutili.

LISAI. Per i traumatizzati della strada io avevo proposto di appoggiare quasi tutto sulle Forze armate; alla polizia stradale doveva competere il primo intervento e quindi agli elicotteri dell'esercito, dell'aeronautica, della marina doveva competere il trasporto agli ospedali, quando ciò fosse utile.

TROPEANO. Una domanda velocissima per una richiesta di informazione.

Per quanto riguarda l'esigenza del reclutamento degli ufficiali di complemento, mi domando se non si possa rivedere il sistema dei criteri di ammissione in modo che siano utilizzati al massimo i giovani di leva laureati in medicina.

In proposito, domando se si possa avere a disposizione un quadro relativo alla esuberanza di questi militari negli ultimi dieci anni per avere una informazione dettagliata in merito a questa disponibilità culturale che, in realtà, non viene usata, a questa offerta che non viene accolta in contraddizione con la domanda che sembrerebbe alta.

Capisco che questa contraddizione appartiene ad una situazione di carattere generale, ma penso che sia possibile studiare un qualcosa per porvi rimedio.

DIMARCO. Per le Forze armate valgono, in primo luogo, le proprie esigenze che vengono valutate in fabbisogni. Noi calcoliamo di avere (parlo per l'esercito, ma credo che per la marina e per l'aeronautica valgano gli stessi criteri) presso ciascuna unità (a livello di battaglione o di gruppo) la presenza continua di tre medici; mol-

tiplicando il numero dei battaglioni e unità similari per tre e aumentando di una certa quota di riserva abbiamo il fabbisogno. Ciò comporta una spesa. Noi, per ragioni di bilancio, siamo stati costretti a diminuire non soltanto il numero dei medici (che abbiamo portato da due a tre, pur restando nello stretto necessario), ma ad eliminare anche i corsi allievi comandanti di scuola e a diminuire l'entità dei corsi degli ufficiali di complemento delle altre armi. Soddisfatte le esigenze per circa 1.000 unità (mi riferisco al primo contingente del 1976), abbiamo avuto circa 1.250 medici abilitati e incorporabili che non potevano frequentare i corsi; di questi 1.250, una certa percentuale è stata dichiarata non idonea al servizio militare; ne sono rimasti 740 che sono stati incorporati e hanno prestato il loro servizio militare molti negli ospedali e molti con incarichi paramedici. Il problema è stato sollevato dal Ministero della sanità che, ad un certo punto ha fatto riferimento alle condotte deserte, circa 200, per le quali avrebbe voluto che noi fornissimo medici militari. L'amministrazione militare (io ero allora rappresentante del Comitato interministeriale) si è dichiarata favorevole, però, per ragioni di legge, non possiamo fornire medici a un ente civile. Ci vuole dunque una legge, del tipo della cosiddetta legge Pedini, in modo che i militari non utilizzati come ufficiali medici possano prestare servizio presso le condotte deserte. Resta comunque il fatto che, una volta stabiliti tre medici per battaglione più una quota di riserva, noi abbiamo soddisfatto le nostre esigenze e non possiamo assorbire tutti gli altri. Ricordo che esiste una legge — ancora vigente — in base alla quale la categoria dei medici è l'unica alla quale può essere imposto di prestare servizio militare come ufficiale. Noi ci troviamo di fronte ad un curioso fenomeno: molti giovani nemmeno dicono di essere in possesso della laurea in medicina; per questi motivi — poichè ciò si è verificato anche in anni passati — ci si trovò nella necessità di varare una legge in base alla quale il cittadino laureato in medicina doveva prestare servizio militare come ufficiale medi-

co. Oggi la tendenza si è invertita: sono migliaia i giovani che chiedono di partecipare ai nostri concorsi, ma noi, più che soddisfare le nostre esigenze, altro non possiamo fare; certo non possiamo inflazionare i reparti con ufficiali medici, la cui abilità professionale, dato che sono proprio agli inizi, non è certo elevata. C'è la necessità della sanità civile di coprire le condotte deserte e i posti di frontiera: noi ci siamo dichiarati pienamente disponibili, ma è chiaro che occorre una legge per sbloccare la situazione, altrimenti non potremo che opporre un rifiuto. Torno, comunque, a ripetere che, date queste esigenze della sanità civile, esiste la piena disponibilità della difesa a farvi fronte.

L I S A I. Il generale Di Marco vede le cose dal punto di vista dello Stato Maggiore, però ci sono dei servizi aggiuntivi — e io ne avevo fatto cenno — cui non riusciamo a far fronte. Basta che ci sia una colonia montana o marina, che subito ci chiedono un Ufficiale medico, perchè non hanno quello civile a disposizione; molte volte ci chiedono di integrare il servizio negli ospedali oppure nelle carceri; in sostanza, dunque, ci sono delle esigenze che sfuggono alla stretta matematica di quei numeri citati dal generale Di Marco (tre medici per battaglione, più una riserva).

A proposito, poi, della simbiosi o della permeazione tra sanità civile e sanità militare, ci sono molti Ufficiali medici che vengono inviati a fare i medici condotti: proprio ieri ho ricevuto una richiesta per un Ufficiale medico della scuola di Persano da destinare ad un comune della zona, privo ormai da molto tempo del medico condotto. Questo non è di mia competenza, pertanto la richiesta arriverà all'Esercito, che disporrà in proposito, perchè noi siamo sempre a disposizione delle esigenze della popolazione civile. A Macomer, in Sardegna, dove c'è un piccolo distaccamento di reclute, noi teniamo sempre due Ufficiali medici sia perchè il distaccamento resta un pò isolato, sia perchè c'è sempre qualche comune, in provincia di Nuoro, che ha bisogno del medico, e questo quando l'organico per quel distac-

camento prevede un Ufficiale medico. Se il comune è distante, noi addirittura vi comandiamo il medico; anzi, è scoppiata anche una grana, una volta, perchè un medico si è preso i due stipendi e le due indennità.

Quando poi la località è vicina, noi mandiamo il medico per integrare il servizio in quel comune, compatibilmente con le esigenze del servizio militare; ma resta il fatto che quel medico lo perdiamo comunque, come se fosse distaccato, perchè è chiaro che quando ne abbiamo, per caso, bisogno lui è nella condotta a fare il proprio lavoro.

In definitiva, quindi, esiste già la simbiosi fra militari e civili per quanto riguarda il servizio sanitario.

P R E S I D E N T E . Credo che possiamo ritenere conclusa la audizione. Pregherei i generali Di Marco e Lisai di voler far pervenire un appunto scritto agli interessati in merito ad alcuni problemi sui quali sono state fatte specifiche richieste di chiarimento. Ed in questo li pregherei anche di essere alquanto solleciti.

Per quanto riguarda il resto, vedremo che sta sera nella riunione dell'Ufficio di Presidenza, che si terrà alle 16,30, quello che si dovrà fare.

Una certa sollecitudine è necessaria — ripeto — perchè l'indagine in corso, a mio modo di vedere, deve essere conclusa al più presto: siamo infatti sotto la minaccia di vederci riversare addosso, alla ripresa dei

lavori parlamentari, tutto il problema della sanità nazionale. Pertanto, se alla sanità militare, salvo a vedere la forma, che peraltro adesso studieremo d'accordo, sia pre ufficiosamente, con la Presidenza della Commissione sanità, intendiamo dare qualcosa di utile, dobbiamo darlo al più presto, perchè altrimenti rischiamo di vanificare questo egregio lavoro che stiamo svolgendo.

Insisto quindi nell'invitare gli intervenuti ad inviare alla Commissione i chiarimenti richiesti, possibilmente per iscritto, con sollecitudine. Per il momento peraltro non prendiamo alcuna decisione in ordine ad un loro eventuale ritorno qui in Commissione; la cosa verrà decisa in un secondo momento nella sede opportuna.

Giunti a questo punto, non mi rimane che associarmi al ringraziamento unanime che è stato rivolto ai rappresentanti della sanità militare dai colleghi per le esaurienti relazioni svolte, nonché per tutte le delucidazioni che sono state fornite alla Commissione mettendola in condizione di trarre conclusioni utili dall'indagine svolta.

Poichè non si fanno osservazioni, il seguito dell'indagine conoscitiva è rinviato ad altra seduta.

La seduta termina alle ore 13,47.

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