

ATTI PARLAMENTARI

XV LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. **CCVII**

n. **3**

RELAZIONE

SULLO STATO DI SALUTE DEL PERSONALE MILITARE E CIVILE ITALIANO IMPIEGATO NEI TERRITORI DELLA EX JUGOSLAVIA

(Periodo dal 1° settembre al 31 dicembre 2006)

*(Articolo 4-bis, comma 3, del decreto-legge 29 dicembre 2000, n. 393,
convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 2001, n. 27)*

Presentata dal Ministro della difesa

(PARISI)

e dal Ministro della salute

(TURCO)

Trasmessa alla Presidenza il 13 luglio 2007

PAGINA BIANCA

IX RELAZIONE QUADRIMESTRALE**PERIODO DI RIFERIMENTO: Settembre-Dicembre 2006**

Si riferisce di seguito un aggiornamento sullo stato di avanzamento dei lavori del Comitato scientifico previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 30 maggio 2002, relativamente alle tematiche precisate derivanti dalla attuazione dell'art. 4bis comma 3 del decreto legge 29 dicembre 2000 n. 393 convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 2001 n. 27:

1. MONITORAGGIO STATO DI SALUTE**A. INDIVIDUAZIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE DI RIFERIMENTO**

Le strutture sanitarie territoriali di riferimento per l'effettuazione delle visite mediche e degli accertamenti di laboratorio previsti dall'Accordo Stato-Regioni del 30 maggio 2002 sono state individuate in tutte le regioni, tranne la Regione Abruzzo che risulta ancora inadempiente.

B. RICOSTRUZIONE DI UNA LISTA DELLA POPOLAZIONE CIVILE CHE HA OPERATO NEI BALCANI

Riguardo a tale iniziativa, si fornisce l'aggiornamento al **31 dicembre 2006** per quanto concerne l'indagine effettuata tra le Istituzioni ed Organizzazioni non governative (v. I relazione quadrimestrale). La ricerca è stata svolta dapprima con un questionario postale inviato ad una lista di 190 ONG rintracciate, in parte attraverso il Ministero degli Affari Esteri e in parte utilizzando l'Internet. Il questionario postale aveva lo scopo di sapere se l'Organizzazione avesse lavorato nei territori inclusi nel monitoraggio e se fosse disponibile una lista di personale e volontari coinvolti.

A tale iniziativa, hanno fornito riscontro 40 Organizzazioni non governative e due Istituzioni: il Dipartimento dei Vigili del Fuoco, del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile del Ministero dell'interno e il Dipartimento della Protezione Civile della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Successivamente, le rimanenti 150 ONG sono state contattate telefonicamente ed è stata rinnovata la richiesta di informazioni.

Dopo questa seconda serie di ricerche, dalla lista iniziale di 190 ONG sono state individuate 63 organizzazioni alla quali è stato richiesto di fornire l'elenco dei volontari e

lavoratori impegnati in Bosnia-Herzegovina e Kosovo. Sono pervenuti elenchi solo da 35 organizzazioni. Il numero totale di volontari censiti corrisponde a **657** (allegato 1).

C. ACQUISIZIONE DELLE SCHEDE CARTACEE RELATIVE AI SOGGETTI ARRUOLATI NELLA CAMPAGNA DI MONITORAGGIO

Al **31 dicembre 2006**, sono state trasmesse in totale al Centro Raccolta ed Elaborazione Dati (CRED), struttura di supporto del Comitato scientifico, **5524** schede, corrispondenti a **3207** soggetti arruolati, come risulta dalla tabella in allegato 2, in cui sono state suddivise per Istituzione e per Regione.

D. MONITORAGGIO CIVILI

Prosegue l'inserimento nel database informatico SMU (Sistema Monitoraggio Uranio) delle schede relative alla popolazione civile che si è sottoposta al monitoraggio sanitario.

Attualmente sono stati inseriti i dati (informazioni anagrafiche, informazioni sulle missioni svolte, anamnesi remota e prossima, stato di salute al momento della visita, risultati delle analisi di laboratorio previste) relativi a **2814** visite riferite a **1027** persone (90% uomini e 10% donne), le missioni effettuate sono state **1435** (39% in Bosnia-Herzegovina e 61% in Kosovo). Nella prossima relazione saranno forniti i primi dati sullo stato di salute di queste persone.

E. MONITORAGGIO MILITARI

E' stato acquisito dal CRED l'archivio informatizzato delle schede di monitoraggio relative al personale militare fino all'anno 2006, si tratta di informazioni relative a **14.898** missioni svolte da **9.071** persone, con l'indicazione dell'esistenza o meno delle sole patologie tumorali maligne. Attualmente è in corso il lavoro di individuazione di eventuali dati aberranti o errori evidenti per poi effettuare le analisi previste.

Sono state acquisite inoltre, anche le copie delle schede cartacee relative ai militari di cui sopra con l'obiettivo di inserire nell'archivio informatizzato, a cura del CRED, anche le informazioni relative allo stato di salute relativo ad eventuali patologie diverse da quelle tumorali e ai risultati delle analisi di laboratorio previste dalla campagna di monitoraggio.

2. ULTERIORI APPROFONDIMENTI

A. POPOLAZIONE MILITARE. CASI SEGNALATI.

Il Ministero della difesa, attraverso i propri rappresentanti in seno al Comitato scientifico, ha fornito al Comitato medesimo l'aggiornamento dei dati relativi alle patologie oncologiche manifestatesi nei militari impiegati nelle missioni in Bosnia-Herzegovina e nel Kosovo. La situazione delle patologie insorte, aggiornata al **31 dicembre 2006**, risulta dalla tabella in allegato 3. In particolare, si tratta di n. **189** casi di neoplasia sviluppatasi dal 1996 al 2006, in militari che hanno soggiornato nei territori interessati. Di tale casistica, soltanto una frazione esigua è stata peraltro individuata nel corso del "monitoraggio", essendo la gran parte delle segnalazioni invece pervenute al Gruppo Operativo Interforze / osservatorio Epidemiologico Militare attraverso le attività di notifica previste dalle disposizioni vigenti in ambito Difesa.

B. ATTIVITA' CONNESSE ALLA COSTITUZIONE DI UN REGISTRO TUMORI DELLA POPOLAZIONE MILITARE IMPIEGATA IN BOSNIA-HERZEGOVINA E KOSOVO (ACCORDO DI COLLABORAZIONE CON L'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA')

Per quanto concerne lo svolgimento delle attività previste dall'accordo di collaborazione in epigrafe, stipulato con l'Istituto superiore di sanità dalla Direzione generale della prevenzione sanitaria del Ministero della Salute a seguito di specifico mandato conferito dal Comitato scientifico (v. III relazione quadrimestrale, lettera A.), è stata trasmessa dal predetto Istituto la relazione semestrale prevista dall'art. 4 dell'accordo di collaborazione, riferita al periodo luglio- dicembre 2006 (allegato 4). Tale relazione descrive i risultati di una dettagliata analisi delle caratteristiche dei database forniti all'ISS dalla DG della Sanità Militare nel Marzo 2006, relativi ai militari italiani inviati in missione nei Balcani dal 1-8-1994 al 31-12-2005. Le verifiche effettuate riguardano la completezza e coerenza interna delle variabili registrate, nel quadro dello studio di fattibilità di indagini epidemiologiche di tipo analitico (1. studio retrospettivo di mortalità; 2. studio retrospettivo sull'incidenza di tumori; 3. Indagine trasversale sullo stato di salute).

C. AUDIZIONI DELLE ASSOCIAZIONI E DEI SOGGETTI COINTERESSATI

Come attività a supporto dei lavori del Comitato scientifico, la Direzione generale della prevenzione sanitaria del Ministero della salute ha adottato l'iniziativa consistente nell'ascolto delle Associazioni e dei soggetti a vario titolo coinvolti nella tematica riguardante le attività di monitoraggio sanitario (v. IV relazione quadrimestrale, lettera H).

Nel periodo di riferimento della presente relazione quadrimestrale, le audizioni sono state completate ed è stato conseguentemente predisposto il relativo rapporto conclusivo (allegato 5).

D. ESAME DELLA LETTERATURA SUI RISCHI PER LA SALUTE CONNESSI ALL'ESPOSIZIONE AD URANIO IMPOVERITO

E' iniziato il lavoro di catalogazione, archiviazione e sistemazione di tutto il materiale bibliografico riguardante l'oggetto della convenzione. Questa attività viene realizzata utilizzando il pacchetto software EndNote, sviluppato per la gestione di archivi bibliografici. Il 6 novembre 2006 si è svolto a Modena il convegno "Danni collaterali- Le patologie dei soldati: la sindrome dei Balcani", sotto l'egida del comune di Modena, dell'Università degli Studi Modena e Reggio Emilia e della Regione Emilia Romagna. In questo convegno, che è stato seguito da rappresentanti delle Forze Armate e da associazioni a tutela dei diritti dei militari, oltre che da ricercatori e privati cittadini, due ricercatori coinvolti nel progetto hanno presentato le relazioni "Uranio impoverito e Radioprotezione" (C. Nuccetelli) e "Dalla *Commissione Mandelli* ad oggi: risultati, studi in corso e accordi di collaborazione" (M. Grandolfo). Successivamente, il 23 novembre 2006 è stata presentata la relazione "Criteri di gestione del rischio radiologico" (C. Nuccetelli) al convegno "Gestire il rischio: politiche cautelative e responsabilità pubbliche" organizzato a Firenze dalla Regione Toscana. (allegato 6).

CONSIDERAZIONI

Il numero di civili che si sono sottoposti a monitoraggio sanitario è stato inferiore alle attese. Il numero di militari che si sottopongono al monitoraggio sanitario è invece più consistente, anche se notevolmente inferiore al numero previsto degli aventi diritto. Così come esplicitamente previsto dall'accordo Stato Regioni, il monitoraggio ha finalità prevalentemente assistenziali e descrittive, per cui dovrà essere accompagnato da una indagine epidemiologica progettata per verificare l'esistenza di uno specifico rischio per la salute. Questa indagine è stata configurata come un Registro Tumori Militari, oggetto di una specifica convenzione tra Ministero della Salute ed Istituto Superiore di Sanità, finalizzata a rendere più accurata la rilevazione già attualmente in atto presso la Sanità militare, allo scopo di rendere i dati più affidabili.

Attualmente, il numero di casi di cancro segnalati al Ministero della Difesa (189) è molto inferiore a quello riferito dalle associazioni cointeressate alla tematica, che fanno salire il numero ad oltre 500. Non è stato possibile acquisire informazioni più accurate relativamente a tale casistica, con particolare riguardo alla fonte di questi dati, in quanto i rappresentanti delle associazioni interpellate non le hanno tuttora fornite, nonostante esplicite richieste in tal senso.

Allegato 1 al 31/12/2006

Ente	N° Volontari
INTERSOS	144
REGGIO TERZO MONDO	92
AGESCI	79
ALISEI	45
Ambasciata di belgrado sez. distacc. Pristina	52
Associazione Nazionale Alpini	41
IPSIA	39
ICS - Consorzio Italiano di solidarietà	33
CARITAS DIOCESIANA DI SIENA	18
CARITAS DIOCESIANA DI PESCIA	17
CRIC	17
PROTEZIONE CIVILE	10
VIS	9
CEFA	9
COMUNITA' DI S. EGIDIO - ACAP	6
MOVIMONDO	4
GVC	4
CESTAS	4
CARITAS DIOCESIANA di ROMA	4
PRO.DO.C.S.	3
COSPE	3
CISP	3
ARCS	3
PROGETTO SUD UIL	2
CESVI	2
CELIM	2
CARITAS	2
ACTION AID INTERNATIONAL	2
CIES	2
MANI TESE	1
UCODEP	1
ISCOS	1
GUPPO LAICI.TERZO MONDO	1
CARITAS DIOCESIANA - Arcidiocesi di Genova	1
AIBI	1
TOTALE	657

Allegato 2**SCHEDE ARRIVATE al 31/12/2006**

MITTENTE	NUMERO	n° persone
Aereonautica militare 72° stormo	364	157
Esercito	991	510
C.C.Regione Campania	653	256
C.C.Regione basilicata	16	13
C.C.Regione Puglia	109	94
C.C.Regione Molise	119	46
C.C.Regione Calabria	451	448
C.C.Regione Piemonte	85	69
C.C.Trentino	30	27
Marina Militare	185	165
Paracadutisti NEMBO	94	91
Polizia di stato	1373	630
VV.FF	111	106
Regione Emilia Romagna	120	80
Regione Lombardia	218	170
Regione F.V.Giulia	254	133
Provincia Autonoma di Trento	43	18
Regione Lazio	126	87
Regione Veneto	127	68
Regione Umbria	9	3
Provincia Autonoma di Bolzano	2	2
Regione Sardegna	6	6
Regione Puglia	13	13
Regione Sicilia	23	13
Regione Campania	1	1
Regione Calabria	1	1
Totale	5524	3207

ALLEGATO 3

Allegato 3

Casi di neoplasie maligne nel personale militare delle FFAA impiegato in Bosnia e Kosovo per anno di diagnosi
Aggiornamento al 31 dicembre 2006

ICD-10	diagnosi	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	ignota	TOTALE
C2	CA LINGUA								1					1
C11	CA RINOFARINGE				1			1						2
C14	CA CAVO ORALE										1			1
C15	CA ESOFAGO									1				1
C16	CA GASTRICO				1	1	1	1						3
C18-20	CA COLON-RETTO			1	1	4	1	1		2		1		11 *
C25	CA PANCREAS								2					2
C32	CA LARINGE				1			1	1					3
C34	CA POLMONE				2			2	1	1	1	1		8
C37	CA APPENDICE							1						1
C40	CA OSSO						2		1					3
C43	MELANOMA			1		2	1	4	1	2	4	1		16
C46	SARCOMA DI KAPOSI							1						1
C49	RABDOMIOSARCOMA											1		1
C62	CA TESTICOLO			1	1	2	2	4	4	8	4	2		28
C64	CA RENE			1					1	1				3
C66	CA URETERE										1			1
C67	CA VESCICA					1	1		1	6				9
C71	CA ENCEFALO					2			2	2				6
C73	CA TIROIDE	1		1		3	4	4	4	6	4	1		28
C76	CA ANAPLASTICO									1				1
C78	CA EPATICO SECONDARIO									1				1
C81	LINFOMA DI HODGKIN			2	2	6	2	2	2	3	1	1		21
C85	LINFOMA NON HODGKIN	2		1	2	1	3	5	1	3		2		20
C90	PLASMOCITOMA							1	1	1				2
C91	LEUCEMIA LINFOIDE				2		1	1	1	2	1	1	1	9 **
C92	LEUCEMIA MIELOIDE							1	1	1	1	3		6 ***
TOTALE		3	0	8	9	25	18	30	22	41	18	14	1	189

Nota

* non è conteggiato un caso reso noto dalla stampa, del quale non è stato possibile reperire alcuna documentazione

** di cui 5 acute

*** tutte e 6 acute

Allegato 4

Accordo di Collaborazione Scientifica Istituto Superiore di Sanità – Ministero della Salute
“PROGETTO DI SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA DEI TUMORI NELLA POPOLAZIONE MILITARE
IMPEGNATA IN BOSNIA-HERZEGOVINA E NEL KOSOVO”

RELAZIONE SULL’ATTIVITÀ SVOLTA NEL SEMESTRE LUGLIO-DICEMBRE 2006

a cura di

Enrico Grande, Ivano Iavarone^a, Susanna Lagorio, Arduino Verdecchia, Stefania Salmaso

Istituto Superiore di Sanità

Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute

Indice

1. Introduzione
2. Analisi preliminare delle caratteristiche e del contenuto dei database sulle missioni nei Balcani
 - 2.1. *Descrizione dei database originali*
 - 2.2. *Creazione di un unico database sulla base del codice identificativo individuale*
 - 2.3. *Quantificazione dei dati mancanti*
 - 2.4. *Analisi descrittive*
 - 2.4.1. *Informazioni relative ai casi di tumore tra i soggetti andati in missione*
 - 2.5. *Problemi legati alla coerenza delle informazioni registrate nel database*
 - 2.6. *Problemi legati alla mancata codifica dei campi descrittivi*
3. Verifica di coerenza interna e procedura di codifica dei dati relativi alla variabile “Denominazione di Incarico”
4. Verifica di coerenza interna e procedura di codifica dei dati relativi alla variabile “Grado”
5. Informazioni supplementari sulle missioni nei Balcani ed il personale militare impegnato
 - 5.1 *Informazioni sulle missioni ed i contingenti impegnati disponibili sul web*
 - 5.2 *Validazione delle informazioni contenute nel db mediante intervista*
6. Riepilogo dei problemi individuati
7. Richieste da inviare alla DG della Sanità Militare

^a Dipartimento Ambiente e connessa Prevenzione Primaria

1. Introduzione

La legge n. 27/2001 prevede una campagna di monitoraggio delle condizioni di salute dei cittadini italiani, militari e civili, che abbiano partecipato a missioni di pace nei territori della Bosnia-Herzegovina e del Kosovo a partire dal 1-8-1994.

Il protocollo operativo di tale monitoraggio è allegato all'accordo tra Governo, regioni e province autonome di Trento e Bolzano del 30 maggio 2002, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana – serie Generale, n. 1 del 2-1-2003, pp. 47-58.

Il centro operativo per la sorveglianza della campagna di monitoraggio è situato presso il Dipartimento della Prevenzione e Comunicazione del Ministero della Salute, ed il Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria presiede le attività di un Comitato Scientifico cui lo stesso Accordo Stato-Regioni 30 maggio 2002 attribuisce funzioni di supervisione e coordinamento delle varie fasi della campagna.

Per ulteriori dettagli, inclusi il protocollo operativo del programma e la composizione del Comitato Scientifico, si rimanda al sito specifico sul portale del Ministero della Salute (<http://www.ministerosalute.it/assistenza/BosniaKosovo/BosniaKosovo.jsp>).

Su indicazione e con approvazione del Comitato Scientifico stesso, in data 15 dicembre 2004 è stata stipulata una convenzione tra il Ministero della Salute - DG Prevenzione Sanitaria e l'Istituto Superiore di Sanità (CNESPS – Reparto Epidemiologia dei Tumori – Dir. Dr. Arduino Verdecchia) dal titolo **“Progetto di sorveglianza epidemiologica dei tumori nella popolazione militare impegnata in Bosnia-Herzegovina e nel Kosovo”**.

Il decreto di approvazione e di esecuzione di tale accordo di collaborazione, nonché di autorizzazione della relativa spesa, è stato registrato dalla Corte dei Conti in data 22 Marzo 2005 (n. di registro 1, foglio n. 238). L'accordo avrà durata triennale, con scadenza fissata al 21 Marzo 2008.

Il progetto di sorveglianza epidemiologica, da attuarsi con l'indispensabile coinvolgimento del Ministero della Difesa e avvalendosi della collaborazione dell'Istituto Nazionale Tumori di Milano e dell'ISTAT, ha i seguenti obiettivi.

- Obiettivo principale di questo progetto è l'istituzione di un **registro tumori** per la popolazione militare, simile a quelli già esistenti per la popolazione generale, che permetterà di realizzare uno studio retrospettivo d'incidenza di tumori tra i militari italiani che hanno partecipato alle missioni di pace nei Balcani ed eventualmente in altri teatri militari. La fattibilità di questo obiettivo verrà studiata durante il primo anno della convenzione.

- Se e quando il registro tumori militare sarà a regime, potrà essere perseguito il secondo obiettivo del progetto, ovvero **uno studio di coorte retrospettivo sull'incidenza di tumori** tra i militari italiani che hanno partecipato alle missioni di pace in Bosnia-Herzegovina e Kosovo, finalizzato a valutare se il loro rischio si discosti da quello atteso sulla base dell'esperienza di una coorte di riferimento con caratteristiche analoghe e che non abbia prestato servizio nei Balcani nel periodo d'interesse.
- Se lo studio di fattibilità per la costituzione di un registro tumori militare dovesse concludersi negativamente, verrà valutata **la possibilità di effettuare uno studio di coorte retrospettivo sull'incidenza di tumori utilizzando fonti alternative (a) per l'accertamento dei casi incidenti di tumore nella coorte dei militari Bosnia-Kosovo e nella coorte di militari di controllo e (b) per la stima dei tassi di riferimento specifici per neoplasia, classe d'età e periodo di calendario.**
- Potrebbe, tuttavia, essere avviato sin da ora **uno studio di coorte retrospettivo di mortalità**. A tal fine, si dovrebbe accertare lo stato in vita e l'eventuale causa di morte di ciascun componente della coorte dei militari italiani che hanno partecipato alle missioni di pace in Bosnia-Herzegovina e Kosovo. Il profilo di mortalità per causa di questo gruppo andrebbe confrontato con la mortalità attesa basata sui tassi (overall e causa-specifici) della popolazione italiana, standardizzati per sesso, età, regione di nascita e periodo di calendario, in un'analisi dei Rapporti standardizzati di mortalità (SMR). Sarebbe anche possibile ed utile effettuare uno studio di mortalità di due coorti di militari (la coorte dei militari impegnati in operazioni di pace in Bosnia-Kosovo e una coorte di militari che non abbiano effettuato alcuna missione in teatri di guerra, da utilizzare come confronto). Tali studi preliminari di mortalità possono consentire di valutare il rischio relativo di morte per cause violente e per altre cause, incluse i tumori, tra i militari che abbiano servito nelle missioni Italiane nei Balcani, in relazione alla popolazione italiana di analoghe caratteristiche demografiche e in relazione ad una popolazione di analoga estrazione e attitudini fisiche non impegnata in teatri di guerra. E' chiaro che tali studi, in sé e per sé, hanno limitato valore informativo per lo studio dell'incidenza di tumori (la mortalità è un buon proxy dell'incidenza solo per i tumori ad alta letalità), ma potrebbero essere molto utili da un punto di vista metodologico per evidenziare e risolvere alcuni dei problemi relativi allo studio d'incidenza vero e proprio.

- Il terzo obiettivo del progetto consiste in un'indagine sullo stato di salute della popolazione militare condotta con strumenti e criteri analoghi a quella campionaria dell'ISTAT, in modo da garantire dati di confronto affidabili. Anche la concreta perseguibilità di questo obiettivo verrà valutata durante il primo anno della convenzione.

In data 20-2-2006 la DG della Sanità Militare ha consegnato il database Access "*DB balcani 31-12-2005.mdb*" al Ministero della Salute (DG Prevenzione Sanitaria), il quale lo ha successivamente trasmesso all'Istituto Superiore di Sanità - CNESPS - Reparto Epidemiologia dei Tumori il 17-3-2006 (a distanza di un anno dall'avvio della convenzione).

Il presente documento è finalizzato a descrivere i risultati delle analisi delle caratteristiche e del contenuto di tale data-base.

2. Analisi delle caratteristiche e contenuto dei database

2.1 descrizione dei database originali

Il database (db) "*DB balcani 31-12-2005.mdb*" contiene tre tabelle denominate:

1. "Casi con ID" (159 records individuali);
2. "Persone con ID" (64788 records individuali);
3. "Missioni con ID" (106991 records multipli per ID).

Il db non è accompagnato da alcun documento che descriva i criteri, le fonti ed i metodi di individuazione della coorte di militari italiani impegnati in missioni in Bosnia e Kosovo, l'elenco delle missioni effettuate, i metodi di accertamento dei casi di tumori diagnosticati in soggetti appartenenti alla coorte, le procedure di registrazione dei dati, le date di inizio registrazione e ultimo aggiornamento degli stessi, né è corredato da informazioni sul significato delle variabili e sulla decodifica dei valori o delle modalità che queste ultime possono assumere. Si rileva inoltre un numero non trascurabile di dati mancanti per alcune delle variabili di interesse.

Descriviamo di seguito le caratteristiche dei tre files, evidenziando di volta in volta l'eventuale presenza di dati mancanti.

File 1 - “Casi con ID”: 11 variabili

Variabile	Descrizione	No ^b	Decodifica presuntiva ^c	Missing data ^d
id	Identificativo numerico	159	Codice univoco individuale ^e	0
diagnosi	descrizione diagnosi (testo)	159		0
icd_10a	“C”	159	Primo bite del codice ICD-10 per tumori maligni (C00-C097) ^f	0
icd_10b	Codice a due cifre	159	Secondo e terzo bite del codice ICD-10 per i tumori maligni	0
icd_10c	Valore da 0 a 9	106	? (Da chiarire)	53
data_diagn	Data della diagnosi	157	? (Da chiarire il criterio di attribuzione)	2
crit_diagn	“Confermato”	106	Conferma istologica disponibile	0
	“Doc insufficiente”	1	Documentazione insufficiente a confermare la diagnosi	
	“No ref ist”	52	Manca il referto istologico	
mandelli	“Mandelli 1”	29	Casi inclusi nella 1° relazione del Comitato Mandelli	0
	“Mandelli 2”	7	Casi inclusi nella 2° relazione del Comitato Mandelli	
	“Mandelli 3”	9	Casi inclusi nella 3° relazione del Comitato Mandelli	
	“Successivo”	114	Caso accertato dopo la 3° Relazione Mandelli	
data_vis_agg	campo data		? (Da chiarire)	77
deceduto	0 (No) = 130	130	No	0
	1 (Si) = 29	29	Si ^g	
data_dec	Campo data	29	Data decesso ^g	130

Due soggetti, come descritto in Nota 4, presentano due records ciascuno, corrispondenti a due differenti diagnosi. Il file, dunque, include 157 soggetti, per due dei quali si rilevano due eventi sanitari di interesse.

^b Numero di osservazioni per modalità della variabile

^c Si tratta della nostra interpretazione, della quale è necessario chiedere conferma alla Direzione Generale della Sanità Militare.

^d Numero di records con informazione mancante

^e Esistono in realtà 2 coppie di record con identico valore di ID

^f La lettera “D” identifica invece i tumori *in situ* (D00-D09), i tumori benigni (D10-D36), e i tumori a comportamento incerto o sconosciuto (D37-D48), che non sono stati oggetto di rilevazione da parte dell'Osservatorio Epidemiologico Militare diretto dal Col. Mario Peragallo.

^g Deve essere chiarita la procedura di segnalazione dei decessi e l'eventuale disponibilità della scheda ISTAT di morte o di altra fonte informativa sulla causa di morte

File 2 - “Persone con ID” (64788 records): 8 variabili

Variabile	Descrizione	No ¹	Decodifica presuntiva ¹	Missing data ³	Note
id	Identificativo numerico	64788	Codice individuale	0	Numero progressivo
fa	A	6489	Aeronautica	0	Se CIV = Civili, si tratta di non militari dipendenti del Ministero della Difesa?
	C	5765	Carabinieri	0	
	CIV	112	Civili	0	
	E	50753	Esercito	0	
	M	1669	Marina	0	
grado	campo descrittivo	64546	Grado ^h	242	Non codificata né standardizzata
nato_il	campo data	64742	Data di nascita	46 ⁱ	Chiarire fonte informativa
nato_a	campo descrittivo	59707	Luogo di nascita	5081	Chiarire fonte informativa
sesso	M	64470	Maschio	0	
	m	2	Maschio	0	
	F	316	Femmina	0	
resid_a	campo descrittivo	57601	Comune di residenza ^j	7187	Chiare fonte e data di riferimento
rep_app	campo descrittivo	49011	Reparto (all'inclusione?) ^j	15777	Non codificata né standardizzata

File 3 - “Missioni con ID” (106991 records multipli per ID): 7 variabili

Variabile	Descrizione	No ¹	Decodifica presuntiva ¹	Missing data ²	Note
id	Identificativo numerico	106991	Codice individuale	0	Numero progressivo
naz_imp	BOSNIA	41553	Nazione di destinazione	0	
	Bosnia	1			
	KOSOVO	65088			
	Kosovo	349			
	kOSOVO	1			
locimpiego	campo descrittivo	104302	Luogo missione	2689	Non codificata né standardizzata
rep_imp	campo descrittivo	102342	Reparto (in missione?)	4649	Non codificata né standardizzata
denom_inc	campo descrittivo	80563	Incarico svolto	26428	Non codificata né standardizzata
datainvio	campo data	106971	Data inizio missione	20	
datarientro	campo data	105644	Data fine missione	1347 ^j	

^h Per questa, come per tutte le altre caratteristiche individuali che possono mutare nel tempo, occorre sapere la data di accertamento.

ⁱ Codificati con data = 9/9/9999.

^j Si tratta di missioni non ancora concluse alla data di ultimo aggiornamento del db?

2.2 Creazione di un unico database sulla base del codice identificativo individuale

I tre files Stata corrispondenti alle tre tabelle del db Access sono stati unificati tramite la chiave “ID”, allo scopo di ottenere un singolo database.

La procedura di merge è stata applicata in due 2 fasi, di seguito descritte.

A. Linkage tra il file “Casi” e il file “Persone”

Lo scopo di questo merge consiste nel verificare la consistenza tra identificativi individuali registrati sui due file e, per i casi, di integrare i dati diagnostici con le informazioni anagrafiche, il gruppo di appartenenza (forze armate o corpi civili), il reparto ed il grado. I risultati del linkage sono descritti nella tabella che segue.

Provenienza records	No record
Solo file Casi	0
Solo file Persone	64631
Records linkati	159
Totale	64790

L'esito del primo linkage, dunque, è un db di 64790 record (relativo a 64788¹⁰ diversi soggetti). Questo file include:

- 159 records con esito positivo del linkage (tutti i 159 record del file “Casi” hanno trovato un ID corrispondente nel file “Persone”); questi records contengono variabili provenienti sia dal file “casi”, sia dal file “Persone”;
- 64631 records (relativi a 64631 soggetti) che provengono dal file “Persone” e non hanno trovato alcun ID corrispondente nel file “Casi”; questi record hanno tutti valori mancanti nelle variabili provenienti dal file “Casi”.

B. Linkage tra il file “Casi-Persone” e il file “Missioni”

Gli obiettivi di questo secondo merge consistono nel:

- verificare la consistenza tra identificativi individuali registrati sui due file e
- valutare il numero di missioni per soggetto e
- integrare le informazioni contenute nei file casi-persone con quelle relative alle missioni.

¹⁰ Nel file “Casi” c'erano due record individuali duplicati per i soggetti (ID 21952 e ID 58298) aventi due diverse diagnosi.

Questo merge ha prodotto i seguenti risultati.

Provenienza records	No record
Solo file Casi-Persone	411
Solo file Missioni	0
Records linkati	106993
Totale	107404

In questo linkage, dunque, si sono appaiati 106993 records, mentre ci sono 411 record (relativi ad altrettanti soggetti) che non trovano alcun ID corrispondente nel file “Missioni”.

In attesa di tali chiarimenti, abbiamo per il momento creato un db temporaneo costituito da **64788 soggetti**, i quali hanno svolto un totale di **107402¹¹ missioni** in Bosnia o Kosovo, 411 delle quali prive di qualsiasi informazione su date, luoghi ed altre caratteristiche.

¹¹ I record individuali duplicati per i casi con ID = 21952 e 58298 sono stati trasformati in record individuali singoli (duplicando i campi relativi alla diagnosi del tumore). Poiché i due soggetti hanno effettuato una missione ciascuno, nel db unico finale il totale delle missioni effettuate dai 64788 soggetti è 107402 (e non 107404).

2.3. Quantificazione dei dati mancanti

Le tabelle 1 e 2 riportano il numero di valori mancanti per le variabili e alcune combinazioni di variabili relative ai soggetti con diagnosi di tumore (CASI) e non (Non CASI).

Tabella 1.

Variabile	Decodifica presuntiva	CASI		Non CASI		Totale	
		N°	%	N°	%	N°	%
nato_il	Data di nascita	0	0.0%	46	0.1%	46	0.1%
nato_a	Comune di nascita	3	1.9%	5078	7.9%	5081	7.8%
resid_a	Comune di residenza	8	5.1%	7179	11.1%	7187	11.1%
grado	Grado	0	0.0%	242	0.4%	242	0.4%
rep_app	Reparto appartenenza	2	1.3%	15775	24.4%	15777	24.4%
Numero soggetti		157		64631		64788	

Tabella 2.

Combinazione di variabili	CASI		Non CASI		Totale	
	N°	%	N°	%	N°	%
nato_il & nato_a	0	-	20	0.03%	20	0.03%
nato_a & resid_a	3	1.9%	4959	7.7%	4962	7.66%
nato_il & nato_a & resid_a	0	-	19	0.03%	19	0.03%
rep_app & grado	0	-	9	0.01%	9	0.01%
rep_app & resid_a	1	0.6%	1387	2.1%	1388	2.14%
rep_app & nato_a	0	-	1115	1.7%	1115	1.72%
Numero soggetti	157		64631		64788	

La tabella 3 riporta, per casi e non casi, il numero di valori mancanti per le variabili relative alle 106991 missioni effettuate (escludendo cioè i 411 soggetti apparentemente mai andati nei Balcani).

Tabella 3.

Variabile	Decodifica presuntiva	CASI		Non CASI		Totale	
		N°	%	N°	%	N°	%
datainvio	Data inizio missione	0	0%	20	0%	20	0.02%
datarientro	Data rientro missione	0	0%	1347	1%	1347	1%
locimpiego	Località impiego	18	6%	2671	3%	2689	3%
rep_imp	Reparto impiego	71	23%	4578	4%	4649	4%
denom_inc	Denominazione incarico	108	36%	26320	25%	26428	25%
Numero missioni		303		106688		106991	

Nel complesso, sebbene il numero di casi sia esiguo rispetto al totale di soggetti in studio, per alcune variabili riferite ai “soggetti” la registrazione delle informazioni sembrerebbe essere stata più accurata per i “casi” rispetto ai non-casi.

Al contrario, per alcune variabili relative alle missioni la percentuale di valori mancanti è maggiore nei casi rispetto ai soggetti non casi:

2.4. Analisi descrittive

La distribuzione dei soggetti per genere è riportata nella tabella 4. Le donne sono presenti quasi esclusivamente tra il personale dell'esercito (311 su 316 soggetti).

Tabella 4.

Destinazione	CASI		Non CASI		Totale	
	N°	%	N°	%	N°	%
Uomini	156	99%	64316	99.5%	64472	99.5%
Donne	1	1%	315	0.5%	316	0.5%
Totale	157	100%	64631	100%	64788	100%

La distribuzione dei soggetti e delle missioni per forza armata di appartenenza viene illustrata nelle tabelle 5 e 6. Si può osservare una elevata prevalenza di soggetti (e relative missioni) appartenenti all'esercito rispetto alle altre forze armate e l'assenza di civili tra i casi.

Tabella 5.

Forza Armata	CASI		Non CASI		Totale	
	N° soggetti	%	N° soggetti	%	N° soggetti	%
Esercito	111	71%	50642	78%	50753	78%
Carabinieri	21	13%	5744	9%	5765	9%
Aviazione	21	13%	6468	10%	6489	10%
Marina	4	3%	1665	3%	1669	3%
Civili (?)	0	-	112	0.2%	112	0.20%
Totale	157	100%	64631	100%	64788	100%

Tabella 6.

	CASI		Non CASI		Totale	
	N° missioni	%	N° missioni	%	N° missioni	%
Forza Armata						
Esercito	233	76%	86093	80%	86326	80%
Carabinieri	36	12%	8582	8%	8618	8%
Aviazione	30	10%	8621	8%	8651	8%
Marina	9	3%	3635	3%	3644	3%
Civili (?)	0	-	163	0.20%	163	0.20%
Totale	308	100%	107094	100%	107402	100%

Per quanto riguarda la nazione di impiego è stata evidenziata una prevalenza significativamente più elevata di missioni in Kosovo tra i casi rispetto ai non casi (Tabella 7 - Pearson χ^2 (2 g.d.l.) = 66, $p < 0.0001$).

Tabella 7.

	CASI		Non CASI		Totale	
	No missioni	%	No missioni	%	No	%
Bosnia	180	58%	41373	39%	41553	39%
Kosovo	123	40%	65315	61%	65438	61%
Missing	5	2%	406	0.4%	411	0.4%
Totale	308	100%	107094	100%	107402	100%

Per ciò che concerne il numero di missioni per soggetto e per stato di salute (casi/non casi), si rileva che la maggior parte dei soggetti hanno effettuato 1 o 2 missioni (52% nei casi e 58% nei soggetti sani).

Il numero di missioni per soggetto (escludendo i 411 soggetti apparentemente mai andati in missione) presenta un certo grado di variabilità in relazione alla forza armata di appartenenza (Tabella 8). Infatti, mentre il personale dell'aeronautica e i civili hanno effettuato prevalentemente 1 o 2 missioni, una quota elevata di graduati dell'esercito e soprattutto della marina ha svolto fino da 3 a 5 missioni. Nessun civile ha partecipato a più di 5 missioni. Il numero di missioni per soggetto in relazione all'area di destinazione (Bosnia o Kosovo) non presenta differenze di rilievo.

Tabella 8.

	Aeronautica		Carabinieri		Civili		Esercito		Marina		Totale	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1-2	7175	83	5694	68	129	80	53077	62	1474	40	67549	63
3-5	1248	14	2288	27	33	20	31103	36	1769	49	36441	34
6+	202	2	399	5	0	0	2003	2	397	11	3001	3
Totale	8625	100	8381	100	162	100	86183	100	3640	100	106991	100

Al fine di stimare l'età media dei militari andati in missione, è stata calcolata l'età alla data di invio alla prima missione; 458 records non sono analizzabili per assenza di informazioni sulla data di nascita (46 soggetti -47 records-) o sulla data di inizio missione (411 soggetti). La Tabella 9 riporta, per i casi e per i non casi, il valore medio, la deviazione standard (DS), il minimo e massimo dell'età all'inizio della prima missione, separatamente per coloro che hanno effettuato una sola missione o più missioni. Si può osservare che l'età media all'inizio dell'unica o della prima missione risulta più elevata tra i casi rispetto ai non casi (circa 4 anni di differenza).

Tabella 9.

	CASI					Non CASI				
	Età all'invio in missione (anni)					Età all'invio in missione (anni)				
	N° missioni	media	DS	Min	Max	N° missioni	media	DS	Min	Max
Solo una missione	75	33.5	9.6	18.7	53.4	39023	27.9	8.4	16.7	76.0
La prima di più missioni	77	29.7	9.6	19.4	51.9	25156	26.2	7.5	15.4	63.3.0

2.4.1. Anno di diagnosi e decesso per i soggetti con diagnosi di tumore

Come descritto precedentemente, i 159 record del file "Casi" si riferiscono a 157 soggetti; a due casi sono state diagnosticate due diverse neoplasie ciascuno. Per questi due soggetti nelle analisi descrittive che seguono è stata considerata la data di diagnosi della prima neoplasia accertata. Per quanto concerne l'anno di diagnosi, escludendo 2 soggetti con dato mancante sulla data di diagnosi, si ottiene la seguente distribuzione di frequenza:

Anno Diagnosi	N° casi	%
1995	1	0.7
1996	2	1.3
1997	1	0.7
1998	8	5.2
1999	9	5.8
2000	25	16.1
2001	17	11.0
2002	28	18.1
2003	20	12.9
2004	36	23.2
2005	8	5.1
Totale	155	100

I 29 decessi (19% dei casi diagnosticati) presentano la seguente distribuzione per anno:

Anno decesso	N° casi	%
1998	1	3.5
1999	1	3.5
2000	7	24.1
2001	2	6.9
2002	2	6.9
2003	6	20.7
2004	8	27.6
2005	2	6.9
Totale	29	100.0

2.5. Problemi legati alla coerenza delle informazioni registrate nel database

Per quanto riguarda i casi con diagnosi di tumore, occorre notare che dal 2000 al 2005 complessivamente **17** soggetti (11% del totale dei casi) hanno stranamente ricevuto una diagnosi di tumore il giorno 1 gennaio:

C'è inoltre **un soggetto**, di cui non si conosce il luogo di nascita, per il quale la data di diagnosi è precedente alla data di inizio dell'unica missione che ha effettuato. In questo caso, occorre chiarire se si tratti di un errore nella registrazione della data di inizio della missione e/o di un errore nella data di diagnosi. Se i dati fossero corretti, questo soggetto non andrebbe conteggiato come caso in un monitoraggio dell'incidenza e dovrebbe essere escluso da uno studio di coorte.

Le date di nascita dei 64788 soggetti inclusi nel database vanno dal **19/8/1924** al **9/5/1987** e ci sono **46** soggetti con data di nascita ignota (tutti soggetti non casi). Occorre anche sottolineare che i valori mancanti per la data di nascita riguardano esclusivamente soggetti che hanno effettuato una sola missione.

Nel database sono state identificate **121** missioni relative a **119** soggetti la cui età ad inizio missione è minore di 18 anni. E' vero che l'età minima per l'arruolamento è in Italia 16 anni. Tuttavia vorremmo verificare se non si tratti di errori di registrazione nella data di nascita e/o nella data inizio missione.

Per quanto concerne le informazioni desunte attraverso le procedure di linkage tra i tre file disponibili, sono stati identificati **411** record (relativi ad altrettanti soggetti, di cui 5 con diagnosi di tumore) che non trovano alcun ID corrispondente nel file "Missioni". Occorrerà chiarire come mai questi soggetti siano stati inseriti nel database dal momento che, apparentemente, non sono mai stati in missione nei territori della Bosnia-Herzegovina o del Kosovo. Potrebbe darsi, d'altra parte, che si tratti di soggetti effettivamente inviati in missione che non hanno, però, compilato la scheda informativa prevista dal Programma di Monitoraggio.

Questo dato costituisce un primo richiamo alla necessità di ottenere spiegazioni esaustive sulle fonti e sulle procedure utilizzate dalla Sanità Militare per creare e compilare i db che ci sono stati trasmessi.

Non considerando 20 missioni senza data di inizio, le missioni registrate presentano una data di inizio compresa tra il **2-2-1988** ed il **2-7-2005**.

Le date di fine missione vanno dal **22-9-1988** al **29-9-2005**; **1347** record non presentano data di rientro e **82** missioni (tutti non casi) hanno una data di fine anteriore alla data di inizio. Tra queste ultime, e ci sono **6** missioni con date di rientro che presentano errori evidenti di inserimento.

Occorre inoltre osservare che il range osservato di date d'inizio e di fine ha come limiti più remoti date (**3-2-1988** e **22-9-1988**, rispettivamente) non consistenti con l'inizio del periodo d'interesse per il programma di sorveglianza (**1-8-1994**) definito dalla L n. 27/2001. Si noti, in particolare, che nel database sono presenti 7 missioni, riferite a 7 diversi soggetti, con data d'inizio antecedente al 1-8-1994 (tabella successiva). Per queste missioni anche la data di rientro, generalmente, precede il 1 agosto 1994. Inoltre, solo uno di questi soggetti ha effettuato, nella sua attività operativa nei Balcani, solo missioni prima del 1/8/1994.

Nel database è stato identificato un certo numero di records (tutti tra i non casi) con durata della missione pari a giorni 0 (122) e 1 (58).

Sono state, infine, rilevate sovrapposizioni tra le date di inizio e fine missione nelle diverse missioni effettuate dallo stesso soggetto. La quantificazione del numero di records per soggetto con sovrapposizioni tra la date relative a diverse missioni è attualmente in corso.

Sono stati individuate **2765** diverse missioni relative a **1344** soggetti (21 casi e 1323 non casi) che presentano le stesse date di fine

2.6 Problemi legati alla mancata codifica dei campi descrittivi

Per quanto riguarda i campi testo “**grado**”, “**locimpiego**” (località impiego), “**rep_imp**” (reparto impiego), “**rep_app**” (reparto di appartenenza) e “**denom_inc**” (denominazione incarico), l’inserimento delle varie modalità è chiaramente avvenuto senza alcuna standardizzazione e molto spesso non è possibile risalire al significato delle sigle/abbreviazioni utilizzate. Questi problemi rendono al momento molto complesso, se non impossibile, la conduzione di analisi descrittive informative.

I dettagli che seguono permettono di render conto di tale affermazione.

Per quanto concerne la variabile “**grado**”, si tratta di un campo descrittivo che presenta **529** diverse modalità. Inoltre, tale variabile è caratterizzata da elevata eterogeneità nella descrizione di una stessa modalità, ad esempio il grado di “brigadiere” e di “tenente colonnello” possono avere le seguenti forme:

MODALITÀ	OSSERVAZIONI
BRG	15
BRIG	12
BRIG.	79
BRIGADIERE	5
Bri	126
Brig	16
Brig.	88
Brigadiere	10

MODALITÀ	OSSERVAZIONI
T COL	2
T.COL	2
T.COL.	5
T.Col.	99
TC	128
TCL	1101
TCOL	3
TEN COL	7
TEN. COL	2
TEN. COL.	14
TEN.COL.	406
TENENTE COLONNELLO	4
Ten Col.	2
Ten. Col.	5
Ten.Col	3
Ten.Col.	87
Tenente Colonnello	109

La variabile “**locimpiego**” è un campo descrittivo che presenta **256** diverse modalità, con elevata eterogeneità nella descrizione della stessa modalità; ad esempio le località “Sarajevo” e “Pristina” possono assumere le seguenti forme:

MODALITÀ	OSSERVAZIONI
SARAEVO	1
SARAEVO	5
SARAJEVO	34085
SARAJEVO (BOSNIA)	14
SARAJEVO	2
SARAYEVO	4
SARJEVO	1
SARYEVO	1
PRISTINA	2912
PRISTINA (KOSOVO)	9
PRISTINA (KOSSOVO)	1
PRISTINA KFOR	1
PRISTINA(KOSOVO)	1
PRISTJNA	1
Pristina	781

Sembra, poi, che durante la fase di registrazione del db “Missioni” ci sia stata una certa confusione nella compilazione dei campi “**locimpiego**” e “**naz_imp**” (nazione di destinazione?): infatti, nel campo “locimpiego” 56 records riportano la sola locuzione “Bosnia” e in ben 1467 records compare solo “Kosovo”.

Il campo “**rep_imp**” è un campo descrittivo che presenta **2014** diverse modalità, con elevata eterogeneità nella descrizione della stessa modalità; ad esempio il “*reparto comando e supporto tattico Taurinense*” può essere presente come:

MODALITÀ	OSSERVAZIONI
R.C.S.T. "TAURINENSE"	1
RCST "TAURINENSE"	6
RCST TAURINENSE	726
RCST"TAURINENSE"	1
RECO SUTAT "TAURINENSE"	1
RCST. "TAURINENSE"	1
RE.CO.SU.TA TAURINENSE	40
RE.CO.SU.TAT. "TAURINENSE"	4
RCST "TAURINENSE"	1
RECO SUTAT TAURINENSE	1
REP. COMANDO E SUPPORTI T	3
REP.CDO E SPT.TAT."TAURIN	1
ReCoSuTat Taurinense	1
SFOR RCST "TAURINENSE"	300
SFOR RCST"TAURINENSE"	1
SFOR RE CO TATT TAURINENS	1

Sembra, inoltre, che anche il campo “**rep_imp**” venga spesso confuso con la variabile “**naz_imp**” (nazione di destinazione?) oppure con la variabile “**locimpiego**”. Infatti si osservano le seguenti modalità (chiaramente erranee) della variabile “**rep_imp**”:

MODALITÀ	OSSERVAZIONI
KOSOVO	14
PRISTINA	57
PRISTINA(KOSOVO)	28
Kosovo	599
BOSNIA	2632

Per quanto concerne la variabile “**rep_app**”, si tratta di un campo descrittivo che presenta **4355** diverse modalità, con elevata eterogeneità nella descrizione della stessa modalità che comporta problematiche simili a quelle emerse per la variabile “**rep_imp**”.

Occorre inoltre osservare che i campi **grado**, **residenza**, e **reparto di appartenenza**, facendo parte del file a record singoli “Persone con ID”, sono stati evidentemente compilati al momento della creazione di tale file e quindi, sebbene siano suscettibili di modifiche nel tempo (i.e. un militare avanza di grado, può cambiare reparto e residenza), tali variabili andrebbero connotate con la data alla quale si riferisce la rilevazione e aggiornate nel corso degli anni. Queste considerazioni valgono in particolare per i soggetti che hanno effettuato varie missioni.

Per quanto concerne, infine, la variabile “**denom_inc**” (denominazione incarico), si tratta di un campo descrittivo che presenta **10736** diverse modalità (praticamente come se uno stesso incarico non fosse stato svolto in più di 10 diverse missioni), con elevata eterogeneità nella descrizione della stessa modalità.

Si riportano, ad esempio, le 26 diverse modalità di inserimento per l’incarico “aiutante di sanità” individuate nel file.

MODALITÀ	OSSERVAZIONI
2 (AIUTANTE DI SANITA')	8
2 - AITANTE DI SANITA'	4
2 - AIUTANTE DI SANITA	1
2 - AIUTANTE DI SANITA'	7
2 - AIUTANTE DI SANITA'	6
2 - Aiutante di sanita'	1
2 - Aiutante di sanità	5
2 - Aiutante di sanità'	62
2 AIUTANTE DI SANITA'	19
2 ASA	2
2- AIUTANTE DI SANITA'	1
2-AIUTANTE DI SANITA'	4
2-Aiutante di Sanita'	2
2-Aiutante di Sanità	1
2-Aiutante di sanità	6
AIUTANTE DI SANITA	6
AIUTANTE DI SANITA'	383
AIUTANTE DI SANITA' - 2	1
AIUTANTE DI SANITA'	1
AIUTANTE DI SANITÀ	2
Aiut.sanità	1
Aiutante di Sanità	6
Aiutante di sanità	15
AIUTANTE D SANITA	2
AIUTANTE DI ASANITA'	1
AIUTANTE SANITA'	12

Nella sezioni successive verranno descritte alcune procedure di standardizzazione delle modalità inserite nei campi “Denominazione Incarico” e “Grado”.

3. Verifica di coerenza interna e procedura di codifica dei dati relativi alla variabile “Denominazione di Incarico”

L’analisi del database contenente i records relativi alle “Missioni” ha evidenziato la necessità di procedere ad una standardizzazione preliminare e ad una successiva codifica del campo riportante l’informazione sull’incarico (“Denominazione Incarico”) svolto dal personale militare impegnato in missione, in quanto l’eccessivo dettaglio e la mancanza di criteri nella classificazione degli incarichi nel database originario non consentono di utilizzare tale variabile nelle analisi statistiche.

L’entità del problema si apprezza chiaramente dalla tabella seguente, che riporta la descrizione dei 50 incarichi più frequenti su 10736 descritti.

Denominazione Incarico	Frequenza	% su totale
1 missing	26428	24.7
2 INCARICO OPERATIVO	22444	21.0
3 30/A	1640	1.5
4 FUCILIERE	1592	1.5
5 ADDETTO	882	0.8
6 18/A	857	0.8
7 30/A - Fuciliere	852	0.8
8 54/G	782	0.7
9 CONDUTTORE	764	0.7
10 ADDETTO AI COMANDI	572	0.5
11 ELETTROGENISTA	531	0.5
12 GUASTATORE	529	0.5
13 MECCANICO	491	0.5
14 CONDUTTORE AUTOMEZZI	428	0.4
15 ARMAIOLO	415	0.4
16 18/A - Conduttore automezzi vari	393	0.4
17 AIUTANTE DI SANITA'	383	0.4
18 107 - Esploratore	378	0.4
19 OPERATIVO	358	0.3
20 CAU	346	0.3
21 CUCINIERE	337	0.3
22 18/A - CONDUTTORE AUTOMEZZI	320	0.3
23 PILOTA	320	0.3
24 54/G - Pilota VTC	319	0.3
25 OPERATORE DI POLIZIA MILITARE	301	0.3
26 ESPLORATORE BLINDO LEGGERE	271	0.3
27 INFERMIERE	270	0.3
28 PILOTA VTC	270	0.3
29 MUSICANTE	263	0.2
30 107 ESPLORATORE	256	0.2
31 MOT.: COND.AUTOMEZZI	239	0.2
32 111/A	236	0.2
33 CARRISTA D'EQUIPAGGIO	236	0.2
34 Operatore Radiotelescrivente	220	0.2
35 CARRISTA DI EQUIPAGGIO	211	0.2
36 IDRAULICO	203	0.2
37 216/B	202	0.2
38 51	200	0.2
39 Operatore per le TLC	198	0.2
40 COM/TE SQUADRA	196	0.2
41 PIONIERE	195	0.2
42 CONDUTTORE AUTOMEZZI VARI	191	0.2
43 MORTAISTA	189	0.2
44 C.TE DI PLOTONE	179	0.2
45 INFERMIERE PROFESSIONALE	178	0.2
46 PILOTA MEZZI CINGOLATI	178	0.2
47 OPERATORE MACCHINE STRADALI	172	0.2
48 DISPOSIZ. DEL C/DO	162	0.2
49 RADIOFONISTA	162	0.2
50 PLOTONE SICUREZZA	153	0.1

Si è proceduto alla codifica del campo “Denominazione Incarico” utilizzando un programma SAS appositamente elaborato, basato sulla selezione di sotto-stringhe della denominazione di incarico. Allo stato attuale si è pervenuti ad una classificazione degli incarichi che prevede **29 categorie**.

La tabella che segue presenta i risultati preliminari della procedura di standardizzazione.

Tabella 10. Risultati preliminari della procedura di standardizzazione dell'incarico

	Classe Incarico	Frequenza	% su totale	Tipologie rientranti nella classe
1	Incarico Operativo	22649	21.2	
2	Addetto	8417	7.9	ai comandi, ai mezzi di lancio, alla vigilanza, etc..
3	Operatore	3986	3.7	una parte va attribuita alla classe "incarico operativo"
4	Comandante	3974	3.7	plotone, alpieri, rgt, squadra etc..
5	Conduttore Automezzi	3361	3.1	
6	Capo (vari incarichi)	2104	2.0	capo cellula, blindo, servizio, sezione, ufficio
7	Fuciliere	1941	1.8	
8	Meccanico	1932	1.8	
9	Esploratore	1553	1.5	blindo leggere, pesanti
10	Pilota	1506	1.4	VTC, mezzi cingolati
11	Sotto-Ufficiale	1163	1.1	
12	Ufficiale	975	0.9	
13	Carrista	768	0.7	
14	Aiutante	764	0.7	di sanità, etc.
15	Tecnico (vari)	743	0.7	
16	Infermiere	664	0.6	
17	Elettrogenista	594	0.6	
18	Armaiolo	588	0.5	
19	Guastatore	576	0.5	
20	Cau	478	0.4	
21	Specialista	436	0.4	
22	Cuciniere	375	0.4	
23	Musicante	270	0.3	
24	Mortaista	208	0.2	
25	Paracadutista	159	0.1	
26	Osservatore	123	0.1	
27	Elettricista	109	0.1	
28	Altro	20147	18.8	
29	Non specificato	26428	24.7	
	Totale	106991	100.0	

Un primo problema è rappresentato dall'elevato numero di casi per il quali l'incarico nella missione non viene specificato (**missing**), che risulta essere pari a 26428 (circa il 25% del totale delle missioni).

Per questi casi è ipotizzabile mettere a punto un criterio di imputazione del dato mancante, utilizzando le informazioni presenti nel database contenente i records relativi alle *persone*, o quelle desumibili dai documenti informativi sulle missioni disponibili sui siti militari e del Ministero della Difesa.

Sono candidati ad analoghe procedure di recupero informazioni sull'incarico anche i 22444 records (21% delle missioni) con informazione limitata ad "**incarico operativo**" (la cui valenza informativa appare praticamente nulla).

Inoltre, alcune delle categorie individuate tramite la procedura di codifica risultano troppo ampie ed eterogenee (esempio: addetto, operatore, etc.); in questi casi è possibile effettuare un'analisi della distribuzione degli incarichi più frequenti presenti al loro interno.

Permane, infine, un cospicuo numero di records (19% del totale) con denominazioni di incarico meno frequenti, che al momento sfuggono alla procedura di codifica. A tal proposito, sono attualmente in corso di implementazione affinamenti della procedura.

4. Verifica di coerenza interna e procedura di codifica dei dati relativi alla variabile “Grado”

La variabile “grado”, si tratta, come descritto precedentemente, di un campo che presenta 529 diverse modalità di tipo descrittivo, in formato testo.

Si è inizialmente proceduto ad una decifrazione delle diverse modalità registrate, alla verifica di validità delle codifiche originali e, successivamente, ad una ricodifica della variabile “grado”. Per la realizzazione di tali procedure sono stati innanzitutto consultati i seguenti siti internet al fine di identificare correttamente la tipologia e la gerarchia dei gradi nelle diverse armi:

www.hyperreview.com/Militari/Gradi%20Militari.htm

www.aeronautica.difesa.it/SMA/1Rep/1U/Gradi/

www.esercito.difesa.it/root/uniformi/gradi_index.asp

www.esercito.difesa.it/root/vario/sigle.asp

In particolare, la consultazione del sito [http://it.wikipedia.org/wiki/Grado_\(militare\)](http://it.wikipedia.org/wiki/Grado_(militare)) ha consentito di definire la corrispondenza tra la gerarchia dei gradi nelle Forze Armate italiane (compresa la correlazione con i gradi NATO). Tale strumento ha permesso di evidenziare alcune discrepanze tra la modalità del grado e quella della forza armata registrate nel database.

La situazione di partenza si presentava come qui di seguito riportata:

	N° modalità	N° records
Modalità originali della variabile grado	529	107111
"Missing"	1	291
Totale	530	107402

Al termine della procedura di analisi, 458 (87%) delle 529 modalità originali sono state accorpate in 90 nuove modalità consentendo di classificare correttamente 83802 (78%) dei 107111 records. La seguente tabella fornisce il quadro completo della riclassificazione delle modalità originali della variabile “grado”.

Tabella 11. Riclassificazione delle modalità originali in nuove modalità (da 458 a 90 modalità)

N° modalità originali	N° record codificati	Descrizione univoca adottata per la nuova modalità
9	782	1° aviere
3	21	1° aviere scelto
14	11700	1° caporal maggiore
10	1397	1° maresciallo
6	8	1° maresciallo luogotenente
1	1	2° maresciallo
5	1692	aiutante
3	53	allievo maresciallo
1	1	allievo sergente
1	14	allievo ufficiale
1	3	ammiraglio di squadra
5	1114	appuntato
19	632	appuntato scelto
2	2	aspirante guardiamarina
6	191	aviere capo
1	12	aviere capo scelto
4	199	aviere scelto
8	351	brigadiere
7	18	brigadiere capo
6	75	brigadiere generale
7	3905	capitano
2	53	capitano di corvetta
2	33	capitano di fregata
2	4	capitano di vascello
1	2	capitano medico
4	97	capo prima classe
4	575	capo seconda classe
1	2	capo seconda classe fucilieri di marina/anfibi
3	158	capo terza classe
13	9102	caporal maggiore
1	13	caporal maggiore capo scelto
15	7704	caporal maggiore scelto
2	8	caporal maggiore scelto volontario in servizio permanente
1	37	caporal maggiore volontario in ferma breve
1	43	caporal maggiore volontario in servizio permanente
6	11738	caporale
3	91	caporale scelto
1	8	caporale volontario in ferma breve
1	4	caporale volontario in servizio permanente
9	2085	carabiniere
1	2	carabiniere in servizio permanente
22	383	carabiniere scelto
1	9	civile
6	341	colonnello
3	230	comune di prima calsse
4	24	comune di seconda calsse
2	49	comune di terza calsse
1	6	contrammiraglio
1	3	dipendente civile
1	4	generale

2	7	generale brigata aerea
1	2	generale di brigata
1	5	generale maggiore
1	4	guardiamarina
1	1	impiegato
1	1	impiegato civile
7	115	luogotenente
2	16	maggior generale
9	913	maggiore
10	3270	maresciallo
1	2	maresciallo aiutante
13	217	maresciallo aiutante sostituto ufficiale di pubblica sicurezza
17	2389	maresciallo capo
13	4684	maresciallo ordinario
13	563	maresciallo prima classe
13	2471	maresciallo seconda classe
11	416	maresciallo terza classe
6	136	operaio
5	18	operaio civile
4	122	primo maresciallo
1	1	primo maresciallo luogotenente
2	11	secondo capo
8	3998	sergente
1	2	sergente fucilieri di marina/anfibi
6	896	sergente maggiore
4	156	soldato
4	704	sottocapo
2	119	sottocapo di seconda classe
3	485	sottocapo di terza classe
11	1062	sottotenente
4	79	sottotenente di vascello
1	1	sottoufficiale
8	3063	tenente
17	1979	tenente colonnello
4	199	tenente di vascello
2	6	tenente generale (o generale di corpo d'armata)
1	1	tenente medico
1	1	tenente ruolo normale
1	1	tenente tecnico logistico
13	707	vice brigadiere
Modalità originali = 458		Totale records = 83802
		Totale nuove modalità = 90

5. Informazioni supplementari sulle missioni nei Balcani e sul personale militare impegnato

5.1. Informazioni sulle missioni ed i contingenti impegnati disponibili sul web

Parallelamente all'analisi del database fornito all'ISS dalla Sanità Militare, abbiamo raccolto e registrato informazioni aggiuntive sulle missioni italiane di pace nei territori della Bosnia-Herzegovina e del Kosovo disponibili sui diversi siti web (successivamente descritti).

In particolare, abbiamo cercato di ricostruire il quadro delle operazioni militari italiane concluse ed in atto raccogliendo e registrando informazioni disponibili su date di inizio e fine delle missioni, corpi e reparti impegnati, comando delle missioni e dei reparti, periodi di impiego di ciascun reparto, sede geografica delle operazioni, numerosità dei contingenti impegnati, attività svolta dal personale militare, decessi sul campo (data, luogo, causa, corpo/reparto di appartenenza).

La raccolta di tali informazioni e la loro organizzazione in un archivio ha i seguenti obiettivi:

- integrare e completare il contenuto informativo dei dati forniti dalla Sanità Militare;
- valutare la consistenza dei dati forniti dalla Sanità Militare con le informazioni indipendenti disponibili sul sito del Ministero della Difesa;
- individuare problemi da chiarire insieme ai rappresentanti della Sanità Militare che collaborano al progetto di sorveglianza

La fonte informativa principale è costituita dai documenti, periodicamente aggiornati, sulle operazioni militari italiane concluse e/o in atto, disponibili sul sito internet del Ministero della Difesa italiano all'indirizzo: <http://www.difesa.it/Operazioni+Militari/>.

Le missioni internazionali che hanno visto o vedono impegnato personale militare italiano nell'area oggetto di studio sono le seguenti.

Missione	Luogo	Data Inizio	Data Fine
EUMM (European Union Monitoring Mission)	Bosnia-Herzegovina	07/07/1991	18/10/2006
Stabilization Force JOINT FORGE	Bosnia-Herzegovina	20/12/1995	01/12/2004
UNMIBH (IPTF)	Bosnia-Herzegovina	21/12/1995	31/12/2002
UNMIK (United Nations Mission in Kosovo)	Kosovo	10/06/1999	in corso
KFOR (Kosovo Force)	Kosovo	12/06/1999	in corso
EUPM (European Union Police Mission)	Bosnia-Herzegovina	01/01/2003	in corso
EUFOR-ALTHEA	Bosnia-Herzegovina	02/12/2004	in corso
NHQSa (Nato HeadQuarters Sarajevo)	Bosnia-Herzegovina	02/12/2004	in corso
EUPT (European Union Planning Team)	Kosovo	10/04/2006	in corso

Ulteriori informazioni su singole missioni sono disponibili sui siti specifici delle missioni, oppure su quelli delle organizzazioni internazionali e delle forze armate:

Sigla Missione / Arma	Indirizzo Sito Web
EUPM	http://www.eupm.org/
EUFOR ALTHEA	http://ue.eu.int/cms3_fo/showPage.asp?id=585&lang=EN
NHQSa	http://www.afsouth.nato.int/NHQSA/index.htm
KFOR	http://www.nato.int/docu/facts.htm#NB http://www.nato.int/kfor/
UNMIK	http://www.unmikonline.org/
EUPT	http://www.consilium.europa.eu/cms3_fo/showPage.asp?id=1100&lang=EN&mode=g
MARINA MILITARE	http://www.marina.difesa.it/attivita/index.htm http://www.marina.difesa.it/sanmarco/index.htm
ESERCITO	http://www.esercito.difesa.it/root/attivita/Attivita.asp
CARABINIERI	http://www.carabinieri.it/Internet/
AERONAUTICA MIL	http://www.aeronautica.difesa.it/sezioni/missioni/default.asp
NATO – Kosovo Force	http://www.nato.int/kfor/chronicle/2000/nr_000712b.htm

Dai documenti finora presi in esame è stato possibile delineare le caratteristiche della presenza militare italiana nelle operazioni condotte in Bosnia-Herzegovina e Kosovo. In modo particolare si è cercato di ricostruire il quadro completo degli avvicendamenti tra i reparti impegnati, di essenziale importanza per l'individuazione della numerosità del contingente dei militari e per il confronto con i dati forniti dal Ministero della Difesa. Permangono, tuttavia, incertezze nella stima del numero complessivo di militari italiani che hanno partecipato a missioni nei Balcani basata sulle informazioni accessibili on-line attraverso i siti sopra indicati. Infatti, nei documenti finora esaminati viene fornita l'entità numerica del contingente italiano presente, ma non siamo sicuri che tale entità tenga conto degli avvicendamenti tra reparti e tra singoli individui.

I risultati di questa ricerca sono sintetizzati nella tabella seguente.

Missione	Luogo	Data Inizio	Data Fine	Contingente (stima)	Note
EUMM	Bosnia-Herzegovina	07/07/1991	18/10/2006	15	
JOINT FORGE	Bosnia-Herzegovina	20/12/1995	01/12/2004	20000	Personale avvicendato ¹
UNMIBH (IPTF)	Bosnia-Herzegovina	21/12/1995	31/12/2002	22	
KFOR	Kosovo	12/06/1999	in corso	2305	Previsti inizialmente 5000
UNMIK	Kosovo	12/06/1999	in corso	2 - 74	
EUPM	Bosnia-Herzegovina	01/01/2003	in corso	15 - 43	
EUFOR-ALTHEA	Bosnia-Herzegovina	02/12/2004	in corso	858	
NHQSa	Bosnia-Herzegovina	02/12/2004	in corso	25	
EUPT	Kosovo	10/04/2006	in corso	1	

¹ Istituto di ricerche internazionali Archivio Disarmo

Missione	Luogo	Data Inizio	Data Fine	Personale Impegnato	Periodo
EUPM	Bosnia-Herz.	01/01/2003	in corso	Carabinieri	01/01/2003 - continua
EUPM	Bosnia-Herz.	01/01/2003	in corso	Polizia di Stato	01/01/2003 - continua
EUFOR-ALTHEA	Bosnia-Herz.	02/12/2004	in corso	Carabinieri	01/01/2003 - continua
EUFOR-ALTHEA	Bosnia-Herz.	02/12/2004	in corso	EI - 3° rgt artiglieria terrestre (montagna) della Brigata alpina "Julia"	02/12/2004 - 15/12/2004
EUFOR-ALTHEA	Bosnia-Herz.	02/12/2004	in corso	EI - 7° rgt. alpini della Brigata alpina "Julia"	15/12/2004 - 15/06/2005
EUFOR-ALTHEA	Bosnia-Herz.	02/12/2004	in corso	EI - 7° rgt. alpini della Brigata alpina "Julia"	03/03/2005 - 31/08/2005
EUFOR-ALTHEA	Bosnia-Herz.	02/12/2004	in corso	EI - 17° rgt. artiglieria Contraerei "Sforzesca" della Brigata artiglieria Contraerei	15/06/2005 - 14/12/2005
EUFOR-ALTHEA	Bosnia-Herz.	02/12/2004	in corso	EI - 7° rgt. bersaglieri della Brigata corazzata "Pinerolo"	14/12/2005 - 19/06/2006
EUFOR-ALTHEA	Bosnia-Herz.	02/12/2004	in corso	EI - 82° rgt. fanteria "Torino" della Brigata corazzata "Pinerolo"	19/06/2006 - ??/12/2006
EUFOR-ALTHEA	Bosnia-Herz.	02/12/2004	in corso	EI - 62° rgt. fanteria "Sicilia" della Brigata meccanizzata "Aosta"	??/12/2006 - continua
NHQSa	Bosnia-Herz.	02/12/2004	in corso		
KFOR	Kosovo	12/06/1999	in corso	EI - Brigata bersaglieri "Garibaldi"	12/06/1999 - 07/09/1999
KFOR	Kosovo	12/06/1999	in corso	EI - Brigata corazzata "Ariete"	07/09/1999 - 01/03/2000
KFOR	Kosovo	12/06/1999	in corso	EI - Brigata bersaglieri "Garibaldi"	01/03/2000 - 03/07/2000
KFOR	Kosovo	12/06/1999	in corso	EI - Brigata alpina "Taurinense"	03/07/2000 - 03/11/2000
KFOR	Kosovo	12/06/1999	in corso	EI - Brigata paracadutisti "Folgore"	03/11/2000 - 05/03/2001
KFOR	Kosovo	12/06/1999	in corso	EI - Brigata corazzata "Ariete"	05/03/2001 - 05/07/2001
KFOR	Kosovo	12/06/1999	in corso	EI - Brigata bersaglieri "Garibaldi"	05/07/2001 - 05/11/2001
KFOR	Kosovo	12/06/1999	in corso	EI - Brigata alpina "Taurinense"	05/11/2001 - 05/03/2002
KFOR	Kosovo	12/06/1999	in corso	EI - Brigata paracadutisti "Folgore"	05/03/2002 - 05/07/2002
KFOR	Kosovo	12/06/1999	in corso	EI - Brigata corazzata "Ariete"	05/07/2002 - 11/11/2002
KFOR	Kosovo	12/06/1999	in corso	Task Forces MNB-SW	12/11/2002 - 10/04/2003
KFOR	Kosovo	12/06/1999	in corso	Task Forces MNB-SW	11/04/2003 - 11/11/2003
KFOR	Kosovo	12/06/1999	in corso	Task Forces MNB-SW	12/11/2003 - 18/05/2004
KFOR	Kosovo	12/06/1999	in corso	Task Forces MNB-SW	19.05.2004 - 17.11.2004
KFOR	Kosovo	12/06/1999	in corso	Task Forces MNB-SW	17.11.2004 - 23.05.2005
KFOR	Kosovo	12/06/1999	in corso	Task Forces MNB-SW	23.05.2005 - 11.07.2005
KFOR	Kosovo	12/06/1999	in corso	Task Forces MNB-SW	11.07.2005 - 15.08.2005
KFOR	Kosovo	12/06/1999	in corso	Task Forces MNB-SW	15.08.2005 - 21.11.2005
KFOR	Kosovo	12/06/1999	in corso	Task Forces MNB-SW	21.11.2005 - 15.05.2006
KFOR	Kosovo	12/06/1999	in corso	Task Forces MNTF-W	15.05.2006 - 23.10.2006
KFOR	Kosovo	12/06/1999	in corso	Task Forces MNTF-W	23.10.2006 - continua
KFOR	Kosovo	12/06/1999	in corso	AMI	08/08/1999 - continua
KFOR	Kosovo	12/06/1999	in corso	AMI - 2° Reparto Operativo Autonomo (ROA) "Koala"	01.07.2000 - 03.03.2003
KFOR	Kosovo	12/06/1999	in corso	Carabinieri	01/08/1999 - continua
KFOR	Kosovo	12/06/1999	in corso	Marina Militare - nucleo elicotteristico	12/06/1999 - ??/03/2002
KFOR	Kosovo	12/06/1999	in corso	Marina Militare - Reggimento "San Marco"	12/06/1999 - 20/01/2000
KFOR	Kosovo	12/06/1999	in corso	Marina Militare - Reggimento "San Marco"	25/03/2001 - 15/05/2001
KFOR	Kosovo	12/06/1999	in corso	Croce Rossa Italiana	da 11/08/2004
UNMIK	Kosovo	10/06/1999	in corso	osservatori militari	
EUPT	Kosovo			partecipazione non ancora iniziata	
EUMM	Bosnia-Herz.	07/07/1991	18/10/2006		
JOINT FORGE	Bosnia-Herz.	20/12/1995	01/12/2004	EI (nel dettaglio su sito EI) - Carabinieri	
UNMIBH (IPTF)	Bosnia-Herz.	21/12/1995	31/12/2002		

La numerosità complessiva del contingente italiano inviato in missione in Bosnia o in Kosovo, stimata sulla base delle informazioni riportate sui siti web consultati, ammonterebbe ad un massimo di 23343 persone. Tale stima è troppo distante dalla numerosità del db trasmesso all'ISS dalla DG della Sanità Militare (che conta 64377 persone ed è, pertanto, quasi 3 volte più numeroso) per non richiedere un'attenta disamina della sua attendibilità insieme ai nostri collaboratori della Sanità Militare.

5.2. Validazione delle informazioni contenute nel db mediante intervista

Un ulteriore metodo di validazione delle informazioni contenute nel database fornito dalla DG della Sanità Militare può consistere nella raccolta ex-novo di dati mediante intervista a soggetti inclusi nella coorte. Un'indagine di questo tipo può consentire anche di approfondire le attività svolte dal personale militare in ciascuna delle missioni.

In particolare, abbiamo intervistato due militari che hanno partecipato a missioni nei territori d'interesse ed abbiamo confrontato le loro dichiarazioni con i dati contenuti nel db ottenuto dalla Sanità Militare (individuando i record anonimi pertinenti sulla base dei dati individuali disponibili: data di nascita, luogo di nascita e comune di residenza).

I risultati del confronto, per quanto ovviamente limitati, indicano alcune inconsistenze tra i dati riportati dal soggetto e dati registrati nel database (cfr. tabelle successive).

Militare 1:

Dati da soggetto				Dati da database			
Nazione	Luogo	Partenza	Rientro	Nazione	Luogo	Partenza	Rientro
BOSNIA	SARAJEVO	25 Mar 98	29 Apr 98	BOSNIA	SARAJEVO	25 Mar 98	29 Apr 98
BOSNIA	SARAJEVO	25 Oct 01	29 Nov 01	BOSNIA	SARAJEVO	25 Oct 01	29 Nov 01
KOSOVO	Bica	29 Dec 03	4-5 Feb 04	NR	NR	NR	NR
KOSOVO	Giacova	20 Aug 05	05 Oct 05	NR	NR	NR	NR

NR = NON REGISTRATO

Militare 2:

Dati da soggetto		Dati da database		
Nazione	Anno missione	Nazione	Partenza	Rientro
BOSNIA	1996	BOSNIA	08 Mar 96	08 May 96
ND	ND	BOSNIA	11 Mar 97	15 Apr 97
KOSOVO	2000	KOSOVO	25 Oct 00	06 Dec 00
KOSOVO	2003	KOSOVO	08 Jul 03	22 Aug 03
BOSNIA	2005	NR	NR	NR

ND = NON DICHIARATO

NR = NON REGISTRATO

Con la collaborazione della Sanità Militare, sarà opportuno ripetere una validazione di questo tipo su un numero più consistente di soggetti.

6. Riepilogo dei problemi individuati

- In conclusione, nel database unico costruito a partire da 3 diversi database originali, sono presenti 64788 soggetti (64377 partecipanti a 106991 missioni complessive e 411 soggetti con nessuna missione).
- Non è chiaro quale sia il criterio d'eligibilità dei soggetti inseriti nel database dal punto di vista del periodo temporale di definizione della coorte. Il programma di sorveglianza aveva come target la popolazione militare (e civile) italiana impegnata in missioni nei territori della Bosnia-Herzegovina e del Kosovo a partire dal 1-8-1994, mentre, nel db ricevuto ci sono 7 missioni con date anteriori, a partire dal 1988.
- Va anche chiarita l'età minima ammissibile per l'inclusione nella coorte.
- Non conosciamo il periodo di tempo (date di inizio e di ultimo aggiornamento) entro cui è stato effettuato l'inserimento dei dati.
- La consistenza numerica del database compilato dalla Sanità Militare eccede di molto le stime del contingente italiano impegnato in missioni nei territori della Bosnia-Herzegovina o del Kosovo desunte da informazioni accessibili on-line sul sito del Ministero della Difesa o su siti cui quest'ultimo rimanda. Consapevoli dell'incertezza legata a tali stime, dovuta al fatto che l'entità numerica del contingente italiano potrebbe non tener conto degli avvicendamenti tra reparti e tra singoli individui, riteniamo tuttavia che tale discrepanza debba essere attentamente valutata e possibilmente chiarita.
- Vi è un numero elevato di informazioni mancanti per importanti variabili (e.g. luogo di nascita, luogo di residenza e reparto di appartenenza mancano rispettivamente per 7187, 5081 e 15777 dei 64788 record individuali del file "Persone"; la variabile "denominazione incarico" non è compilata per il 25% delle 106991 missioni registrate; ci sono 1347 missioni senza data di rientro).
- Riguardo alle informazioni sulle 106991 missioni effettuate dai 64377 soggetti, ci sono errori sistematici di registrazione che consistono nell'inserimento di dati relativi ad una variabile nel campo di altre variabili (e.g. la nazione di impiego nella località e/o nel reparto di impiego), il che rende non utilizzabile l'informazione registrata.
- Ci sono errori nelle date delle missioni, evidenti nel caso di 82 missioni con date di rientro anteriori alle date di partenza.

- Sono state anche individuate (ma non ancora quantificate al momento) sovrapposizioni tra le date di inizio e fine di diverse missioni effettuate dallo stesso soggetto.
- Per quanto riguarda i campi testo “grado”, “locimpiego”, “rep_imp”, “rep_app” e “denom_inc”, l’inserimento delle diverse modalità non segue alcun criterio standardizzato e molto spesso non è possibile risalire al significato delle sigle/abbreviazioni utilizzate; questi problemi rendono al momento impossibile la comprensione, la classificazione e l’analisi dei dati registrati nel database. Sono in corso ulteriori approfondimenti circa la possibilità di codificare in modo sintetico e standardizzato tali informazioni.

7. Richieste da inoltrare alla Sanità Militare

- E’ indispensabile ottenere un elenco delle fonti utilizzate per la creazione dei db che ci sono stati trasmessi (con le specifiche della relativa copertura temporale), una dettagliata descrizione delle caratteristiche di tali fonti ed un esauriente dettaglio sulle procedure di compilazione dei db (comprese le date di inizio e ultimo aggiornamento).
- Occorre verificare se siano stati effettuati controlli di qualità sul db compilato dalla Sanità Militare ed eventualmente chiarire quali e con che periodicità e copertura del database.
- Bisogna verificare la ragione per cui il db contiene 411 record individuali ai quali non corrisponde alcuna missione nei territori della Bosnia-Herzegovina o Kosovo.
- Dovremo richiedere i dati mancanti per tutte le variabili precedentemente descritte.
- Sarà opportuno effettuare verifiche campionarie (almeno sul 5% dei record) tra i dati registrati sui db che abbiamo ottenuto ed i dati presenti sugli archivi “fonte”.
- Con la collaborazione della Sanità Militare, sarà opportuno ripetere la validazione delle informazioni registrate sul db con dati richiesti ex-novo a un sottogruppo numericamente consistente di soggetti.
- Dovremo richiedere un db analogo a quello ricevuto relativo alla coorte di carabinieri che è stata utilizzata come popolazione di confronto per le analisi descritte nella 3° relazione Mandelli.
- Sarà utile richiedere, inoltre, informazioni in merito all’eventuale partecipazione a missioni in territori diversi dalla Bosnia-Kosovo (incluso l’IRAQ) per tutti i soggetti (sia quelli appartenenti alla coorte inclusa nel programma di sorveglianza epidemiologica, sia quelli appartenenti alla coorte di carabinieri di controllo). In questo modo, sarà possibile analizzare separatamente i rischi di mortalità causa-specifica e di incidenza di tumori in sottogruppi caratterizzati per missioni svolte in teatri di guerra (si/no) e per luogo di destinazione.

- Infine, occorrerà precisare che per la realizzazione di tutte le indagini epidemiologiche previste [studi retrospettivi di coorte (di mortalità e di incidenza tumori) e studio trasversale sullo stato di salute percepito] sarà necessario disporre di **dati nominativi individuali**. L'uso di dati nominativi a fini di indagini epidemiologiche di rilevante utilità in sanità pubblica non è in contrasto con la normativa in vigore sul rispetto della privacy, purché i protocolli rispettino i requisiti deontologici previsti e prevedano adeguate procedure per garantire la sicurezza dei dati. Sarà, comunque, possibile individuare soluzioni che garantiscano contemporaneamente la comprensibile necessità di riservatezza di informazioni di cui è titolare il Ministero della Difesa e la possibilità di condurre gli studi previsti da parte di un'agenzia di Sanità Pubblica quale l'ISS che ha interesse a proporsi, di fronte all'opinione pubblica, come titolare di un'indagine scientifica obiettiva ed indipendente.

PAGINA BIANCA

ALLEGATO 5



**MINISTERO DELLA SALUTE
DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE
SANITARIA**

**CAMPAGNA DI MONITORAGGIO DELLE CONDIZIONI
DI SALUTE DEI CITTADINI ITALIANI CHE HANNO
PARTECIPATO A MISSIONI INTERNAZIONALI DI PACE
E DI ASSISTENZA UMANITARIA NEI TERRITORI
DELLA BOSNIA-HERZEGOVINA E DEL KOSOVO
(ART. 4-BIS DELLA LEGGE N. 27/2001).
ATTIVITA' DI ASCOLTO DELLE ASSOCIAZIONI E DEI
SOGGETTI A VARIO TITOLO COINTERESSATI ALLA
TEMATICA.
RELAZIONE CONCLUSIVA.**

- LUGLIO 2006 -

PAGINA BIANCA

INDICE

- 1. Premessa**
- 2. Audizioni della L.I.D.U. (Lega Italiana Diritti dell’Uomo)**
- 3. Audizione dell’A.N.A.V.A.F.A.F. (Associazione Nazionale Assistenza Vittime Arruolate nelle Forze Armate e Famiglie dei Caduti)**
- 4. Audizione dell’Osservatorio permanente e Centro studi per il Personale delle Forze Armate e di Polizia**
- 5. Audizione del Gen. Fernando Termentini**
- 6. Allegati**
- 7. Normativa di riferimento:**
 - 7.1 Testo del decreto-legge 29 dicembre 2000, n. 393, coordinato con la legge di conversione 28 febbraio 2001, n. 27**
 - 7.2 Accordo 30 maggio 2002 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano**
 - 7.3 Decreto interministeriale 22 ottobre 2002**

PAGINA BIANCA

PREMESSA

Successivamente all'inizio dei lavori del Comitato scientifico ex Accordo Stato-Regioni del 30 maggio 2002 sono pervenute alla Direzione generale della prevenzione sanitaria del Ministero della salute, da parte di cittadini esperti in particolari materie o di Associazioni variamente interessate alla tematica, proposte di collaborazione o persino richieste di partecipazione ai lavori del Comitato medesimo.

La questione è stata sottoposta alle determinazioni del Ministro della salute e, conseguentemente, alle valutazioni dei competenti Uffici del Ministero. Nell'impossibilità di accoglimento della richiesta proveniente dai predetti cittadini esperti e Associazioni (in considerazione di quanto previsto dal predetto Accordo Stato-Regioni circa la composizione del Comitato scientifico, nonché degli orientamenti espressi al riguardo dal Comitato stesso) la Direzione generale della prevenzione sanitaria - riconosciuta comunque l'esigenza di acquisire il contributo delle Associazioni e dei soggetti cointeressati, al fine di focalizzare al meglio eventuali snodi critici, esigenze ed elementi di disaccordo relativamente alla campagna di monitoraggio sanitario in atto ai sensi della legge n. 27/2001 e pertanto raccogliere, al riguardo, ogni suggerimento, aspettativa o critica - ha adottato, come attività a supporto dei lavori del Comitato in questione, l'iniziativa consistente nell'ascolto delle Associazioni e dei soggetti a vario titolo coinvolti nella "tematica Kosovo".

Le audizioni sono state condotte affrontando tematiche di carattere generale relative alla materia in discussione. Peraltro, in considerazione della diversità degli interessi statutari o professionali delle Associazioni e dei soggetti da convocare in audizione e della necessità di acquisire dalle stesse Associazioni e soggetti contributi che potessero strettamente riferirsi alla materia di competenza del Comitato scientifico, si è tentato di standardizzare, per quanto possibile, gli argomenti trattati nel corso delle varie audizioni, attraverso la predisposizione di un elenco di domande - alcune di carattere generale e altre riguardanti, a parere della Direzione generale della prevenzione sanitaria, tematiche specifiche, particolarmente delicate e cruciali - che sono state sottoposte, nel caso in cui ne sia stata ravvisata l'opportunità, alle Associazioni e ai soggetti convenuti.

Le domande in questione sono riportate in All. 1 (pag. 19).

Nell'ambito dell'iniziativa sopra descritta, si sono svolte cinque audizioni cui sono intervenuti:

1. la Lega Italiana dei Diritti dell'Uomo-O.N.L.U.S. (L.I.D.U.);

2. il Presidente dell'Associazione Nazionale Assistenza Vittime Arruolate nelle Forze Armate e Famiglie dei Caduti (A.N.A.V.A.F.A.F.);
3. il Responsabile del Reparto Difesa dell'Osservatorio permanente e Centro studi per il Personale delle Forze Armate e di Polizia;
4. il Gen. Fernando Termentini, esperto di bonifica.

Con la L.I.D.U. si sono svolti due incontri.

A completamento dell'attività di ascolto intrapresa, sono stati inoltre proposti incontri in forma di audizione all'Associazione "Galileo 2001 per la libertà e la dignità della scienza" e al "Comitato genitori di Militari Caduti in Tempo di Pace" (All. 2-3, pagg. 20-21). Come Associazioni cointeressate alle problematiche inerenti lo svolgimento della campagna di monitoraggio sanitario in atto ai sensi di legge, la prima ha inviato, tra gli altri destinatari, una nota al Ministro della salute (All. 4, pag. 22), con la quale è stata sostenuta la tesi dell'infondatezza del rischio di insorgenza di patologie tumorali a seguito di esposizione all'uranio impoverito, mentre la seconda, con nota indirizzata al Ministro della salute (All. 5, pag. 26), ha proposto, tra l'altro, l'avvio di un'indagine sugli effetti dell'uranio impoverito sulle nostre truppe inviate nei Balcani e nel Medio Oriente. A detti inviti non è stato fornito riscontro.

E' stato infine effettuato ogni tentativo di ricerca di ulteriori Associazioni o soggetti, oltre a quelli menzionati, da convocare nell'ambito dell'iniziativa descritta. Tale attività non ha prodotto risultati nel senso desiderato.

AUDIZIONI DELLA L.I.D.U.**FINALITÀ DELL'ASSOCIAZIONE**

La L.I.D.U., come da statuto, esiste ed opera da più di cinquanta anni per la difesa dei diritti dell'individuo nello Stato e del popolo nel consesso dei popoli, per la difesa di tutte le libertà democratiche, per la promozione della statuizione di norme sempre più atte a difendere i diritti dell'uomo e a proteggere il libero sviluppo della personalità umana.

Per la definizione dei diritti dell'uomo, la L.I.D.U. fa proprie sia la Dichiarazione universale approvata dall'Assemblea generale dell'O.N.U. nel 1948 sia la Carta dei Diritti fondamentali dell'Unione Europea.

L'art. 4 dello Statuto stabilisce che, sul piano pratico, la L.I.D.U. si impegna:

- a) nel combattere, con tutti i mezzi consentiti dalle leggi democratiche, gli arbitrii, le ingiustizie e le illegalità, in specie se provenienti dai pubblici poteri, sia a danno dei singoli che delle collettività;
- b) nel difendere la salute come bene sociale e individuale dalla speculazione farmaceutica, dagli errori terapeutici, dai disservizi sanitari, dalle sofisticazioni alimentari, dall'inquinamento ambientale;
- c) nel contrastare le informazioni falsate diffuse dai *media* del nostro "sistema democratico", che sono di impedimento alla libertà di pensiero e al libero sviluppo delle personalità umane;
- d) nel combattere ogni forma di razzismo, di discriminazione, di disuguaglianza sociale fondata sul sesso, sull'età o sulla disuguaglianza economica;
- e) nel promuovere e favorire la partecipazione dei governati alle scelte e alle decisioni politiche dei governanti;
- f) nel fornire consulenza giuridica e patrocinio a quelle azioni che corrispondono alle finalità della L.I.D.U.;
- g) nel promuovere direttamente azioni per la tutela degli interessi dell'associazione e per il conseguimento dei fini sociali.

La L.I.D.U. svolge attività culturali, organizzando convegni, dibattiti, pubblicazioni, fonti di informazione alternativa o partecipando ad essi, per favorire e promuovere la diffusione di ricerche e pubblicazioni scientifiche, di ricerche sulla democrazia e la diffusione della consapevolezza che è necessario evitare che il pianeta Terra, vessato dai vigenti metodi di produzione fondati esclusivamente sulla "logica del profitto" e da ricorrenti manifestazioni di potenza militare distruttiva, divenga inabitabile per la nostra specie.

RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE AI LAVORI DEL COMITATO SCIENTIFICO

Con nota datata 11 ottobre 2004 a firma del Segretario generale (All. 6, pag. 27), la L.I.D.U., facendo presente di aver sempre operato attraverso Comitati monotematici (procreazione consapevole, diritto di famiglia, vittime di emoderivati infetti o di micotossine ecc.), ha comunicato l'esistenza, nell'ambito dell'attività dell'associazione, di un gruppo di lavoro sulla radioprotezione preminentemente in relazione all'uso di uranio impoverito. Con la stessa nota la L.I.D.U. ha chiesto, "sulla base delle vigenti normative sul diritto partecipativo dei cittadini e delle rispettive associazioni, di partecipare ai lavori del Comitato scientifico che si occupa della campagna di monitoraggio delle condizioni sanitarie di tutti i cittadini italiani (sia civili che militari) che, a qualunque titolo, hanno operato ed operano nei territori del Kosovo e della Bosnia-Herzegovina", indicando a tal scopo, come propri rappresentanti, il Dr. Aldo Barbona e la Dr.ssa Patrizia Ravagnan.

RIUNIONI

Con la L.I.D.U. si sono svolti due incontri che hanno avuto luogo in data 15 febbraio 2005 e in data 4 ottobre 2005.

RIUNIONE DEL 15 FEBBRAIO 2005

Per la L.I.D.U. sono intervenuti alla riunione il Dr. Aldo Barbona, il Dr. Vincenzo Panichelli e la Dr.ssa Patrizia Ravagnan. Per la Direzione generale della prevenzione sanitaria hanno partecipato all'incontro il Dr. Fulvio Nanni e il Dr. Lorenzo Spizzichino.

Durante l'ampia ed articolata discussione i rappresentanti della Direzione generale della prevenzione sanitaria hanno sinteticamente illustrato tutte le iniziative già intraprese dal Comitato scientifico dal momento del suo insediamento, nonché quelle in fase di imminente avvio ed, in ultimo, quelle programmate, relativamente alle quali è stato espresso da parte dei rappresentanti della Direzione generale della prevenzione sanitaria l'auspicio di acquisire, da parte della L.I.D.U. e delle altre Associazioni e soggetti convocati, ogni eventuale, necessario supporto ed utile suggerimento. A loro volta, i rappresentanti della L.I.D.U., nel corso del dibattito, hanno offerto il proprio contributo sui temi in discussione, sulla base delle specifiche competenze professionali e degli obiettivi dell'Associazione di appartenenza.

Al termine della riunione, per dare avvio alla proficua collaborazione che le parti intervenute hanno manifestato di voler stabilire sulla materia oggetto dell'incontro, è stata concordata l'adozione, da parte della L.I.D.U., delle seguenti iniziative:

- inserimento nel proprio sito web di una specifica sezione dedicata alla campagna di monitoraggio prevista dalla legge n. 27/2001;
- reperimento e trasmissione alla Direzione generale della prevenzione sanitaria dei riferimenti bibliografici di pubblicazioni su riviste scientifiche sul tema dei rischi per la salute a seguito della permanenza nei territori della Bosnia-Herzegovina e del Kosovo, nonché, ove disponibile, di un elenco di Associazioni da convocare in audizione nell'ambito dell'iniziativa intrapresa;
- predisposizione di un documento contenente le risposte ai quesiti in All. 1 (pag. 19), che sono stati sinteticamente illustrati dai rappresentanti della Direzione generale della prevenzione sanitaria nel corso della riunione, sottolineando la circostanza che alcuni di questi quesiti si riferiscono, a parere della Direzione generale stessa, ad importanti problematiche relative allo svolgimento dell'attività di monitoraggio;
- predisposizione di un documento contenente i suggerimenti per le modifiche alla normativa di settore vigente, ritenute necessarie a parere dell'Associazione stessa.

La Direzione generale della prevenzione sanitaria del Ministero della salute si è impegnata a riportare in seno al Comitato scientifico le osservazioni provenienti dalla L.I.D.U., relative a quanto sopra indicato.

RIUNIONE DEL 4 OTTOBRE 2005

Per la L.I.D.U. sono intervenuti alla riunione il Dr. Aldo Barbona e la Dr.ssa Patrizia Ravagnan. Per la Direzione generale della prevenzione sanitaria hanno partecipato all'incontro il Dr. Fulvio Nanni e il Dr. Lorenzo Spizzichino.

Nel corso della riunione i rappresentanti della L.I.D.U. hanno illustrato l'ampia documentazione reperita a seguito di specifica richiesta formulata dalla Direzione generale della prevenzione sanitaria con nota del 5 luglio 2005 (All. 7, pag. 28), in esito alla nota a firma del Segretario generale della L.I.D.U. in data 19 maggio 2005 (All. 8, pag. 29).

Al termine dell'approfondita ed articolata discussione sul materiale prodotto dai rappresentanti della L.I.D.U., è stato convenuto, al fine di dare un concreto seguito ai contenuti dell'incontro, di esplorare la possibilità della stipula di un accordo di collaborazione tra la Direzione generale della prevenzione sanitaria e la L.I.D.U. per l'effettuazione, da parte di quest'ultima, di uno studio con le seguenti finalità, attinenti alla materia trattata dal Comitato scientifico e di particolare interesse per il Comitato medesimo:

- raccolta sistematica e produzione della letteratura scientifica a sostegno della tesi degli effetti nocivi dell'uranio impoverito sulla salute umana;

- analisi degli eventuali elementi di criticità, delle disfunzioni e delle inappropriate modalità operative in relazione allo svolgimento della campagna di monitoraggio sanitario e conseguente formulazione di proposte per la modifica della normativa di settore vigente;
- revisione sistematica della normativa vigente, relativamente alle norme che possano riferirsi allo svolgimento delle attività previste dalla campagna di monitoraggio sanitario.

A tal riguardo, i rappresentanti della L.I.D.U. hanno assunto l'impegno di far pervenire uno schema di progetto relativo all'ipotizzato accordo di collaborazione. I rappresentanti della Direzione generale della prevenzione sanitaria, a loro volta, si sono impegnati a riferire ai vertici gerarchici sui contenuti dell'incontro ed eventualmente, in seguito, informare il Comitato scientifico sull'ipotesi di stipula di un accordo di collaborazione con la L.I.D.U. per le finalità sopra riportate. Il progetto in questione è stato trasmesso dalla L.I.D.U. in data 4 novembre 2005 (All. 9, pag. 31). Il finanziamento previsto per l'anno 2005 dal competente capitolo di bilancio è stato infine utilizzato per la sottoscrizione di un accordo di collaborazione con l'Istituto superiore di sanità per lo svolgimento da parte di quest'ultimo delle attività finalizzate al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- analisi e revisione critica della letteratura sulla dosimetria dell'uranio, sulle diverse modalità di esposizione, sui coefficienti di rischio e sugli effetti sulla salute di persone esposte, con particolare attenzione alla "military health";
- sviluppo e realizzazione di strumenti che permettano una divulgazione chiara e accessibile delle conoscenze scientifiche ai *media* e al pubblico.

Per quanto riguarda lo svolgimento da parte della L.I.D.U. delle altre attività prese in considerazione nel corso degli incontri svoltisi, con messaggio di posta elettronica del 6 aprile 2005 (All. 10, pag. 44), è stato chiesto ai rappresentanti di detta Associazione se, in vista della predisposizione del presente rapporto finale, ritenessero utile inserire commenti, riferimenti ovvero parti di testo in relazione allo stato di attuazione delle iniziative concordate nel corso della riunione del 15 febbraio 2005. A detta richiesta la L.I.D.U. non ha fornito riscontro.

AUDIZIONE DELL'A.N.A.V.A.F.A.F.**FINALITÀ DELL'ASSOCIAZIONE**

L'Associazione svolge attività di tutela e si propone di prevenire e limitare il numero dei morti nelle Forze Armate (militari di leva e militari di carriera) in tempo di pace e, come specificato dall'art. 4 dello Statuto, "ha lo scopo di operare in tutte le sedi istituzionalmente competenti per la tutela della salute degli appartenenti, ad ogni titolo, alle Forze Armate dello Stato, perché sia data piena e concreta attuazione al principio costituzionale che vuole garantito ad ogni cittadino il diritto alla salute.

In particolare, l'Associazione intende:

- svolgere una puntuale opera di informazione in tema di tutela della salute degli arruolati nelle Forze Armate;
- promuovere l'accertamento delle eventuali responsabilità negli infortuni mortali e/o comunque gravi, avvenuti in relazione allo svolgimento del servizio militare;
- fornire assistenza, in ogni sede, alle vittime di detti infortuni ovvero alle loro famiglie."

RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE AI LAVORI DEL COMITATO SCIENTIFICO

Con nota datata 9 marzo 2004 (All. 11, pag. 45) il Presidente dell'A.N.A.V.A.F.A.F. Amm. Falco Accame ha avanzato la richiesta di partecipazione ai lavori del Comitato scientifico ex Accordo Stato-Regioni del 30 maggio 2002, in relazione all'attività svolta (sia direttamente che dall'Associazione personalmente presieduta) e al carteggio esistente con i Ministeri della difesa e della salute, agli atti, quest'ultimo, della Direzione generale della prevenzione sanitaria. Inoltre, a sostegno di tale richiesta vengono citati, in uno degli allegati alla predetta nota, la "...legge n. 241/1990, in quanto l'A.N.A.V.A.F.A.F. è titolare di interessi atti a tutelare giuridicamente i militari e le loro famiglie sotto l'aspetto sanitario; infatti nello statuto dell'Associazione sono precisati proprio questi interessi..." e la circostanza che l'A.N.A.V.A.F.A.F. "ovviamente, dati i suoi scopi statutari, rientra negli enti autorizzati all'accesso ai dati sensibili relativi alla salute di cui parla la disposizione del Garante sulla Privacy del 20 settembre 2000".

RIUNIONE DEL 10 MARZO 2005

Per l'A.N.A.V.A.F.A.F. è intervenuto alla riunione il Presidente dell'Associazione Amm. Falco Accame. Per la Direzione generale della prevenzione sanitaria hanno partecipato all'incontro il Dr. Paolo D'Argenio, il Dr. Leoluca Crescimanno e il Dr. Fulvio Nanni.

In considerazione dell'andamento del dibattito, durante il quale sono state da subito affrontate le tematiche di particolare interesse dell'Associazione intervenuta, non si è ritenuto necessario sottoporre all'Amm. Accame le domande (in All. 1, pag. 19) predisposte ai fini del tentativo di standardizzazione degli argomenti trattati nel corso delle audizioni.

Gli argomenti approfonditi durante la riunione hanno riguardato:

- le misure di protezione nei confronti del personale militare impegnato nelle missioni nei Balcani (adottate con ritardo, a parere dell'Amm. Accame);
- la necessità di comprendere nell'indagine sanitaria anche soggetti che, pur non avendo partecipato alle missioni nelle aree balcaniche, hanno operato in zone in prossimità delle quali sono stati utilizzati proiettili all'uranio impoverito o che hanno partecipato ad altre missioni militari o di pace, diverse da quelle prese in considerazione dalla normativa vigente di settore, nel corso delle quali sono state utilizzate dette munizioni;
- la necessità di riconsiderare sia la metodologia di studio utilizzata dalla cosiddetta "Commissione Mandelli" sia i risultati conseguentemente ottenuti;
- la necessità di adottare iniziative tendenti al riconoscimento della causa di servizio per i soggetti colpiti da patologia dopo la permanenza nelle zone balcaniche.

In riferimento a tal ultimo aspetto, l'Amm. Accame ha consegnato ai rappresentanti della Direzione generale della prevenzione sanitaria una copia della sentenza emessa in data 28 maggio 2004 dal Tribunale ordinario di Roma-seconda Sezione civile nella quale, nel paragrafo "Motivi della decisione", viene tra l'altro riportato che "...gli elementi di prova assunti in corso di causa (documentazione, prova per testi) hanno consentito di accertare che ... gli effetti pregiudizievoli per la salute umana dell'uranio impoverito sono assolutamente notori, in quanto ampiamente comprovati scientificamente...".

Acquisiti esaurientemente dall'A.N.A.V.A.F.A.F. gli utili elementi di conoscenza sulla materia, la funzione di ascolto nei riguardi dell'Associazione presieduta dall'Amm. Accame è in seguito esclusivamente consistita nel riscontro fornito a numerose note e contatti per le vie brevi, riguardanti l'attività di tutela dell'A.N.A.V.A.F.A.F. nei confronti degli associati.

Nel rispetto delle norme sulla riservatezza dei dati sensibili – ed in considerazione del fatto che la materia trattata nella corrispondenza intercorsa non è strettamente riferibile alle finalità specifiche del presente rapporto – non viene allegata copia del carteggio in questione.

AUDIZIONE DELL'OSSERVATORIO PERMANENTE E CENTRO STUDI PER IL PERSONALE DELLE FORZE ARMATE E DI POLIZIA**FINALITÀ DELL'ASSOCIAZIONE**

L'Osservatorio permanente e Centro studi per il Personale delle Forze Armate e di Polizia, come da art. 2 (Scopi) dello Statuto, "è un Comitato di studio, ricerca e individuazione delle possibili soluzioni alle problematiche afferenti alla tutela ed il riconoscimento dei diritti, costituzionalmente protetti, del personale delle Forze Armate e Forze di Polizia ad ordinamento civile e militare nonché della società civile nella parte inerente la sicurezza dei singoli cittadini.

Il Comitato si propone:

- a) di studiare preventivamente i provvedimenti legislativi in corso d'emanazione, a livello europeo, nazionale e regionale che interessano direttamente o indirettamente:
 - a. il personale delle FF.AA. e delle Forze di Polizia ad ordinamento civile e militare;
 - b. la società civile per gli aspetti concernenti il tema "sicurezza";
- b) di studiare preventivamente i provvedimenti legislativi in corso d'emanazione, a livello europeo, nazionale e regionale che interessano direttamente o indirettamente:
 - I. la tutela dei diritti della Famiglia dei lavoratori di cui alla lettera a. e più in particolare:
 - i. predisporre tutti quei mezzi a tutela delle ricongiunzioni dei nuclei familiari;
 - ii. incentivare la creazione di idonee soluzioni abitative per le famiglie dei lavoratori delle FF.AA. e FF.PP.;
 - iii. promuovere studi, ricerche e soluzioni pertinenti alle problematiche connesse all'igiene e sicurezza sui luoghi di lavoro;
 - iv. promuovere studi, ricerche e soluzioni alle problematiche inerenti l'esigenza di sicurezza dei cittadini".

RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE AI LAVORI DEL COMITATO SCIENTIFICO

Con nota datata 20 ottobre 2004 a firma del Presidente dell'Associazione (All. 12, pag. 46), l'Osservatorio permanente e Centro studi per il Personale delle Forze Armate e di Polizia ha avanzato richiesta di inclusione di un membro del Direttivo dell'Associazione in seno al Comitato scientifico ex Accordo Stato-Regioni del 30 maggio 2002.

RIUNIONE DEL 20 FEBBRAIO 2006

E' intervenuto alla riunione il Dr. Domenico Leggiero, Responsabile del Reparto Difesa dell'Osservatorio permanente e Centro studi per il Personale delle Forze Armate e di Polizia, accompagnato, in qualità di esperto della materia, dal Dr. Valerio Gennaro dell'Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro di Genova. L'audizione si è svolta alla presenza del Comitato scientifico *ex* Accordo Stato-Regioni datato 30 maggio 2002, appositamente convocato. Hanno partecipato all'incontro i seguenti componenti del Comitato scientifico, della sua struttura di supporto (il Centro Raccolta ed Elaborazione Dati-C.R.E.D.) e della Segreteria organizzativa: Dr. Greco, Col. Peragallo, Col. Porcù, Dr. Giannotti, Dr.ssa Marino, Dr. Grandolfo, Dr.ssa Lagorio (membri del Comitato scientifico), Dr. Nanni, Dr. Spizzichino (componenti del C.R.E.D.), Dr. Giaccio (Segreteria organizzativa). Hanno inoltre preso parte all'incontro il Dr. Bertini del Dipartimento dei vigili del fuoco, del soccorso pubblico e della difesa civile del Ministero dell'interno e il Dr. Arduino Verdecchia dell'Istituto superiore di sanità, responsabile del progetto di sorveglianza epidemiologica dei tumori nella popolazione militare impegnata nei Balcani.

Per il dettaglio delle tematiche affrontate, viene allegato alla presente relazione il verbale della riunione (All. 13, pag. 47), dal quale è stata stralciata la parte relativa al resoconto degli argomenti trattati nel "varie ed eventuali" dell'ordine del giorno.

In sintesi, il Dr. Leggiero - che ha lasciato agli atti un documento in data 20 febbraio 2006, a propria firma, dal titolo: "Relazione dell'Osservatorio al Comitato scientifico" (All. 14, pag. 52), i cui contenuti sono stati dallo stesso Dr. Leggiero sommariamente illustrati ai convenuti - ha posto tra l'altro, nel corso del suo intervento, un particolare accento:

- sul dovere, verso il quale l'Amministrazione militare, a detta del Dr. Leggiero, sarebbe venuta meno, di fornire al proprio personale, impiegato nei territori nei quali è stato fatto uso di munizionamento ad uranio impoverito, le adeguate dotazioni di sicurezza, in considerazione di conosciuti studi, effettuati sulla pericolosità di tale agente;
- su alcune non corrette impostazioni metodologiche adottate dalla Commissione Mandelli, dovute essenzialmente alla non precisione dei dati da analizzare ricevuti, che avrebbero portato alla formulazione di conclusioni non rigorose;
- sul più cospicuo numero di decessi verificatisi e di casi di patologie insorte nei soggetti di cui all'art. 4-bis della legge n. 27/2001, risultante all' "Osservatorio Permanente e Centro Studi per il Personale delle Forze Armate e di Polizia".

Con riguardo alle criticità evidenziate, il Dr. Leggiero ha offerto peraltro la propria collaborazione al Comitato scientifico al fine ultimo di poter disporre della conoscenza di dati, relativi alla materia di comune interesse, scientificamente significativi.

A tal proposito, il Dr. Greco ha invitato il Dr. Leggiero a fornire al Comitato scientifico, a seguito di formale, specifica richiesta, i dati in suo possesso.

Pertanto, su mandato conferito dal Comitato scientifico, è stata successivamente indirizzata dal Coordinatore del Comitato medesimo, in data 1° marzo 2006, una nota di richiesta al Dr. Leggiero dei dati riferiti nel corso dell'incontro del 20 febbraio 2006 (All. 15, pag. 66).

Il riscontro a detta nota è stato sollecitato con messaggi di posta elettronica del 5 aprile 2006, del 5 maggio 2006 e del 22 giugno 2006 (All. 16-18, pagg. 72-74). Al riguardo, con e-mail datata 22 giugno 2006, il Dr. Leggiero ha comunicato infine, tra l'altro, che "l'evolversi delle iniziative giudiziarie (è stato avviato il penale) non ha consentito e non consentirà una divulgazione delle notizie raccolte".

AUDIZIONE DEL GEN. FERNANDO TERMENTINI**ESPERIENZA PROFESSIONALE MATURATA NEL SETTORE E PROPOSTA DI COLLABORAZIONE RIVOLTA AL COMITATO SCIENTIFICO**

Con messaggio di posta elettronica datato 5 aprile 2004 (All. 19, pag. 75), a sostegno della proposta di collaborazione sulla materia allo studio del Comitato scientifico, il Gen. Termentini ha fatto presente:

- di occuparsi da quasi trenta anni di bonifica dei territori inquinati da mine ed ordigni bellici non esplosi;
- di aver svolto attività in tale settore inizialmente come Ufficiale del Genio dell'Esercito italiano e successivamente come consulente dell'Unità di sminamento umanitario di INTERSOS (Organizzazione umanitaria per l'emergenza), vivendo ed operando in territori spesso ad alto inquinamento ambientale quali possono essere le aree che sono o sono state interessate da un lungo periodo bellico e da un'intensa attività bellica;
- di aver operato, in conseguenza degli incarichi ricoperti, in territori in cui l'evento bellico ha visto l'impiego di munizionamento ad uranio impoverito, non riscontrando una significativa contaminazione da tale agente ("ho operato in territori ... e per lo più l'ho fatto disconoscendo al momento detta presenza");
- di aver partecipato, in particolare, all'attività di bonifica ai confini del Kuwait con l'Iraq subito dopo la fine della Guerra del Golfo, in Bosnia, dal novembre del 1995, non conoscendo assolutamente l'esistenza della problematica "uranio impoverito" e successivamente in Kosovo dove invece l'utilizzazione di munizionamento ad uranio impoverito era ormai nota;
- di aver maturato quindi sul posto una certa esperienza e di aver potuto a posteriori collegare episodi del passato a quanto veniva reso noto dopo il conflitto nel Kosovo, circostanze queste che hanno portato ad un approfondimento della materia specifica sotto il profilo fisico-chimico e balistico;
- di esser giunto pertanto a determinate conclusioni, "sicuramente controcorrente rispetto al tanto parlare che si fa sull'argomento", sulla pericolosità dell'uranio impoverito, ma meritevoli di essere approfondite nei contenuti;
- di esser pervenuto alla convinzione che il problema dei possibili danni fisici indotti dall'uranio impoverito vadano ricercati in altre direzioni, in particolare affrontando il tema dell'inquinamento chimico da metalli pesanti, abbandonando ogni riferimento

alla radioattività del materiale, ritenuto l'ultima possibile fonte di pericolo per la salute;

- di trarre detta personale convinzione non solo da un approccio teorico, ma anche da dati risultanti da indagini chimico-cliniche effettuate.

RIUNIONE DEL 19 APRILE 2006

All'incontro con il Gen. Fernando Termentini hanno partecipato, per la Direzione generale della prevenzione sanitaria, il Dr. Fulvio Nanni e il Dr. Lorenzo Spizzichino.

Dopo l'ampia ed articolata discussione, durante la quale gli intervenuti hanno sviluppato la tematica oggetto della riunione, il Gen. Termentini ha aderito alla richiesta avanzata dai rappresentanti della Direzione generale della prevenzione sanitaria circa la predisposizione e la trasmissione alla Direzione generale medesima di un sintetico documento sui possibili rischi per la salute cui potrebbero essere andati incontro i nostri connazionali che abbiano partecipato a missioni internazionali di pace e di assistenza umanitaria nei territori della Bosnia-Herzegovina e del Kosovo. A tal riguardo, la Direzione generale della prevenzione sanitaria, per quanto riguarda i contenuti di detto documento, ha assunto l'impegno di comunicare successivamente al Gen. Termentini le tematiche, di specifico interesse del suddetto Comitato, da trattare nel documento in questione. Tali indicazioni - consistenti nella proposizione al Gen. Termentini, come spunto per le tematiche da sviluppare nel documento concordato, dei quesiti riportati in All. 1 (pag. 19) - sono state fornite con messaggio di posta elettronica del 3 maggio 2006 (All. 20, pag. 77).

In esito a quanto richiesto al termine della riunione del 19 aprile 2006, il Gen. Termentini ha infine inviato, con e-mail del 17 maggio 2006, il documento in All. 21¹ (pag. 78) con il quale, in estrema sintesi, viene sostenuto in premessa che:

- l'uranio impoverito presenta una bassissima radioattività, con valori molto vicini a quelli della radioattività naturale, circostanza che comunque non esime dal trattare questo materiale con estrema cautela;
- la pericolosità dovuta all'emissione radioattiva è quindi modesta e non preoccupante se non nei casi di personale che si trovi nelle immediate vicinanze di bersagli colpiti da munizionamento ad uranio impoverito o che transiti subito dopo l'attacco su obiettivi contro i quali è stato utilizzato munizionamento ad uranio impoverito;
- è molto pericoloso, invece, trovarsi nei pressi di un'esplosione con proiettili ad uranio impoverito, in quanto la polverizzazione del metallo all'atto dell'impatto genera micro-particelle che, se ingerite, inalate o assunte, ad esempio, attraverso

¹ Nel documento sono state rese illeggibili le parti riconducibili a dati sensibili.

l'acqua o il cibo costituiscono emittenti radiologiche all'interno dell'organismo umano ed animale;

- una analoga situazione di pericolo da inquinamento chimico è dovuta alla formazione di ossidi che si sprigionano, disperdendosi nell'atmosfera, in caso di incendi o di esplosioni accidentali di munizionamento ad uranio impoverito, la cui inalazione attraverso i fumi o assunzione mediante sostanze contaminate che entrano nella catena alimentare si traduce in un danno sia radiologico sia chimico sui tessuti umani;
- nel caso particolare di assunzione di uranio impoverito mediante sostanze contaminate, si può affermare con elevata certezza che il danno da inquinamento chimico è elevatissimo, essendo stata stimata come dose mortale per gli esseri umani una quantità di circa 70 mg;
- nell'impattare contro il bersaglio, il proiettile ad uranio impoverito si frantuma in varie configurazioni fisiche (piccole schegge, polveri di ossidi di uranio, aerosol);
- colpendo la corazzatura metallica di un mezzo corazzato da combattimento o impattando su altri sistemi di protezione, l'uranio impoverito, che possiede la caratteristica di incendiarsi raggiungendo elevati picchi di temperatura in tempi brevissimi, causa la liquefazione dell'acciaio sul punto di impatto, con trasformazione del materiale fuso in microsferette metalliche, a seguito dell'altrettanto rapido raffreddamento;
- qualora si abbiano esplosioni di munizionamento convenzionale mescolato a proiettili all'uranio impoverito, questi ultimi provocano picchi di calore istantaneo che accelerano la fusione del metallo colpito in micro-particelle che, per un immediato raffreddamento della massa, coagulano in forma sferica;
- in questi casi quindi, nell'ambiente e sul terreno, si disperdono particelle e polveri di metalli pesanti che possono essere inalate, ingerite o entrare a far parte della catena alimentare, coinvolgendo chiunque entri a contatto con esse, anche in momenti successivi a quelli del combattimento.

Sulla base di tali premesse, nel documento elaborato dal Gen. Termentini si giunge alle seguenti deduzioni e conclusioni sui possibili danni fisici dovuti all'uranio impoverito:

- gli effetti immediati che il munizionamento all'uranio impoverito provoca a danno delle persone non sono imputabili – almeno in modo significativo – all'effetto radiante del materiale, ma piuttosto all'inquinamento chimico che può generare

effetti nocivi sia con modalità diretta (vicinanza fisica in luoghi dove si verificano eventi bellici) sia indirettamente attraverso la contaminazione di falde acquifere;

- un altro pericolo per la salute non meno significativo è rappresentato dai pezzi o polveri di materiale contenente uranio impoverito che potrebbero entrare nella catena alimentare (ad es.: foraggio inquinato ingerito da animali, ovini e bovini da pascolo che potrebbero alimentarsi con particelle di uranio impoverito non trasformate e derivate dal munizionamento non esploso o frantumatosi all'atto dell'impatto);
- altri effetti immediati si possono avere sul personale che si trovi ad entrare in locali inquinati da ossidi conseguenti l'utilizzazione di uranio impoverito o in mezzi da combattimento colpiti da tale tipologia di armamento, nel momento immediatamente successivo all'episodio bellico;
- il pericolo radiologico potrebbe diventare significativo nel caso in cui nel munizionamento ad uranio impoverito fosse presente il plutonio come scoria di centrale nucleare;
- una potenziale situazione di pericolo per la salute umana analoga per causa e potenziali effetti a quella, appena sopra descritta, derivante dal verificarsi dell'episodio bellico, si realizza nel caso delle operazioni di distruzione di ordigni bellici non esplosi nel corso degli interventi di bonifica del territorio effettuati immediatamente dopo la fine della guerra o in tempi successivi (distruzione per errore o per scarsa conoscenza del problema di ordigni non esplosi con applicazione di cariche esplosive a proiettili ad uranio impoverito, formazione di nano-particelle di ossidi di uranio impoverito mescolati a metalli pesanti, inalazione o ingerimento di tali particelle da parte del personale addetto alla bonifica o comunque presente alle operazioni ovvero da parte delle persone che si trovassero a transitare nelle zone inquinate).

Nel paragrafo "Conclusioni-Proposte" del documento a firma del Gen. Termentini viene infine precisato che, tenendo conto del fatto che:

- esami di laboratorio ufficiali hanno riscontrato residui di metalli pesanti, di cui molti in forma sferica, nei reperti organici di persone ammalate di neoplasie e, in particolare, nello sperma di persone che risulta abbiano generato prole con gravi malformazioni;
- tali reperti risultano appartenere per la maggioranza a personale che in Patria o all'estero si è occupato di bonifica dei territori interessati da eventi bellici;

- i residui di metalli pesanti appartengono a tipologie di sostanze normalmente parte integrante di leghe con cui vengono realizzati ordigni esplosivi, corazzatura di carri, inneschi per cariche esplosive e sostanze esplosive in generale;
- risulta che un consistente numero di cittadini bosniaci e serbi già residenti in aree massicciamente bombardate con proiettili ad uranio impoverito sia affetto da neoplasie simili a quelle riscontrate nel personale italiano,

sarebbe auspicabile che le ipotesi appena sopra enunciate venissero verificate con l'effettuazione di appropriati studi, dei quali viene fornito, nella parte finale del documento, un dettagliato elenco.

QUESITI POSTI ALLE ASSOCIAZIONI E SOGGETTI INTERVENUTI

- le persone che sono state nei Balcani, impegnate in missioni internazionali di pace e di assistenza umanitaria, potrebbero aver corso dei rischi di insorgenza di malattie croniche come i tumori o altre malattie?
- Se sì, perché e quale tipo di tumore o malattia in particolare?
- Questo eventuale rischio è elevato o modesto? Ad esempio, rispetto ad una persona della stessa età che non è stata nei Balcani, è, per esempio, 2-10-100 volte maggiore?
- A che cosa è legato questo rischio? Ci sono sostanze particolari che hanno prodotto questo rischio?
- L'Associazione o soggetto è in possesso di dati relativi al numero di patologie eventualmente insorte a seguito della permanenza in Bosnia-Herzegovina e nel Kosovo?
- Se sì, a quanto corrisponde tale numero? Le patologie delle quali l'Associazione o soggetto è eventualmente a conoscenza sono rappresentate tutte da neoplasie maligne o anche da patologie di altra natura?
- Relativamente al numero dei soggetti che si sono ammalati dopo aver soggiornato in Bosnia-Herzegovina e nel Kosovo, viene a volte riferito dalla stampa un numero di casi ben superiore al dato "ufficiale". Quali potrebbero essere secondo l'Associazione o soggetto i motivi di tale discordanza?
- Nell'ipotesi in cui risulti all'Associazione o soggetto un numero di casi di patologie tumorali superiore al dato "ufficiale":
 - a) quanti e di che tipo sono i tumori di cui l'Associazione o soggetto è a conoscenza?
 - b) Quali sono stati e quali sono attualmente, per l'aggiornamento della casistica, i criteri alla base della diagnosi? In altre parole, per tutti i casi registrati in passato e per tutti quelli che si sta provvedendo a registrare, si è in possesso della documentazione clinica e, in particolare, del referto istologico? Chi ha verificato i criteri per la diagnosi?
 - c) Per quanto riguarda i militari, si tratta di personale in congedo o anche in servizio?
 - d) Gli interessati hanno portato a conoscenza dei rispettivi comandi la loro situazione?
 - e) Per quanto riguarda i militari, gli ammalati di tumore sono tutti stati in Bosnia-Herzegovina e/o Kosovo oppure l'elenco comprende anche personale impiegato in altre missioni o non impiegato affatto all'estero?
- Sarebbe disposta l'Associazione o soggetto a collaborare con il Comitato scientifico previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 30 maggio 2002, consegnando ufficialmente al Centro Raccolta ed Elaborazione Dati, struttura di supporto del Comitato medesimo, la documentazione di cui eventualmente è in possesso, visto che la normativa vigente affida a tale Centro il compito di raccogliere tutta la documentazione?
- Sarebbe disposta l'Associazione o soggetto a collaborare con il Comitato scientifico per raccogliere informazioni sulla popolazione civile che si è recata nelle aree interessate e per promuovere la campagna informativa sull'esistenza del monitoraggio tramite i propri canali di informazione?

Associazione

ALLEGATO 2

Nanni Fulvio

GALILEO 2001

Da: Nanni Fulvio

Inviato: mercoledì 29 marzo 2006 14:47

A: 'randi@ini.infn.it', 'galileo_2001@libero.it'

Cc: Greco Donato, D'Argenio Paolo, Spizzichino Lorenzo

Oggetto: Monitoraggio sanitario ex art. 4-bis della legge n. 27/2001 Audizione delle Associazioni a vario titolo interessate

Verifica:	Destinatario	Consegna
	'randi@ini.infn.it'	
	'galileo_2001@libero.it'	
	Greco Donato	Recapitato: 29/03/2006 14:47
	D'Argenio Paolo	Recapitato: 29/03/2006 14:47
	Spizzichino Lorenzo	Recapitato: 29/03/2006 14:47

Si fa riferimento a pregressa corrispondenza di codesta Associazione (nota prot. n. 130/2004/rar in data 23 luglio 2004) indirizzata, tra gli altri, al Ministro della salute all'epoca in carica e giunta, in ultimo, alla Direzione generale della prevenzione sanitaria dell'omonimo Dicastero. Con detta nota, evidenziando comunque la necessità di un continuazione degli studi avviati, veniva, in estrema sintesi, sostenuta la tesi dell'assenza di correlazione fra uranio impoverito e tumori, alla luce dei dati forniti dalla Commissione Mandelli e sulla base delle evidenze fornite dalla letteratura medica internazionale. Riguardo a tale specifica tematica, la legge n. 27/2001, all'art. 4-bis, prevede, come noto, la realizzazione di una campagna di monitoraggio della condizioni di salute di tutti i cittadini italiani (sia civili che militari) che hanno operato od operano nei territori della Bosnia-Herzegovina e del Kosovo. Per la realizzazione di tale campagna di monitoraggio (a cui ogni avente diritto può volontariamente aderire e che si sostanzia in una serie di visite mediche e di esami di laboratorio, effettuati gratuitamente presso strutture sanitarie diffuse su tutto il territorio nazionale) è stato stabilito in sede di Conferenza Stato-Regioni, con Accordo datato 30 maggio 2002, un protocollo operativo ed è stata altresì prevista la costituzione di un Comitato scientifico che ne garantisca lo svolgimento, al fine ultimo di valutare come precisato dall'Accordo Stato-Regioni appena citato, l'eventuale impatto sullo stato di salute a seguito della permanenza nei territori della Bosnia-Herzegovina e del Kosovo. Detto Comitato scientifico opera presso la Direzione generale della prevenzione sanitaria del Ministero della salute ed è composto dai rappresentanti delle Amministrazioni responsabili della realizzazione della campagna di monitoraggio in questione (Ministeri della difesa, dell'interno e della salute, Regioni e Province autonome, Istituto superiore di sanità).

Quanto sopra premesso, si rappresenta che, come attività a supporto dei lavori del suddetto Comitato scientifico, la Direzione generale della prevenzione sanitaria del Ministero della salute ha ritenuto opportuno intraprendere un'iniziativa di ascolto delle Associazioni a vario titolo coinvolte nella tematica, consistente nella convocazione di audizioni nel corso delle quali si intenderebbe acquisire ogni utile elemento di conoscenza in merito a eventuali criticità, esigenze ed argomenti di disaccordo attinenti, a parere dell'Associazione intervenuta, all'indagine in parola.

Si prega pertanto di voler cortesemente comunicare l'eventuale interessamento dell'Associazione "Galileo 2001 per la libertà e la dignità della scienza" all'iniziativa sinteticamente descritta e di fornire, in caso affermativo, alcune date utili per la fissazione dell'incontro.

Si ritiene necessario infine precisare che eventuali spese sostenute per la partecipazione all'audizione non potranno essere a carico di questa Amministrazione.

Cordiali saluti,

Fulvio Nanni
Ministero della salute
Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio IX
Viale della Civiltà Romana, 7
00144 ROMA
tel.: 06/59943623
fax.: 06/59943088
e-mail: f.nanni@sanita.it

30/03/2006

ALLEGATO 3

Nanni Fulvio

Da: Nanni Fulvio

Inviato: mercoledì 29 marzo 2006 12:02

A: 'cogemil.caduti@libero.it', 'cogemil.caduti@tiscali.it'

Cc: D'Argenio Paolo; Spizzichino Lorenzo

Oggetto: Monitoraggio sanitario ex art. 4-bis della legge n. 27/2001 Audizione delle Associazioni a vario titolo coinvolte.

Verifica:	Destinatario	Consegna
	'cogemil.caduti@libero.it'	
	'cogemil.caduti@tiscali.it'	
	D'Argenio Paolo	Recapitato: 29/03/2006 12:02
	Spizzichino Lorenzo	Recapitato: 29/03/2006 12:02

Come noto, la legge n. 27/2001, all'art. 4-bis, prevede la realizzazione di una campagna di monitoraggio della condizioni di salute di tutti i cittadini italiani (sia civili che militari) che hanno operato od operano nei territori della Bosnia-Herzegovina e del Kosovo. Per la realizzazione di tale campagna di monitoraggio (a cui ogni avente diritto può volontariamente aderire e che si sostanzia in una serie di visite mediche e di esami di laboratorio, effettuati gratuitamente presso strutture sanitarie diffuse su tutto il territorio nazionale) è stato stabilito in sede di Conferenza Stato-Regioni, con Accordo datato 30 maggio 2002, un protocollo operativo ed è stata altresì prevista la costituzione di un Comitato scientifico che ne garantisca lo svolgimento. Detto Comitato scientifico opera presso la Direzione generale della prevenzione sanitaria del Ministero della salute ed è composto dai rappresentanti delle Amministrazioni responsabili della realizzazione della campagna di monitoraggio in questione (Ministeri della difesa, dell'interno e della salute, Regioni e Province autonome, Istituto superiore di sanità).

Quanto sopra premesso, si rappresenta che, come attività a supporto dei lavori del Comitato scientifico sopra citato, la Direzione generale della prevenzione sanitaria del Ministero della salute ha ritenuto opportuno intraprendere un'iniziativa di ascolto delle Associazioni a vario titolo coinvolte nella tematica, consistente nella convocazione di audizioni nel corso delle quali si intenderebbe acquisire ogni utile elemento di conoscenza in merito a criticità, esigenze ed eventuali argomenti di disaccordo attinenti, a parere dell'Associazione intervenuta, all'indagine in parola.

Si prega pertanto di voler cortesemente comunicare l'eventuale interessamento del "Comitato Genitori Militari caduti in tempo di pace" all'iniziativa sinteticamente descritta e di fornire, in caso affermativo, alcune date utili per la fissazione dell'incontro.

Si ritiene necessario infine precisare che eventuali spese sostenute per la partecipazione all'audizione non potranno essere a carico di questa Amministrazione.

Cordiali saluti,

Fulvio Nanni
Ministero della salute
Direzione generale della prevenzione sanitaria – Ufficio IX
Viale della Civiltà Romana, 7
00144 ROMA
tel.: 06/59943623
fax: 06/59943088
e-mail: f.nanni@sanita.it

ALLEGATO 4



GALILEO 2001
PER LA LIBERTÀ E LA DIGNITÀ DELLA SCIENZA

Roma, 23 luglio 2004

Prot. n. 130/2004/rar

Al Presidente della Repubblica
On.le Carlo Azeglio **CIAMPI**
Palazzo del Quirinale
00187 - ROMA

Al Presidente del Consiglio dei Ministri
On.le Silvio **BERLUSCONI**
Palazzo Chigi
P.zza Colonna, 337
00187 - ROMA

Al Presidente del Senato della Repubblica
On.le Marcello **PERA**
Piazza Madama
00186 - ROMA

Al Presidente della Camera dei Deputati
On.le Pier Ferdinando **CASINI**
Piazza Montecitorio
00186 - ROMA

Al Ministro della Difesa
On.le Antonio **MARTINO**
Via XX Settembre, 8
00187 - ROMA

Al Ministro della Salute
Prof. Girolamo **SIRCHIA**
Lungotevere Ripa 1
00153 - ROMA

Al Ministro dell'Ambiente e della Tutela del
Territorio
On.le Altero **MATTEOLI**
Via Cristoforo Colombo, 44
00144 - ROMA

Prof. Renato Angelo Ricci
Presidente Associazione GALILEO 2001
INFN-LNL - Viale dell'Università 2
Tel. e fax 049-790584 - Cell. 347-9831150
raricci@lnl.infn.it opp. galileo_2001@libero.it
35026 - LEGNARO (PD)

Visto dal Presidente della Camera dei Deputati

Al Presidente della IV^a Commissione Difesa
della Camera dei Deputati

On. Luigi **RAMPONI**

Piazza Montecitorio

00186 - ROMA

Al Presidente della XII^a Commissione Affari
Sociali della Camera dei Deputati

On. Giuseppe **PALUMBO**

Piazza Montecitorio

00186 - ROMA

Al Presidente della VIII^a Commissione
Ambiente della Camera dei Deputati

On. Pietro **ARMANI**

Piazza Montecitorio

00186 - ROMA

Al Presidente della IV^a Commissione Difesa
del Senato della Repubblica

Sen. Domenico **CONTESTABILE**

Piazza Madama

00186 - ROMA

Al Presidente della XII^a Commissione Igiene
e Sanità del Senato della Repubblica

Sen. Antonio **TOMASSINI**

Piazza Madama

00186 - ROMA

Al Presidente della XIII^a Commissione
Ambiente del Senato della Repubblica

Sen. Emiddio **NOVI**

Piazza Madama

00186 - ROMA

Intendiamo intervenire, a nome dell'Associazione Galileo 2001 - per la libertà e la dignità della Scienza - per segnalare un ulteriore esempio non solo di cattiva informazione ma anche e soprattutto di allarmismo ingiustificato che prescinde da ogni valutazione scientifica corrente.

Si tratta del reiterarsi di notizie, affermazioni e posizioni infondate a proposito del rischio di insorgenze tumorali a causa del noto uranio impoverito, in particolare per ciò che riguarda i militari italiani in missione in Bosnia e Kosovo o, eventualmente, in altri teatri di guerra dove si sia fatto uso di proiettili confezionati con tale materiale.

Va precisato che purtroppo l'opinione pubblica, in particolare nel nostro Paese, è stata talmente soggetta ad un bombardamento mass-mediatico, spesso in dispregio di ogni corretta interpretazione, da rendere drammatico un problema sostanzialmente inesistente (casi di questo genere

si sono verificati e si verificano tuttora: ne sono esempio eclatante il cosiddetto "elettrosmog" e l'estracismo agli OGM).

Ne consegue che, se conducessimo un'indagine in Italia sulla radioattività, il responso sarebbe che quasi il 100% della popolazione risponderebbe che la radioattività è un rischio terribile per la salute.

La radioattività è una realtà della natura: l'umanità vive da migliaia di anni immersa nelle radiazioni. Se il rischio fosse quale si paventa l'uomo sarebbe scomparso da tempo dalla faccia della terra.

Ovviamente l'insorgenza di rischi, anche letali, dipende dall'intensità e dal prolungarsi dell'esposizione alle radiazioni.

Le radiazioni provenienti dall'uranio impoverito non presentano pericoli maggiori di quelli costituiti dalla radioattività naturale.

L'uranio depleto presenta una debolissima radioattività alfa (del resto facilmente schermabile per esempio con un foglio di carta) con un tempo di dimezzamento di circa 5 miliardi di anni, tale da determinare una intensità di dose a contatto (0,5-2 mSv/ora) che, per raggiungere il limite previsto dalla normativa europea e italiana (50 mSv in un anno per gli arti e per la pelle), sarebbe necessario tenere a diretto contatto con la pelle un proiettile o un frammento per almeno 25 ore.

Pertanto, si tratta di rischi nettamente inferiori a quelli dovuti, ad esempio, alla radioattività naturale presente in alcune zone della Lombardia, del Lazio e in Piazza del Vaticano, a Roma.

In caso di inalazione o ingestione, le dosi limite (1 mSv/anno) sarebbero raggiunte inalando più di 8 mg di uranio in forma insolubile o 134 in forma solubile, corrispondenti a ca. 1 anno di respirazione, in un'atmosfera contenente polveri di uranio in quantità (rispettivamente 1 e 17 microgrammi al metro cubo) certamente non riscontrate nei casi specifici.

Dopo la guerra del golfo diversi studi pubblicati sulle riviste più prestigiose, condotti su migliaia di veterani del golfo, sia americani che britannici, non hanno evidenziato alcun aumento di mortalità per tumore né per altre cause nei confronti sia dei militari non partecipanti alla guerra che della popolazione in generale.

Nessuna evidenza inoltre fu riscontrata per quanto riguarda l'aumento di malformazioni nei bambini nati dai veterani. Di questi una buona parte vivono tuttora con frammenti di uranio impoverito nel loro corpo, come evidenziato dall'analisi delle urine. Non si riscontra alcun danno di tipo tumorale in particolare ai reni, che costituiscono l'organo più a rischio per l'attività tossica dell'uranio.

La Commissione Mandelli, istituita dal Ministro Martarella, del governo precedente all'attuale, ha studiato l'incidenza di tumori tra i militari impiegati in Bosnia e Kosovo. Contrariamente a quanto è stato riferito sulla stampa, il dato più importante è che rispetto ai 91 casi di tumore attesi, sulla base dell'incidenza dei registri dei tumori italiani, si sono effettivamente osservati soltanto 44 casi, circa la metà di quanto ci si sarebbe aspettato, un dato questo altamente significativo dal punto di vista statistico. Se si vanno a valutare all'interno di queste neoplasie i tumori solidi e i tumori ematologici, si vede che tra i tumori solidi (del polmone, del cervello, gastroenterici, melanomi, ecc.) dei 74 attesi, se ne sono verificati soltanto 22, il che è anche altrettanto significativo, dal punto di vista statistico.

Nel caso di tumori ematologici, mentre non si riscontra alcun aumento di leucemie acute e di linfomi non Hodgkin, l'unica evidenza in eccesso (12 casi invece dei 5 attesi) riguarda il Linfoma di Hodgkin. Ciò merita ulteriori approfondimenti, anche se trattasi di tumori frequenti nella popolazione giovanile, solitamente guaribili con i trattamenti disponibili.

E' da aggiungere che la Commissione Mandelli ha effettuato studi (poco o per niente riferiti dai giornali) su centinaia di militari presenti e non presenti in Bosnia e su di un gruppo di controllo di civili misurando l'uranio nelle urine. I risultati hanno mostrato che non vi erano differenze fra i vari gruppi.

In conclusione, sulla base dei dati forniti dalla Commissione Mandelli, oltre che dalla letteratura medica internazionale, si può escludere che vi sia una correlazione fra uranio impoverito e tumori, anche se è consigliabile continuare a seguire l'evoluzione del fenomeno.

Con i più rispettosi saluti.

Per Associazione Galileo 2001 per la libertà e la dignità
della scienza



Prof. Renato Angelo Ricci, Presidente

Prof. Carlo Bernardini, V. Presidente

Prof. Umberto Tirelli, V. Presidente

Prof. Franco Butaglia, V. Presidente

ALLEGATO 5

ANTICIPATA FAX 06.5994.5226
SEGUE RACCOMANDA

Comitato Genitori di Militari
Caduti in Tempo di Pace
Ref. Angelo Garro e Anna Cremona
Via Castel Morrone, 5 - 20129 Milano
E-mail: cogemil.caduti@tiscali.it

LETTERA APERTA AL MINISTRO DELLA SALUTE ON. SIRCHIA

Milano, 25 agosto 2003

Egr. Sig. Ministro della Salute,

apprendiamo da organi d'informazione cartacei e televisivi di venerdì 22 agosto 2003: «il Ministro della Salute On. Girolamo Sirchia, ordina una inchiesta nella quale l'Istituto Superiore di Sanità indagherà sul numero e sulle responsabilità delle cause della mortalità di persone anziane avvenute in questa torrida estate 2003, e i dati potranno essere disponibili "in tempi brevi"».

Molto bravo e solerte il Ministro della Salute, ma.....!

Ma il Ministro, già Primario di un Reparto di ematologia come il Centro Trasfusionale del Policlinico dell'Università di Milano conosce bene e da tempo immemorabile i gravi problemi del Servizio Sanitario Nazionale causati dai continui tagli al Bilancio che gravitano su di esso, causa principale della chiusura di interi reparti, della mancanza di personale e perfino della mancanza di farmaci essenziali, nonché di strutture fatiscenti e obsolete, che provocano disservizi vari, nonché mortalità ingiustificate.

E in ciò fa bene il Signor Ministro, troverà certamente gravi responsabilità, ma da attribuire al Governo, non certo alla natura che opera una "naturale" mortalità della popolazione anziana.

Quindi ancora bravo al Ministro Sirchia, ma sarebbe certamente molto più bravo, anzi bravissimo se con la stessa solerzia con cui indagherà sulle numerose morti di anziani per causa di eventi climatici e atmosferici che sono comunque eventi naturali irrefrenabili ed incontrollabili da non poter mettere sotto inchiesta come la pioggia, il vento, il caldo africano; ma sarebbe più logico che il Ministro della Salute proprio in quanto esperto in ematologia, avviasse finalmente, così come sarebbe suo dovere, una indagine sugli effetti dell'U238 sulle nostre truppe inviate nei Balcani ed in Medio Oriente.

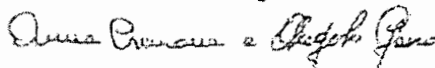
Come si sa (ma non si ammette) infatti esso è responsabile della mortalità e delle malattie ematiche di tanti giovani militari affetti dalla cosiddetta Sindrome dei Balcani, come il Morbo di Hodgkin e tutte le forme di patologie tumorali del sistema emolinfatico, dopo essere stati inviati in zone di guerra già bombardate dall'uomo (e non a causa della natura) con tonnellate di bombe all'uranio impoverito.

Si tutelerebbe così veramente la salute e la vita di tanti giovani cittadini italiani, oggi militari, (vergognosamente ignorati) dalla stessa Commissione Governativa "Mandelli", ridando così una tangibile speranza a tutti coloro che al servizio del Paese si sentono da questi abbandonati: come il defunto M.lio sminatore Sergio D'Angelo congedato anzi tempo ai primi sintomi del male. Prassi ormai consueta del Ministero della Difesa, o come il Cap. elicotterista Stefano Melone, il Caporalmaggiore Corrado Di Giacobbe, Salvatore Vacca, Giuseppe Pintus o come il caso del Caporalmaggiore Valery Melis di 26 anni, di Quarto S. Elena, ricoverato da mesi presso l'Istituto Oncologico Europeo di Milano in attesa di trapianto di midollo, nella corsa per la vita.

Non pensa Signor Ministro che sarebbe un gran bel gesto da parte Sua, una visita al Caporalmaggiore Melis, toccando così con mano la situazione, che è comune anche a tanti altri militari che non nominiamo per mancanza di spazio?

Distinti saluti

Anna Cremona e Angelo Garro



ALLEGATO 6

L.I.D.U.
Lega Italiana Diritti dell'Uomo

Al Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria
Prof. Donato GRECO
Ministero della Salute
Via della Civiltà Romana 7
00144 ROMA

Doc. n. VII/23362
I. S. S. B.

La L.I.D.U. è una organizzazione che da oltre 50 anni tutela i diritti fondamentali delle persone. (Si allega statuto).

La L.I.D.U., che ha sempre operato attraverso Comitati monotematici – procreazione consapevole, diritto di famiglia, vittime di emoderivati infetti o di micotossine ecc. – ha in funzione un gruppo di lavoro sulla radioprotezione preminentemente in relazione all'uso dell'uranio impoverito.

Sulla base delle vigenti normative sul diritto partecipativo dei cittadini e delle rispettive associazioni, la LIDU chiede di partecipare ai lavori del **Comitato Scientifico** che si occupa della campagna di monitoraggio delle condizioni sanitarie di tutti i cittadini italiani (sia civili che militari) che, a qualunque titolo, hanno operato ed operano nei territori del Kosovo e della Bosnia-Herzegovina.

La LIDU indica quali propri rappresentanti il Dott. Aldo Barbona e la Dott.ssa Patrizia Ravagnan.

Restiamo in attesa di Vostro sollecito riscontro da inviare al seguente indirizzo:

Dott.ssa Patrizia Ravagnan
Via Chiusi, 52
00139 ROMA

o in alternativa: bar.aldo@libero.it

Distinti saluti.

Roma, 11 ottobre 2004

Il Segretario generale)
(Dott.ssa Monica MAGGIORI)

ALLEGATO 7



DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE E DELLA COMUNICAZIONE
DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA

Ufficio IX

DGPREV.9/1513-P/1.9.b.b

Roma, - 5 LUG. 2005

Alla L.I.D.U.
Lega Italiana Diritti
dell'Uomo

VIA E-MAIL

OGGETTO:

Monitoraggio sanitario delle condizioni di salute dei cittadini italiani (sia civili che militari) che hanno operato od operano in missioni internazionali di pace o di assistenza umanitaria nei territori della Bosnia-Herzegovina o del Kosovo.

Con riferimento alla nota di codesta Associazione in data 19 maggio 2005, nel ringraziare per la collaborazione fornita, si prega di voler mettere inizialmente a disposizione di questa Direzione generale quanto indicato ai punti 1, 5 e 6 della nota medesima, con particolare riguardo allo specifico tema dell'uranio impoverito.

Per quanto concerne, infine, la richiesta di un locale attrezzato, dotato di personal computer con collegamento ad internet e telefax, spiace dover comunicare che, a causa della carenza di spazi a disposizione, non risulta possibile al momento soddisfare tale esigenza.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. D. Greco)

ALLEGATO 8

Legg. Italiana dei Diritti dell'Uomo
L.I.D.U. Onlus
Per i diritti non ancora esigibili

MIN. SALUTE
SPREV. - UFF. IX
...
... 15753
... I. S. G. G.

Al Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria
Prof. Donato GRECO
Ministero della Salute
Via della Civiltà Romana 7 00144 ROMA

pc Dott. Fulvio Nanni
Ministero della Salute
Via della Civiltà Romana 7 00144 ROMA

Oggetto: Campagna di monitoraggio per le condizioni di salute dei cittadini italiani che hanno svolto missioni in Bosnia, Herzegovina e nel Kosovo

In relazione all'oggetto e agli impegni presi nell'audizione del 15 / 2 / 05, cioè collaborare in pieno come richiesto dal Comitato scientifico, la LIDU ONLUS dichiara che ha fatto il seguente lavoro:

1. ampia e documentata ricerca bibliografica con particolare riferimento all'Uranio impoverito.
2. predisposizione del sito all'interno del quale è in preparazione una Agenzia di stampa per informazione e per analisi delle informazioni comparse sui media.
3. reperimento della normativa italiana, comunitaria e internazionale per gli esposti a radiazioni e a sostanze chimiche, fisiche e biologiche, con gli allegati ed i decreti ministeriali.
4. documentazione dell'inventario nazionale sostanze chimiche- art. 9 della Legge 23 / 12 / 1978, n. 833, per la valutazione del rischio sanitario ed ambientale, dal D.M. del 17 / 12 / 1977 e successivi.
5. convegni, seminari e relazioni del Servizio di radio protezione dell'Istituto Superiore di Sanità.
6. convegni, atti e trattati di Medicina del lavoro.
7. collaborazione operativa già attivata con OIL (Organizzazione Internazionale del Lavoro), IAEA (Agenzia Internazionale Energia Atomica), WHO (Organizzazione Mondiale della Sanità), CNR (Consiglio Nazionale delle Ricerche), AIRP

(Associazione Italiana di Radio Protezione), ed altre collaborazioni.

8. reperimento di atti parlamentari e leggi pertinenti all'oggetto.

9. ampia rassegna stampa pertinente all'oggetto.

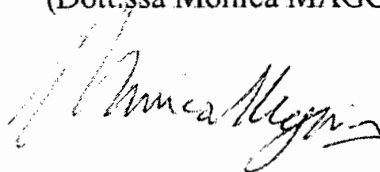
Presso la LIDU è disponibile tutta l'ampia documentazione fornitaci dall'ANAVAFAP (Associazione Nazionale Assistenza Vittime Arruolate nelle Forze Armate e Famiglie dei Caduti).

Per poter procedere e soddisfare tutte le richieste che codesta Direzione Generale ha rivolto alla LIDU ONLUS, la stessa chiede di poter usufruire delle strutture messe a disposizione della Campagna di monitoraggio di cui all'oggetto (locale attrezzato, con pc con collegamento internet, telefax, ecc.), in quanto, a causa del decesso dell'allora Segretario generale Dr.ssa Orietta Avenati De Marchi, la propria sede di piazza SS. Apostoli in Roma non è ancora riattata per l'impegno richiestoci.

In attesa di un Vostro cortese riscontro, si inviano cordiali saluti.

Il Segretario generale)
(Dott.ssa Monica MAGGIORI)

Roma, 19 maggio 2005



ALLEGATO 9

Nanni Fulvio

Da: Sindacato [inforquadri@libero.it]

Inviato: venerdì 4 novembre 2005 9.33

A: Nanni Fulvio

Oggetto: Bozza progetto

Allegati: Progetto LIDU ott 05 DU 2.doc

Come da accordi telefonici, ti invio bozza del progetto relativo all'accordo di collaborazione fra la LIDU e la Direzione generale della prevenzione sanitaria di cui sei dirigente.

I punti 9.) e 10.) dell'Indice sono relativi agli statuti, quello iniziale e quello che apportò la modifica in LIDU ONLUS. Il punto 11.) invece si riferisce a 5 numeri della rivista *Tribuna Biologica e Medica*, che dal 2001 ha pubblicato vari articoli sulle problematiche dell'uranio impoverito.

Nell'ottica di una proficua collaborazione, sperando di risentirci al più presto, ti invio cordiali saluti.

Dr. Aldo Barbona (LIDU _ vicepresidente vicario)

PAGINA BIANCA

L.I.D.U. Lega Italiana dei Diritti dell'Uomo

ONLUS

per i diritti non ancora esigibili

Comitato "Uranio Impoverito"

***SUPPORTO OPERATIVO
AL MONITORAGGIO DEI CITTADINI ITALIANI CIVILI E MILITARI
CHE HANNO SOGGIORNATO
NELLE ZONE CONTAMINATE DA USO BELLICO DI D.U.***

Ottobre 2005

PAGINA BIANCA

INDICE

Introduzione

1. Ricerca bibliografica della letteratura scientifica, di diffusione e divulgativa sull'uso bellico dell'Uranio Impoverito (DU)
2. Condizioni e metodologia per ottenere i dati da sottoporre ad elaborazione
3. Attivazione di Servizi Intercomunicativi finalizzati alla raccolta dei dati ed all'arruolamento in Protocolli Diagnostici (Call Center- Numero Verde)
4. La prevenzione primaria della patologia da D.U. non competenza del Ministero della Salute. Prevenzione secondaria (DIP)
5. Diagnosi precoce e terapia: proposta di linee guida per screening di laboratorio
6. Requisiti minimi (Minimum Requirements) dei presidi sanitari specializzati per controlli in fase pre clinica, disponibili a richiesta dei Curanti.
7. Attuazione di controlli di controllo sulle sostanze alimentari importate dai territori della Bosnia-Herzegovina e del Kosovo.
8. Finanziamento
9. Statuto originario della LIDU
10. Statuto della LIDU onlus
11. Bibliografia UD di LIDU / ANAVAFAP

INTRODUZIONE

La L.I.D.U. è sorta dal 1949. E' stata costituita in ONLUS nel 2000.

L'associazione ha iniziato a studiare le conseguenze sulla salute umana dell'uso bellico dell'Uranio impoverito (U. I., DU) dagli ultimi anni '90.

Lo stimolo e la fornitura della letteratura esistente all'epoca è pervenuta alla L.I.D.U. dall'Associazione per le Vittime militari e rispettive famiglie (ANA VAFAF) il cui presidente è autorevole membro del Comitato Direttivo della L.I.D.U..

Il problema si poneva in termini drammatici per i reduci dalle zone colpite da proiettili e bombe contenenti DU perché:

- ✓ veniva negato l'uso bellico del DU
- ✓ veniva negato, e tuttora viene negato, il rapporto di causalità fra DU e patologie per lo più neoplastiche e malformative congenite
- ✓ veniva e viene conseguentemente negato il riconoscimento della causa di servizio e quindi l'assistenza sanitaria ed economica nei confronti di persone deprivate anche delle competenze mensili alla scadenza del periodo massimo di malattia

Da questi fatti deriva la necessità che il monitoraggio dei reduci sia collegato con la garanzia di rispetto dell'anonimato, e con assistenza completa, gratuita, ed al più aggiornato ed approfondito livello diagnostico e terapeutico.

La motivazione fondamentale che induce la LIDU a sperimentare una collaborazione con il Ministero della Salute è data con l'intenzione che la cospicua normativa sulla prevenzione e sul trattamento dei radioesposti possa concretamente essere attuata.

1) RICERCA BIBLIOGRAFICA DELLA LETTERATURA SCIENTIFICA, DI DIFFUSIONE E DIVULGATIVA

La L.I.D.U. ha curato la pubblicazione del primo lavoro multidisciplinare di Autori italiani a livello accademico.¹ Ha attivato un sito internet ed un indirizzo di posta elettronica supportati dalla SIRFIN SpA.

E' in corso di stampa un fascicolo per la diffusione delle problematiche sorte dall'uso bellico del D.U., che sarebbe più corretto indicare con il termine non acronimo e più noto di "scorie radioattive".

Tutto il materiale raccolto (fra cui lettere di testimonianza, resoconti sanitari di paesi coinvolti) ed altro non ancora acquisito, oltre quello "in progress" sarà opportunamente messo a disposizione del Ministero della Salute, opportunamente classificato per tipologia (lavori scientifici, prescrizioni di sicurezza emanati dai comandi militari, stampa non specializzata, conferenze, commissioni, studi epidemiologici...).

¹ TRIBUNA BIOLOGICA E MEDICA -ANNO 9- VOL 9- N. 1-2- GENNAIO 2001

2) CONDIZIONI E METODOLOGIA PER OTTENERE I DATI DA SOTTOPORRE AD ELABORAZIONE

Abbiamo sufficiente esperienza sulla inesautività dei dati epidemiologici attesi attraverso centri di raccolta di livello locale. Nel caso delle patologie infettive virali veicolate da plasmaderivati, il Registro nazionale nel 2002, aveva un deficit del 25% rispetto ai dati incrociati dall'indagine giudiziaria e dell'ufficio per la legge 210/92.

Per questo motivo è necessario incentivare l'autonotifica prospettando l'inserimento in un protocollo gratuito di monitoraggio ad alto livello diagnostico e terapeutico con garanzia di rispetto del segreto professionale, eventualmente assegnando una sigla di riconoscimento all'atto dell'inserimento.

Questo accorgimento è reso necessario dall'esistenza, accanto a malati inascoltati, di dissimulanti per motivi di carriera o più prosaicamente per il rischio reale di essere dichiarati non idonei al servizio e perdere, così, lo stipendio: in questo caso la notifica potrà essere fatta solo quando la gravità della malattia avrà reso necessario il ricovero ospedaliero, così falsando la indagine epidemiologica e ritardando la tempestività e l'ottimizzazione di diagnosi e cura.

Altro errore che dovrà essere evitato è la richiesta della certezza di diagnosi definitiva per l'arruolamento nel protocollo, scelta adottata da altro tentativo di studio epidemiologico, con il quale (erroneamente) si è ritenuto potersi acquisire la prova del rapporto causale con il DU.

3) ATTIVAZIONE DI SERVIZI INTERCOMUNICATIVI FINALIZZATI ALLA RACCOLTA DEI DATI ED ALLO ARRUOLAMENTO IN PROTOCOLLI DIAGNOSTICI

(CALL CENTER- NUMERO VERDE)

Definizione di linee guida per la progettazione e gestione di un call center ad alto contenuto tecnico e socio-psicologico.

Creazione data-base e programma per gestirlo.

Attivazione di 3 (tre) linee telefoniche

Attivazione di 1 (una) linea fax.

Per la gestione dei programmi informatici e del call center, avendo sperimentato le loro capacità professionali e tecniche, si è deciso di avvalersi dei servizi della Società SIRFIN SpA (www.sirfin.it), Società per l'informatica, filiale di Roma.

4) LA PREVENZIONE PRIMARIA DELLA PATOLOGIA DA D.U. NON COMPETENZA DEL MINISTERO DELLA SALUTE. POSSIBILE SOLO PREVENZIONE SECONDARIA (DIP E NORME DI PROTEZIONE)

La prevenzione primaria delle patologie da DU può consistere soltanto nella rinuncia all'uso bellico del DU, ma questa, ovviamente, non rientra nelle competenze del Ministero della Salute. E' competenza, invece, di questo Ministero l'emanazione di norme di protezione individuale per gli operatori su territori sospetti di contaminazione e per la popolazione civile, nonché di linee guida per il comportamento del personale sanitario e logistico nonché della popolazione in caso di eventi a sospetto rischio radioattivo.

Sarebbe opportuno che dal Ministero della Salute fossero emanate linee guida sui requisiti minimi dei DIP finalizzati alla protezione dal DU.

Il lavoro che sarà elaborato dal Comitato scientifico nell'ambito della campagna di monitoraggio sulle condizioni di salute dei reduci può divenire, con adeguata diffusione delle informazioni, una preziosa e tempestiva linea-guida per non improbabili attacchi terroristici, tenendo presente che la contaminazione con scorie radioattive (DU) di un Km² di territorio ha il costo di circa 1 dollaro (dicesi un dollaro USA).

Le prime norme militari italiane di protezione dal DU sono state emanate con circolare del Gen. Bizzari il 22 Novembre 1999 (*Uranium information and instruction*). Le prime norme USA sono state emanate in Somalia il 16 agosto 1993 (*Depleted Uranium (DU) Safety Training*).

Non sempre i nostri militari operanti sul territorio nelle zone contaminate, anche dopo l'emanazione delle norme di protezione, sono stati dotati di dispositivi individuali di protezione (D.I.P.- maschere, guanti, tute..) ed in ogni caso non in quantità sufficiente al cambio per ogni interruzione di lavoro: per soste di riposo, per assunzione di pasti al sacco, per bisogni fisiologici quali anche una semplice soffiata di naso.

Da questa carenza derivano alcune conseguenze:

- una indagine epidemiologica di studio sulla efficacia dei DIP deve preliminarmente accertare che le norme di protezione siano state rispettate sempre;
- una indagine epidemiologica che riscontrando malati solo fra gli operatori sul territorio ne calcolasse la prevalenza sulla base del numero totale dei presenti in una data zona, commetterebbe un grave errore;

- è anche vero che, benché molto meno frequente, non può essere escluso il contatto con il DU lontano dai luoghi dove è avvenuta l'esplosione, tenuta presente la volatilità dell'uranio impoverito che può essere trasportato dalle nubi anche a grandi distanze;²
- è necessario ottenere dal Ministero della Difesa dati disaggregati per funzioni operative: lavoro sul territorio, lavoro d'ufficio, di solo arrivo e partenza (piloti di aereo...). Una coorte comprensiva di tutti gli ospiti alle mense in un dato periodo in una certa zona, ai fini di uno studio epidemiologico serio, è semplicemente priva di senso comune.

² La volatilità del DU era ben nota. Alla fine degli anni '70, in tre siti del Knolls Atomic Power Laboratory, a Colonie nello Stato di New York, su filtri che si trovavano a 36 miglia (circa 60 Km) dall'impianto della National Land Industries, che produceva pallottole all'uranio impoverito, furono trovate tracce di UI. Una corte dello Stato di New York ordinò la chiusura dell'impianto nel 1980 perché superava il limite di emissione mensile (385 gr.) consentito dallo Stato. Per un confronto, l'ammontare di UI scaricato in Iraq e in Arabia Saudita nel gennaio e febbraio del 1991 superava di 700.000 volte quello emesso dall'impianto della National-Land.

5) DIAGNOSI PRECOCE E TERAPIA: PROPOSTA DI LINEE GUIDA PER SCREENING DI LABORATORIO

Il monitoraggio delle condizioni di salute dei reduci dalle regioni indicate dal Decreto interministeriale 10 novembre 2003 dovrebbe essere esteso anche ai reduci delle altre zone militari dove è stato dimostrato l'uso bellico del DU.³ Sarebbe importante conoscere il parere del Comitato scientifico e le determinazioni del Ministero della Salute anche ai fini della impostazione del *Call Center* e dei casi da accettare nel protocollo di monitoraggio.

La diagnosi precoce, oltre che costituire la migliore preconditione per la cura e possibilmente per la guarigione, può essere prospettata come incentivo, assieme all'anonimato, per indurre gli interessati all'autonotifica.

Per la determinazione dell'eventuale danno biologico radioindotto tramite indagini di tipo mutagenetico, o citotossicologico in generale si propongono:

- SCE (Colinesterasi ndr) per la determinazione di danno indotto da metalli pesanti;
- Test dei micronuclei eseguiti su colture di linfociti e/o su cellule dell'epitelio di sfaldamento bronchiale da espettorato;
- Analisi cromosomica su colture in vitro di linfociti per rilevare eventuali traslocazioni bilanciate tramite tecniche fluorescenti di ibridazione in situ con sonde di DNA.

Questi accertamenti dovrebbero essere eseguiti tutti, in quanto ciascuno accerta un eventuale danno prodotto da uranio e da altre cause. Ad esempio, SCE può rilevare anche altri metalli pesanti, ed il test dei micronuclei può rilevare anche altri agenti genotossici oltre l'uranio. La sovrapposizione di questi accertamenti, allo stato attuale delle nostre conoscenze orienta con buona approssimazione la diagnosi della patologia e la relativa patogenesi.

A questi potrebbe in teoria aggiungersi una analisi radiochimica su campioni di tessuto osseo. Tuttavia, data la natura di questo accertamento, si ritiene in ultima analisi che quanto raccomandato sopra sia preferibile per i vivi

³ Il DU non viene usato solo come proiettile anticarro; viene usato anche nei missili Cruise Tomahawk (sparati dalle navi) che possono arrivare fino ad un peso di 1000, 2000 kg e nelle bombe GBU. Anche se il DU si trova solo nei dardi, è evidente che non si tratterà più di 300 g. ogni proiettile, ma di decine, forse centinaia di chili, ingigantiti dalla nube di aerosol.

Questi missili sono stati usati in Irak, in Kuwait, in Bosnia e in Somalia (dalle forze di pace dell'ONU) oltre che in Jugoslavia.

6) REQUISITI MINIMI (MINIMUM REQUIREMENTS) DEI PRESIDI SANITARI SPECIALIZZATI PER CONTROLLI IN FASE PRE CLINICA, EVENTUALMENTE ANCHE DISPONIBILI A RICHIESTA DEI CURANTI.

Sarà necessario individuare in Italia uno o più presidi attrezzati per l'esame del DNA, esami multielemento dei capelli, esami odonto-trico-dosimetrici (...) e darne informazione alle persone accettate nel protocollo di monitoraggio con l'assicurazione che ogni trattamento a fini diagnostici è totalmente gratuito per l'interessato. Qualora alcuni esami, ritenuti necessari dal Comitato scientifico, non fossero effettuabili in Italia, sarà molto opportuno affidare a strutture di riconosciuta serietà ed eccellenza il compito di mettere a punto la relativa metodica.

Finora nell'ambiente di questi reduci ed in genere dei portatori di danno biologico radioindotto è diffuso il convincimento che soltanto recandosi in Francia sia possibile effettuare alcuni esami fondamentali quali gli esami odonto-trico-dosimetrici.

Certamente è un *deficit* di informazione che potrà essere contrastato solo con la diffusione della conoscenza e con l'instaurazione del dialogo con questi Cittadini finora lasciati allo sbando a provvedere a loro scelta e soprattutto a loro spese alle esigenze sanitarie e sociali create dalla malattia

**7) ATTUAZIONE DI CONTROLLI SULLE SOSTANZE ALIMENTARI
IMPORTATE DAI TERRITORI DELLA BOSNIA- HERZEGOVINA E
DEL KOSOVO.**

Anche per questo compito affidato al Ministero della Salute dal Decreto interministeriale del 10 novembre 2003, l'indagine dovrebbe essere estesa alle importazioni di sostanze alimentari provenienti dagli altri Paesi dove è stato accertato l'uso bellico del DU.

Si propone di esaminare l'opportunità di estendere l'indagine ad altri analisi del gruppo delle micotossine (aflatossine, Ocratossina A, patulina ...) che sono i più potenti cancerogeni conosciuti in natura, genotossici, embriotossici, privi di valore di soglia e che, per la suggestiva sovrapponibilità con le patologie radioindotte anche se ad etiopatogenesi differente, potrebbero chiarire alcuni quadri morbosi di casi particolari, specie a carico dell'apparato genito-urinario. Il lavoro del Comitato potrebbe essere una buona occasione per coprire la carenza di controlli tuttora esistente in Italia.

In via subordinata il controllo potrebbe essere limitato alle sole persone inserite nel protocollo di monitoraggio per valutare l'esistenza ed eventualmente l'ampiezza del fenomeno. Da questo accertamento potrebbero derivare successive decisioni con migliore cognizione di causa.

8) FINANZIAMENTO

Entro il corrente anno la LIDU può fornire i servizi sub 1.) –Bibliografia- e sub 3.) – progetto ed avvio di un *Call Center*- rientrando il supporto per gli altri argomenti in un eventuale piano triennale di consulenza e collaborazione

PIANO FINANZIARIO ANNO 2005

Obiettivo	Costo Totale	Contributo L.I.D.U.
Titolo 1	€ 90.000,00	Valore del lavoro, non retribuito, espletato dai soci L.I.D.U. dal 2000.
Titolo 3	€ 60.000,00	Personale già munito di conoscenze tecniche e capacità sociologiche formato per il lavoro specifico.
TOTALE	€ 150.000,00	

ALLEGATO 10

Nanni Fulvio

Da: Nanni Fulvio
Inviato: giovedì 6 aprile 2006 11.23
A: bar.aldo@libero.it; Patrizia Ravagnan (patriziaravagnan@tiscali.it); Vincenzo Panichelli (vpanichelli@tiscali.it)
Cc: D'Argenio Paolo; Spizzichino Lorenzo
Oggetto: Monitoraggio Kosovo. Audizione delle Associazioni cointeressate.
Allegati: Audizione LIDU2.doc; QUESITI1.doc

Verifica:	Destinatario	Consegna
	bar.aldo@libero.it	
	Patrizia Ravagnan (patriziaravagnan@tiscali.it)	
	Vincenzo Panichelli (vpanichelli@tiscali.it)	
	D'Argenio Paolo	Recapitato: 06/04/2006 11.23
	Spizzichino Lorenzo	Recapitato: 06/04/2006 11.23
	Nanni Fulvio	Recapitato: 06/04/2006 11.23

Cari Colleghi,

stiamo predisponendo il rapporto conclusivo sull'iniziativa che abbiamo denominata "Ascolto delle Associazioni cointeressate alla tematica Kosovo", alla cui realizzazione la L.I.D.U. ha contribuito fattivamente. Vi chiedo a tal proposito se la Vostra Associazione ritiene utile l'inserimento, nel testo di detto rapporto, di riferimenti rispetto a quanto stabilito nel corso dell'incontro del 15 febbraio 2005, del quale, ad ogni buon fine, ritrasmetto il sintetico resoconto, unitamente ai quesiti, anche questi ritrasmessi per pronta visione, dei quali viene fatta menzione nel resoconto medesimo.

Nel ringraziare nuovamente per la cortese collaborazione fornita, mi è gradita l'occasione per inviare i più cordiali saluti,
Fulvio Nanni

ALLEGATO 11

Al Ministro della Salute
Prof. Girolamo Sirchia
e p.c.

→ Al Dott. Fabrizio Oleari

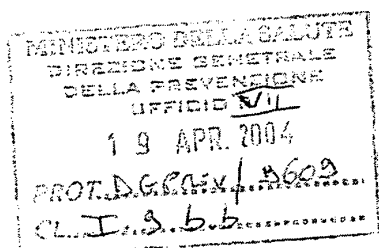
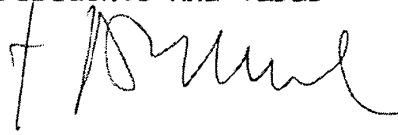
Roma, 9 marzo 2004

Il sottoscritto Falco Accame, nato a Firenze il 17.4.25. e residente a Roma, via Sutri 19, quale presidente della Associazione Ana-Vafaf, iscrizione Registro Regione 3/03/2000 L.R. 28/06/93 n. 29 e 23/05/96 n.18 Org. di Volontariato: Sez. Servizi Sociali, in relazione alla costituzione del Comitato scientifico istituito dal Ministero della Salute di concerto con il Ministero della Difesa, chiede di diritto di partecipare al citato Comitato scientifico, costituito dal dott. Fabrizio Oleari, in relazione alla attività svolta dal sottoscritto e dalla sua Associazione e al carteggio esistente con i citati Ministeri della Difesa e della Salute.

Si allega una sintetica presentazione della Associazione. Ulteriori dati potranno essere reperiti sul sito Anavafaf.com. Si allegano altresì alcuni estratti di giornale.

Si autorizza il trattamento dei propri dati personali in base alle vigenti norme di legge. In attesa di un sollecito cenno di risposta vogliate gradire i miei più cordiali saluti

Falco Accame
Presidente Ana-Vafaf



OSSERVATORIO MILITARE
FF.AA., FF.PP. e CIVILI
Via Ripa Mammea n. 8
00136 ROMA
tel. 064061731 fax. 0640802267

ALLEGATO 12

Roma li 20/10/2004

Spett.le
Commissione Difesa e Salute
c/o Ministero della Salute
Viale della Civiltà Romana n.7
00144 – Roma

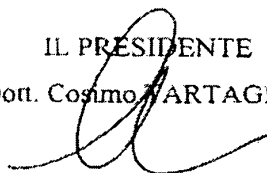
Raccomandata AR
Anticipata a mezzo fax

OGGETTO: Richiesta di nomina di un nostro membro nella Commissione Mista Difesa e Salute.

Con la presente Vi preghiamo di voler disporre l'inclusione di un Nostro membro del direttivo in seno alla Commissione Mista Difesa e Salute disposta da codesto Ministero.

Rimaniamo in attesa di una Vostra risposta in merito e successivamente Vi segnaleremo il nominativo di un Nostro membro facente parte del direttivo.
Distinti saluti.

IL PRESIDENTE
Dot. Cosimo FARTAGLIA





ALLEGATO 13

MINISTERO DELLA SALUTE

DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE E DELLA COMUNICAZIONE

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA

Comitato scientifico e sue strutture di supporto di cui all'Accordo, datato 30 maggio 2002, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sul protocollo operativo dell'indagine sulle condizioni sanitarie dei cittadini italiani che hanno operato nei territori della Bosnia-Herzegovina e del Kosovo, adottato in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome.

Verbale n. 8 – Seduta del 20 febbraio 2006.

Il giorno 20 febbraio 2006 si è svolto l'ottavo incontro del Comitato scientifico in epigrafe - e delle sue strutture di supporto - cui sono attribuiti i compiti di monitorare le condizioni di salute e di valutare l'eventuale impatto sullo stato di salute dei cittadini italiani a seguito della permanenza nei territori della Bosnia-Herzegovina e del Kosovo.

Si riporta di seguito l'ordine del giorno della riunione:

- audizione del Dr. Domenico Leggiero, Responsabile del Reparto Difesa dell'Osservatorio Permanente e Centre Studi per il Personale delle Forze Armate e di Polizia;
- varie ed eventuali.

Sono presenti alla riunione i seguenti Componenti del Comitato scientifico, delle sue strutture di supporto e della Segreteria organizzativa: Dr. Greco, Col. Peragallo, Col. Porcù, Dr. Giannotti, Dr.ssa Marino, Dr. Grandolfo, Dr.ssa Lagorio, Dr. Nanni, Dr. Spizzichino, Dr. Giaccio. Hanno partecipato alla riunione il Dr. Bertini del Dipartimento dei vigili del fuoco, del soccorso pubblico e della difesa civile del Ministero dell'interno e il Dr. Verdecchia dell'Istituto superiore di sanità, responsabile del progetto di sorveglianza epidemiologica dei tumori nella popolazione militare impegnata nei Balcani.

Il Dr. Leggiero è accompagnato dal Dr. Valerio Gennaro dell'Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro di Genova.

Il Prof. Assennato e il Prof. Barbone hanno comunicato l'impossibilità a partecipare alla riunione.

Prende la parola il Dr. Greco che, nel dare il benvenuto agli intervenuti, illustra sinteticamente le finalità e le modalità di lavoro del Comitato scientifico, nel quale sono rappresentate le Istituzioni responsabili della realizzazione della campagna di monitoraggio. Il Dr. Greco fa rilevare inoltre come il Comitato scientifico, in considerazione delle professionalità dei componenti, rappresenti in sostanza un tavolo di lavoro tecnico-scientifico, invitando pertanto il Dr. Leggiero ad affrontare tematiche di stretto interesse del Comitato medesimo.

Interviene il Dr. Leggiero che lascia agli atti un documento in data 20 febbraio 2006 a titolo: "Relazione dell'Osservatorio al Comitato scientifico", a firma dello stesso Dr. Leggiero. Tale documento costituisce parte integrante del presente verbale (All. 1). Il Dr. Leggiero illustra quindi sinteticamente agli intervenuti i contenuti del documento in parola. In particolare, viene tra l'altro posto l'accento da parte del Dr. Leggiero:

- sul dovere, verso il quale l'Amministrazione militare, a detta del Dr. Leggiero, sarebbe venuta meno, di fornire al proprio personale, impiegato nei territori nei quali è stato fatto uso di munizionamento ad uranio impoverito, le adeguate dotazioni di sicurezza, in considerazione di conosciuti studi, effettuati sulla pericolosità di tale agente;
- su alcune non corrette impostazioni metodologiche adottate dalla Commissione Mandelli, dovute essenzialmente alla non precisione dei dati da analizzare ricevuti, che avrebbero portato alla formulazione di conclusioni non rigorose;
- sul più cospicuo numero di decessi verificatisi e di casi di patologie insorte nei soggetti di cui all'art. 4-bis della legge n. 27/2001, risultante all' "Osservatorio Permanente e Centro Studi per il Personale delle Forze Armate e di Polizia".

Al termine del suo intervento il Dr. Leggiero offre la propria collaborazione al Comitato scientifico al fine ultimo di poter disporre della conoscenza di dati, relativi alla materia di comune interesse, scientificamente significativi.

A tal proposito interviene il Dr. Greco che invita il Dr. Leggiero a fornire al Comitato scientifico i dati in suo possesso, da trasmettere a seguito di formale, specifica richiesta. Il Dr. Greco sollecita quindi l'apertura di un dibattito.

Prendono la parola il Dr. Verdecchia, il Dr. Grandolfo e il Col. Peragallo per formulare quesiti sul possesso o meno di documentazione relativa ai casi di decesso o di malattia riferiti, alla diagnosi effettuata, al luogo di svolgimento delle missioni, sulla possibilità di fornire un elenco

nominativo riferito ai decessi e ai casi di malattia e sulla presenza in detto elenco di soggetti non militari. A tutti i quesiti il Dr. Leggiero fornisce puntuale risposta.

Interviene il Dr. Grandolfo che, riferendosi a quanto precedentemente sostenuto dal Dr. Leggiero circa la presunta non correttezza dei dati forniti alla Commissione Mandelli, in considerazione della sua partecipazione ai lavori di quella Commissione e nel sostenere la necessità di definire con assoluta certezza, come sembra si stia verificando, la questione riguardante l'accuratezza e la corrispondenza alla situazione reale di detti dati, sottolinea l'assoluta insussistenza di motivazioni che possano portare a dubitare della qualità del lavoro scientifico svolto dai ricercatori dell'Istituto superiore di sanità sui dati a disposizione per ottenere informazioni le più vicine possibili alla realtà.

Riguardo alla presunta imprecisione dei dati forniti alla Commissione Mandelli sostenuta dal Dr. Leggiero, prende la parola il Col. Peragallo per sostenere che nel momento in cui si presentò la problematica dell'uranio impoverito non si disponeva di un data base del personale militare e che, nonostante i ristrettissimi tempi concessi per la predisposizione delle informazioni necessarie, i dati forniti dal Ministero della difesa corrispondono – forse anche in difetto numerico – alla reale presenza di personale militare nei territori in esame.

Interviene la Dr.ssa Lagorio per affermare che dall'attenta lettura, non avendo partecipato ai lavori della Commissione Mandelli, delle metodologie descritte nella relazione conclusiva di detta Commissione si evince come siano stati effettuati tutti i tentativi possibili per definire il numero dei casi ed individuare il denominatore di riferimento. Per quanto riguarda invece la normativa attualmente vigente, più volte, rammenta la Dr.ssa Lagorio, il Comitato scientifico ha espresso perplessità sulla validità scientifica del protocollo operativo della campagna di monitoraggio sanitario previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 30 maggio 2002, tanto che lo stesso Comitato ha deliberato per la predisposizione di un documento di revisione e di proposta di modifica a detto protocollo, attualmente in fase di elaborazione. A tal ultimo riguardo la Dr.ssa Lagorio fa presente che, comunque, il lavoro su cui il Comitato ha ritenuto necessario impegnarsi non si prospetta come lavoro di facile realizzazione, in considerazione della delicatezza e complessità della tematica da trattare. I dati riferiti dal Dr. Leggiero, afferma la Dr.ssa Lagorio, sono dati di estremo interesse per il Comitato scientifico e sarà utile acquisirli per confrontarli, valutandone le fonti, con quelli a disposizione del Comitato stesso.

Riprende la parola il Dr. Greco per affrontare le problematiche relative agli aspetti generali di comunicazione e alle modalità di trasmissione dei dati in possesso del Dr. Leggiero. Per quanto riguarda la prima, il Dr. Greco sottolinea come l'organizzazione del Ministero della salute preveda che tutte le informazioni riguardanti l'attività istituzionale, ivi compresa quella che si riferisce ai

lavori del Comitato scientifico, debbano essere fornite all'esterno attraverso il proprio Ufficio stampa. Il Dr. Greco fa presente quindi al Dr. Leggiere che ogni eventuale attività comunicativa riguardante lo svolgimento e i contenuti dell'odierna riunione dovrà provenire dall'Ufficio stampa del Ministero della salute o essere previamente condivisa. Per quanto concerne la seconda delle problematiche, il Dr. Greco ribadisce la necessità di una richiesta formale dei dati dei quali il Dr. Leggiere è in possesso e che sono stati dallo stesso Dr. Leggiere precedentemente rappresentati. Il Comitato scientifico conferisce quindi mandato al Dr. Greco, nella sua veste di Coordinatore del Comitato stesso, di predisporre una nota in tal senso.

Interviene il Dr. Gennaro che, nel commentare preliminarmente alcune tabelle presentate dal Dr. Greco nel corso dell'audizione del 4 maggio 2005 presso la Commissione parlamentare di inchiesta sull'uranio impoverito, sostiene l'opportunità di una collaborazione, nelle forme e nelle modalità ritenute più idonee, tra la predetta Commissione e il Comitato scientifico ex Accordo Stato-Regioni del 30 maggio 2002.

Il Dr. Greco ringrazia il Dr. Leggiere e il Dr. Gennaro per essere intervenuti alla odierna riunione del Comitato scientifico. Il Dr. Greco invita inoltre il Dr. Leggiere ad intervenire a future riunioni del Comitato scientifico in caso di necessità. Tale invito viene accolto. Conclusa l'audizione, il Dr. Leggiere e il Dr. Gennaro abbandonano la sala. Prima di lasciare la sala, il Dr. Leggiere consegna al Coordinatore del Comitato scientifico il volume dal titolo: "Uranio: storia di un'Italia impoverita", Edizioni M.I.R. (All. 2), di cui lo stesso Dr. Leggiere è autore. Anche il Dr. Grandolfo lascia la sala, avendo assunto ulteriori impegni tenuto conto della prevista durata della riunione.

~~Il Dr. Greco, avendo verificato l'assenza di ulteriori argomenti da discutere nel corso dell'odierno incontro, dichiara conclusa la riunione alle ore 17.00.~~

IL VERBALIZZANTE
COMPONENTE DEL C.R.I.D.
(Dr. Fulvio Nanni)

Fulvio Nanni

IL COORDINATORE
DEL COMITATO SCIENTIFICO
DIRETTORE GENERALE DELLA
PREVENZIONE SANITARIA DEL
MINISTERO DELLA SALUTE
(Dr. Donato Greco)

Donato Greco

ALLEGATO 14

“CENTRO STUDI”

**“OSSERVATORIO
MILITARE”**

PER LA TUTELA DEL PERSONALE

FF.AA. FF.PP. E CIVILI

Relazione dell'Osservatorio al Comitato Scientifico

Roma 20 febbraio 2006

PAGINA BIANCA

INTRODUZIONE

Signor Direttore, signori membri del Comitato. L'inizio degli anni '90 segnarono la fine della guerra fredda e provocarono la caduta del muro di Berlino.

Il cambiamento socio politico che questi eventi provocarono, coinvolse il pianeta, e l'Europa in particolare.

In Italia, questi eventi e la costituzione di un organismo specifico per far fronte alle situazioni di ogni tipo di emergenza (Protezione Civile) mise in seria crisi l'esistenza stessa delle Forze armate.

A questo punto, ed in questo nuovo contesto, andavano rivisti compiti, ruoli e funzioni di tutto il comparto Difesa.

L'impiego di Forze Armate in operazioni definite di Peace Keeping o di "emergenze" internazionali, si rivelarono come un'innovativa veste da offrire al "nuovo" sistema di Difesa Italiano.

Compiti di "Polizia Internazionale" e/o interventi in pubblica calamità in tutte le zone del mondo che lo richiedevano erano ormai i nuovi impegni dell'Esercito Italiano.

In effetti utilizzare le Forze Armate in questi termini, era cosa già diffusa in Europa e l'ONU, sempre più frequentemente, ricorreva all'utilizzo di uomini in divisa per garantire pace e rispetto dei diritti umani.

Questa revisione di ruoli, compiti e funzioni avvenne in tempi talmente brevi che l'Italia, sotto certi aspetti, l'ha subita senza avere il tempo di prepararsi.

A complicare ancor di più gli eventi, contribuì anche il processo di "professionalizzazione" che già impegnava le Forze Armate Italiane.

In questo momento però, volendo cogliere l'occasione del cambiamento epocale, le richieste dell'ONU divenivano prioritarie.

Il conflitto in Somalia rappresentò il vero primo impegno del nostro Esercito in questa nuova dimensione internazionale.

Le esperienze accumulate fino a quel momento in Libano o in altri settori definiti "caldi" nulla avrebbero avuto in comune con teatri come quello Somalo molto vicino ad un vero e proprio teatro bellico.

I Problemi incontrati, vissuti e superati furono di vario genere e tipologia, ma l'entusiasmo, la novità e, diciamo senza vergogna o falsi pudori, l'esigenza economica di alcuni militari avevano opacizzato, sovente travisato, la realtà dell'evento.

Già la missione in Somalia aveva evidenziato tra i soldati che il nuovo assetto avrebbe prodotto altri tipi di problemi e situazioni molto più complesse per tutti gli uomini.

I nuovi impegni internazionali, stavano evidenziando due ordini di problemi.

Il primo, particolarmente obsoleto e radicato nelle Forze Armate Italiane: **LA LOGISTICA**.

Il secondo (già negli anni '70 aveva causato la prima "reazione" dei quadri medio bassi delle Forze Armate): **LA RAPPRESENTATIVITA'**.

Il divieto (condiviso all'epoca dei fatti) dal Centro Studi "Osservatorio" di iscrizione a sindacati per il personale delle Forze Armate e la necessità di evidenziare alcuni gravi problemi che il personale viveva, portarono a "studiare" una nuova formula che potesse offrire al personale tutela rappresentando altresì, per la classe politica, un'interfaccia importante tra Vertici militari e base.

Questo non perché i Vertici Militari non fossero preparati tecnicamente alle nuove situazioni ma, molto più semplicemente, perché le condizioni del personale erano mutate ed i termini, i modelli gestionali e di comando fino a quel momento utilizzati, non si dimostravano più idonei ed efficienti.

In quello storico momento si avvertì l'esigenza improrogabile, preponderante di evidenziare al mondo politico i severi problemi in cui versava il mondo militare e dunque chiedere tempo e fondi per rinnovarsi e rinnovare il sistema.

Chi avrebbe dovuto attivarsi in tal senso se non i Vertici militari?

Questi non solo non vi ottemperarono, volutamente ignorando, ma interpretarono come offensivo affronto l'entrare nel merito dell'azione di comando da loro stessi adottata.

L'omessa relazione ai vertici politici, fu la causa principale di tutti i problemi che inevitabilmente si riversarono sul personale impiegato.

LA DECISIONE D'INTERVENTO

Il nuovo quadro strategico che si prefigurava in Europa vedeva l'Italia e la ex Jugoslavia coinvolte direttamente, data la posizione geografica e la storia recente che aveva visto contrapposti i due Paesi.

I territori della ex Jugoslavia vivevano un conflitto interno che richiedeva l'intervento urgente delle Nazioni Unite per ristabilire l'ordine democratico e spegnere un pericoloso focolaio nel cuore d'Europa.

La decisione di una partecipazione attiva delle Forze Armate italiane tenne i toni del dibattito politico accesi per lungo tempo e l'assenza di una ferma decisione del Governo dall'ora, mandò avanti l'opposizione che sostenne anch'essa la tesi interventista del nostro Paese.

Entrare nel merito della decisione non è compito dei militari e neanche dell'Osservatorio.

Affrontare un intervento di questa portata, avrebbe dovuto essere il principale dovere dei vertici della Difesa.

Tutelare il personale nella nuova veste di "esercito di pace" doveva essere l'obiettivo primario da valutare con estrema attenzione prima di ogni assunzione d'impegno.

Il nostro Esercito, così come concepito dalla Carta Costituzionale, è un Esercito a difesa del territorio ed a tutela dell'ordine democratico.

Questo principio sancito dalla nostra Costituzione, rappresentava il primo, inderogabile punto per capire che l'impiego a cui eravamo chiamati, era comunque in un contesto di pace, anche se con rischi maggiori.

La sicurezza del personale chiamato a parteciparvi, doveva essere competenza primaria ed irrinunciabile del "datore di lavoro" che, nel caso di specie, era rappresentato dal Ministero della Difesa.

Con un voto definito "trasversale", il Governo autorizzava la partecipazione delle Forze Armate Italiane alla missione nei territori Balcanici, la missione K-FOR, avrebbe visto il coinvolgimento diretto di militari italiani che, per la prima volta dopo la fine della seconda guerra mondiale, "emigravano" dai confini nazionali per entrare in territori confinanti e lo facevano armati.

PREPARAZIONE DELLA MISSIONE

Una buona preparazione della missione è il presupposto fondamentale per l'ottima riuscita della stessa.

Fase di preparazione s'intende organizzazione, scelta degli equipaggiamenti, studio dello scacchiere operativo, scenario complessivo e studio delle zone d'operazione.

Proprio su questo ultimo punto si sarebbe costruito il dramma che ha visto coinvolti centinaia di militari che hanno operato nei Balcani e, indirettamente, le loro famiglie.

L'indecisione politica del Governo, ed il tempo impiegato per trovare una soluzione che potesse ottenere un voto favorevole trasversale, costrinse l'Italia ad operare in zone lasciate "scoperte" dalle altre forze impegnate.

Queste zone risultarono essere quelle maggiormente bombardate.

Sempre nella fase preparatoria della missione vi furono varie riunioni ed incontri tenuti allo Stato Maggiore della Difesa durante i quali, tra i molti aspetti esaminati, vi era anche quello di possibili ripercussioni in campo sanitario dei militari impiegati.

Sono proprio queste ultime che si sarebbero rivelate diverse da quelle sperimentate in Somalia.

Si rivelarono infatti "fatali" a causa del modo in cui furono gestite.

L'aspetto sanitario ambientale creò seri problemi e non solo per le differenze climatiche o la posizione geografica ma, soprattutto, per l'armamento utilizzato durante il conflitto: il munizionamento all'Uranio Impoverito.

Dopo la prima guerra del golfo e l'impiego in Somalia, emergeva dai mass media una teoria secondo la quale molti militari impiegati in Iraq furono vittime della "Sindrome del golfo".

Leucemie di varie tipologie, malformazioni fetali da genitori impiegati nel golfo e patologie cancerose di vario tipo.

Sulla vicenda si cercava di far calare il silenzio e le spiegazioni formali fornivano giustificazioni di vario tipo e comunque lontane dal pronunciare la faticosa equazione tumori — utilizzo munizionamento all'Uranio Impoverito.

La risposta per cui vi era reticenza nel collegare l'utilizzo di munizionamento all'uranio e le patologie si trova facilmente nell'esame delle risoluzioni dell'ONU.

Ma alle decine di risoluzioni ONU sul divieto all'utilizzo di uranio impoverito in armamento, si aggiunge tutta la documentazione accumulata dagli statunitensi

durante la sperimentazione del munizionamento all'uranio impoverito dal 1977 al 1978.

La proporzione tra militari impiegati e successivamente vittime di patologie tumorali di gravissime conseguenze non ha fatto altro che omologare tutte le previsioni più nefaste sul tema.

Lo studio dell'Osservatorio, pur considerando attentamente il precedente rappresentato dalla sindrome del golfo, non si è mai lasciato "condizionare" da quei fattori che, nel contesto Balcanico erano di natura e tipologia decisamente diversa.

I tempi per l'invio dei nostri militari si erano ormai ristretti e l'esigenza di una risposta "politica" non poteva più essere procrastinata nel tempo: **era necessario impiegare i militari in tutti i modi e nel minor tempo possibile.**

conseguentemente si restringevano anche i tempi per programmare una preparazione del personale ed un approvvigionamento di materiale di supporto e sicurezza intelligentemente adeguati alle condizioni d'impiego.

Chi non ha posto sul tavolo degli organizzatori della missione la documentazione che il Centro Studi "Osservatorio" ha raccolto in tutti questi anni e che ora consegna a codesta Commissione d'inchiesta, crediamo sia l'oggetto della conclusione delle indagini che la stessa dovrà raggiungere.

ASPETTI SANITARI

Gli aspetti sanitari che si dovevano analizzare in sede di preparazione della missione erano sostanzialmente due:

1. Fattore climatico - ambientale (vaccinazioni);
2. Condizioni ambientali post-bellum.

Per quanto riguarda il primo punto, il protocollo di vaccinazione all'epoca in vigore per il personale delle Forze Armate prevedeva un tempo medio di posologia che si protrarreva per circa un anno.

Purtroppo anche in questo caso i vertici ben si guardarono dal comunicare al Governo che nessuno dei militari impiegati di lì a poco nei Balcani non erano in regola con il protocollo di vaccinazioni imposto.

Ne conseguì che i primi militari impiegati nei territori furono sottoposti a vaccinazioni di massa con sostanze oramai non più usate negli Eserciti occidentali da quasi un decennio.

L'anomalo protocollo veniva definito "cocktail" dagli stessi militari.

La somministrazione, in alcuni casi, veniva eseguita in un'unica soluzione ed in alcuni casi (vedi il Caporale Salvatore Vacca) addirittura sul territorio d'operazione ove non essendoci un'organizzazione perfettamente operativa, va da sé che lo stato di conservazione delle profilassi fosse estremamente dubbia, creando timori e perplessità nel personale

L'Osservatorio, sottolineando il punto di cui sopra, vuole evidenziare al fine di un'analisi corretta e spuria da ogni condizionamento del fenomeno, che tutti gli aspetti considerati portano a conclusioni che dimostrano, palesemente, che l'impiego dei militari nei teatri di guerra ove è stato esploso munizionamento all'uranio impoverito fu **deciso senza le precauzioni previste**.

Abbiamo ritenuto questa premessa doverosa al fine di analizzare ora i motivi che ci fanno affermare, con scarsa probabilità di essere smentiti, che il secondo punto da analizzare (analisi delle condizioni ambientali post belliche) è senza dubbio il punto cruciale che codesta spettabile commissione dovrà focalizzare e basare la propria concentrazione.

SOTTOVALUTAZIONE O ERRATA VALUTAZIONE DEL PROBLEMA

Tra gli obiettivi dell'Osservatorio, oltre a quello della tutela giuridica ed economica del personale, vi è quello di analizzare ogni possibile fattore, generato da una maldestra gestione del personale, che può causare danni lievi o gravi ai militari impiegati in Patria oppure in missioni internazionali.

Con questo presupposto, ci apprestiamo ora ad analizzare ogni fase dell'organizzazione della missione.

Nella prima fase, il compito primario dei responsabili dell'organizzazione della missione, avrebbe dovuto essere quello di analizzare l'andamento del conflitto fin dal momento del presumibile coinvolgimento delle nostre truppe, sia sotto l'aspetto strategico - logistico, sia sotto l'aspetto sicurezza - ambiente.

In modo particolare, nel secondo, i vertici militari avrebbero dovuto documentarsi sull'utilizzo e sull'impiego di particolari tipi d'armamento utilizzato ed attuarne le misure previste per far operare i militari nella massima sicurezza.

L'aspetto conosciuto con la sigla NBC (Nucleare, Biologico e Chimico) è particolarmente sviluppato nella forza armata italiana tanto che l'Esercito Italiano è stato tra i primi a dotarsi di un Reparto Specifico per le operazioni in territori contaminati e/o a rischio inquinamento tossico - chimico.

In questa fase nasce un primo ed inquietante dubbio sulla correttezza d'informazione da parte dei vertici militari all'allora Ministro della Difesa.

Per ben due volte, chiamato a riferire in Aula in merito all'utilizzo di materiale all'uranio impoverito, il Ministro nel 2000 dichiara una totale assenza di ordigni all'uranio impoverito nei territori d'impiego dei militari italiani, per poi arrivare nel dicembre dello stesso anno ad ammettere che in effetti nei territori balcanici erano stati utilizzati ordigni all'uranio impoverito.

Le affermazioni del Ministro erano palesemente improprie.

Da documenti militari dello Stato Maggiore dell'Esercito, si ravvisa che vi era la certezza dell'utilizzo di ordigni all'uranio impoverito nei Balcani tant'è che, alla conferenza stampa a Bagnoli, del comandante delle Forze NATO Sud Europa. Ammiraglio Lighton W. Smith, si complimentò con il Generale Mambrini (suo vice) per i 10.800 proiettili sparati, eccetto missili da crociera Tomahawk.

Il Generale Mambrini, proprio per il suo grado e ruolo, conosceva il “particolare” che i mezzi presentati per l’attacco (gli A-10) sono dotati di munizionamento all’Uranio impoverito.

Il “dubbio” che l’effetto dell’esplosione di missili all’uranio impoverito potesse avere delle ripercussioni sulla salute di chi avrebbe poi operato sul posto, viene avanzato sin dal 1978 quando, nel poligono di Eglin negli USA, vengono sperimentati i primi proiettili all’uranio impoverito.

A questo punto ci troviamo di fronte a varie possibilità:

1. i vertici militari erano a conoscenza del pericolo e non hanno avvertito il Governo;
2. i vertici militari erano a conoscenza del pericolo e lo hanno sottovalutato;
3. i vertici militari, con l’assenso del Governo, hanno taciuto il rischio e deciso comunque l’impiego senza mezzi di precauzione.

In effetti il risultato finale potrebbe essere stato prodotto proprio dalla sommatoria di tutte le circostanze ma comunque si ritiene importante un esame di ogni singolo punto.

Punto 1

- I vertici militari che certamente sapevano del pericolo, hanno deciso di tacerlo al Governo perché partecipare alla missione sarebbe stato un modo per ricollocare le Forze Armate nel nuovo ruolo di Polizia Internazionale ed accelerare il processo di rinnovamento che stentava a decollare.
- Potrebbero aver deciso di tacere anche perché, rendendosi conto della decisione particolarmente sofferta d’intervenire, non volevano “rischiare” l’annullamento della missione.
- Perché, considerata la obsoleta, vetusta gestione logistica accumulata negli anni, non volevano denunciare al Governo la totale mancanza di strumenti per la prevenzione e le gravissime lacune di tutta la linea logistica.
- Hanno taciuto semplicemente per non far “preoccupare” i militari che sarebbero stati di lì a poco impiegati.

Punto 2

- La missione si presentava particolarmente complessa in termini organizzativi ed al problema “pericolo sanitario” non era stata data la giusta rilevanza;
- In pochi erano tra gli alti gradi della Difesa a conoscere il trattato di Eglin, le istruzioni emanate dal Pentagono ed altra documentazione. Quei pochi non hanno diramato le informazioni ai comandi in Patria;
- Hanno esaminato la possibilità di rischi riferita soltanto alla pericolosità radioattiva dell’uranio (peraltro assai bassa) e dunque gli eventuali rischi che ne sarebbero derivati sarebbero risultati “trascurabili”.

Punto 3

- I. Informato dai militari, il Governo, in considerazione che la decisione d'intervenire aveva causato problemi nell'alleanza, decideva il silenzio.
- Il responsabile del Dicastero, messo al corrente della situazione con toni tranquillizzanti, decideva di tacere il problema sia all'opinione pubblica, che al Parlamento.
- Considerato il clamore suscitato dalla decisione d'intervenire, la probabile ripercussione sull'opinione pubblica che si poteva avere nel vedere i nostri soldati "vestiti" come tecnici nucleari ed i civili abbandonati a se stessi, avrebbe prodotto una "sgradevole" pubblicità agli alleati americani.
- La decisione d'intervenire era ormai definitiva e ratificata dunque, a prescindere dai pericoli per i militari, bisognava partire.

Siamo certi che codesta Onorevole Commissione, al termine delle indagini, saprà fornire la spiegazione più vicina alla realtà dei fatti, più in armonia con la verità.

Siamo anche certi, ma con meno orgoglio, del grande clamore che la vicenda all'epoca suscitò ed il profondo "imbarazzo" provato dalla maggioranza dei nostri esponenti politici che tuttora mostrano quando si tocca l'argomento.

ESPLODE IL CASO UD

Alla fine dell'anno 2000, nonostante numerosi interventi della stampa e denunce all'opinione pubblica, il Governo si dimostrava ancora "insensibile" al problema.

I deceduti raggiungevano ormai un numero consistente ed i malati contattati dall'Osservatorio erano veramente troppi in proporzione al numero dei militari impiegati.

Tanti gli articoli di stampa, poche le conseguenze politiche.

Uno dei primi ragazzi ammalati, decise di far vedere a tutti gli italiani il suo stato di salute e lo stato d'abbandono in cui versava lui e la sua famiglia.

Dopo l'apparizione televisiva di Andrea Antonaci sulla trasmissione "striscia la notizia" scoppia il caso uranio.

Subito dopo la trasmissione ci accorgemmo della vastità del fenomeno: venivamo contattati con preoccupante frequenza da militari malati e/o familiari di deceduti nella più totale indifferenza istituzionale.

Nel dicembre del 2000 finalmente anche il Ministro della Difesa On. Mattarella, ammise l'utilizzo di proiettili all'uranio impoverito nei territori in cui venivano impiegati i militari italiani.

Tranquillizzò l'Italia intera e diede mandato al Prof. Mandelli di "scoprire" eventuali nessi tra patologie ed impiego di uranio impoverito nei territori.

Da questo momento si verificarono due cose importantissime:

1. la reazione dei militari: "controllo" della situazione e "riordino" dei dati da fornire all'informazione;

2. imposizione del “silenzio” da parte dei politici in attesa della giustificazione scientifica che il Prof. Mandelli avrebbe elaborato.

Non entreremo nel merito delle deduzioni fornite dal Professor Mandelli: sarà compito degli specialisti del settore, ma ci sia concesso però, di evidenziare aspetti matematici che di fatto hanno “condizionato” la relazione Mandelli.

- I numeri dei militari impiegati comunicati dalla Difesa al Professore furono parziali e “viziati” da presenze di soldati conteggiati più volte.
- Il numero dei soldati presi in considerazione non valutava le differenti zone d’impiego degli stessi.
- Non sono mai stati suddivisi e considerati a se stanti esclusivamente i militari impiegati nelle zone bombardate.
- Il riferimento adottato dal professore per comparare i dati fu un battaglione di Carabinieri che, come i militari malati, avevano uno standard fisico sicuramente superiore alla media nazionale.
- La fascia d’età considerata escludeva un consistente numero di militari presenti mai più valutati dalle statistiche del Professore Mandelli.
- La ricerca di eventuali nessi fu “condizionata” nella considerazione della pericolosità del solo Uranio e non degli effetti dello stesso.
- Il nesso causale su cui lavorò Mandelli si limitò a contemplare la potenzialità radioattiva dell’uranio impoverito (che sappiamo essere quasi irrilevante) e non già gli effetti indiretti causati dalla sua combustione, ossidazione e altri pericolosi processi chimico-fisici legati all’uso improprio.
- Le patologie cancerogene furono divise in categorie e tipologie abbassando in modo non corretto la media dei malati.
- Da documentazione acquisita non esiste solo un tipo di tumore o leucemia che colpisce i militari impiegati, si riscontra invece un forte aumento di patologie tumorali di varia specie tra soggetti esposti sui territori bombardati da uranio impoverito.
- I parametri comparativi utilizzati, anche per l’aspetto radiologico, sono quelli di Nagasaki ed Hiroshima che, a parere dell’Osservatorio, sono decisamente sproporzionati.
- Le ricerche anche successive a quelle del Professor Mandelli andavano alla ricerca del “minerale” uranio impoverito trascurando totalmente gli effetti dell’esplosione e la trasformazione di altra materia in nanoparticelle innaturali facilmente respirabili.

Ma a questi fattori strettamente “matematici”, “evidenti” anche ai profani di studi medico-scientifici, si aggiungono numerosi altri aspetti palesemente non corretti. Ci riferiamo ai criteri statistici adottati alle analisi condotte in modo parziale oppure “condizionate” dalla ricerca spasmodica della sola pericolosità dell’uranio, data dalla sua radioattività.

Mai è stata fatta una netta separazione tra l'effetto radiologico dell'uranio impoverito e l'effetto bellico ottenuto utilizzando l'uranio impoverito.

Proprio questo punto è fondamentale per evitare due cose:

1. "condizionare" l'esito della ricerca al solo scopo di "scagionare" un armamento utilizzato i cui effetti potrebbero risultare fuori dai requisiti dell'armamento definito "convenzionale".
2. basare una ricerca su protocolli dati per scontati escludendo qualsiasi altra possibilità che invece si è verificata creando proprio il fenomeno che stiamo analizzando.

In entrambi i casi non saremmo in condizione di "scoprire" la verità, perché si partirebbe da ipotesi macroscopicamente errate.

Decine di militari si sono ammalati e sono morti, centinaia di militari stanno male e rischiano di morire.

Ad oggi, i decessi, secondo l'Osservatorio, attribuiti all'Uranio Impoverito, sono 43, i malati che soffrono "lontani" dall'attenzione dello Stato Maggiore sono 289.

Da un video diramato dal "Pentagono" e distribuito agli Stati Maggiori alleati già dal 1991, e dalla direttiva, sempre del "pentagono" n° SGPS-PSP (40-5) del 16 agosto 1993 si evince chiaramente che esisteva una "considerevole possibilità di ammalarsi di tumore" già prima dell'impiego e che, se non si fossero adottate le misure precauzionali previste, poteva verificarsi un eccidio di massa.

I vertici militari italiani preposti videro sicuramente questo filmato.

I vertici militari italiani erano certamente al corrente dei risultati del trattato di Eglin.

Lo studio commissionato dall'Osservatorio all'Università di Modena e Reggio Emilia conferma che i militari impiegati nei territori dove è stato utilizzato uranio impoverito, evidenziano una presenza di particelle di materia e metalli pesanti che risulta simile per struttura, massa e conformazione identica in tutti coloro che hanno vissuto nella stessa zona, siano essi civili o militari.

Questo stato di fatto sposta decisamente il criterio verso un'altra angolazione di veduta che, a parere dell'Osservatorio, deve essere assolutamente valutato.

Non bisogna dimostrare solo che l'Uranio fa male (vi è ampia documentazione in merito), bisogna invece dimostrare che i metalli pesanti presenti nei soggetti, non provocano malattie tumorali.

Se questa tesi sarà dimostrata allora in Italia potrà essere rivista anche la limitazione del traffico a causa dell'inquinamento atmosferico.

Infatti, se è dato per certo che le dimensioni disperse nell'ambiente dai gas di scarico sono nocive all'organismo e possono causare il cancro, allora quelle sviluppate dall'esplosione di proiettili all'uranio lo sono ancora di più in quanto le dimensioni sono infinitamente minori del famigerato "smog da inquinamento".

La documentazione allegata alla presente è costituita da "fotografie" di particelle "dentro" gli organismi dei militari.

Gli studi fino ad ora pubblicati a sostegno dell'incolumità del munizionamento all'uranio appartengono a teorie e protocolli standard oppure di comparazione con dati acquisiti a seguito di esplosioni di armi nucleari.

La terrificante analogia tra le particelle "scoperte" e "studiate" a Eglin nel 1978 e quelle ritrovate nel corpo dei ragazzi è sconcertante, e chi si ostina a continuare a negarne l'evidenza, si rende complice della strage ancora in corso.

COMPORTAMENTO DELLO STATO MAGGIORE CON I MALATI

Una Nazione che si rispetti ha rispetto per le proprie Forze Armate.

Non è un gioco di parole, ma l'Osservatorio ritiene che esaminando il comportamento dei responsabili della Difesa emerge una drammatica mancanza di rispetto per il personale militare.

L'abbandono a loro stessi dei giovani e delle loro famiglie, è un altro dei drammi che il personale sta vivendo.

All'inizio del fenomeno veniva a crearsi un vero e proprio "isolamento" del militare e del proprio nucleo familiare creato ad hoc dai vari distretti militari coinvolti, che hanno sempre demonizzando tutti i possibili organismi "esterni" alla Difesa.

Infatti queste forze assolutamente volontarie si sono sempre prodigate per portare aiuto, assistenza (anche economica), ma prima di questa un supporto psicologico mirato a non lasciarli soli, anche sotto l'aspetto legale, nell'incubo inimmaginabile che era, che è, il loro stato.

Troppe volte l'Osservatorio ha assistito a scene di "avvicinamento" da parte dei Comandi di Militari ai diretti interessati anche con promesse di posti di lavoro ed assistenza gratuita fino alla "fine".

Ovviamente, quando il militare moriva si innescava subito un "piano" d'emergenza che prevedeva, tra le tante, anche il "controllo" di ciò che veniva detto ai funerali.

Lampante fu il caso della morte di Luca Sepe, i cui funerali furono "privatizzati" dall'apparato della "Difesa" e gestiti persino con la "sostituzione" del parroco.

Tanta "scena" per gli organi d'informazione presenti e tanta ipocrisia che non veniva risparmiata neanche ai familiari.

L'assistenza che viene "offerta" ai militari ed alla famiglia, è demandata alla sensibilità personale di ogni comandante periferico ed al buon cuore dei commilitoni.

Ad oggi, tutto quanto previsto per "assistere" le famiglie colpite, non viene attuato nei modi e nei termini previsti dalle normative in merito.

Ai familiari che, impoveriti dalle spese dovute per assistere figli e/o genitori, vengono chieste fredde fatturazioni a distanza di anni per poter ottenere qualche soldo per riprendersi.

Le cause di servizio, riconosciute solo per l'impegno e la costanza nell'azione del legale del Centro Studi, non hanno come giustificazione la contrazione della patologia per esposizione in ambienti bombardati con uranio impoverito.

Solo in un caso, ad un Ufficiale, la CMOI di Roma collegò la patologia agli ordigni all'uranio, la commissione fu "sciolta" il giorno successivo per sopraggiunto termine operativo.

L'Ufficiale oggi viene impiegato parzialmente non a causa della patologia ma per un'evidente azione di mobbing che ne limita l'impiego e lo "punisce" economicamente.

I ragazzi colpiti non sono penalizzati solo dal punto di vista fisico ma vengono totalmente abbandonati a loro stessi portati frequentemente al "fallimento" economico che rende impossibile anche il prosieguo delle cure.

L'ammettere che i ragazzi si ammalano perché impiegati senza le misure precauzionali previste, è un'ammissione di colpa che la Difesa non vuole fare.

Il Governo di allora ed il Governo attuale sembrano legati da uno pseudo cordone ombelicale chiamato "alleanza con gli Stati Uniti" e con "reverenza" si piegano ed impongono il silenzio sull'argomento.

Questo prevarica ogni cosa e non consente un'attenta e dovuta tutela dei loro uomini. Alla fine si "tollera" la morte dei nostri ragazzi piuttosto di sottrarsi alla "morsa" dell'alleanza che, in questo modo, diventa solo sottomissione.

Non vogliamo entrare ulteriormente nel merito, ma la ormai inevitabile verità deve rendere giustizia.

L'Osservatorio chiede che questi ragazzi ricevano ciò che gli è riconosciuto dal diritto di essere uomini e dall'orgoglio di essere stati militari.

Non è forte chi non cade mai, è forte chi sa rialzarsi.

L'alto senso istituzionale di codesta rispettabile Commissione, saprà certamente affrontare l'umana, delicatissima, ma soprattutto tristissima pagina di questa storia.

Per noi dell'Osservatorio è indispensabile che ha questi "nostri" ragazzi venga restituita la dignità e a coloro cui la vita è già stata tolta, che rimanga almeno la vostra promessa insieme con la speranza delle loro madri, figli, compagne nel poter "rivedere" i loro cari in coloro che non moriranno più, probabilmente grazie a voi.

Morire a vent'anni per la Patria è un onore, morire perché abbandonati dalla propria Patria è il peggior dolore, la più ingrata offesa che possa subire un Militare.

CONCLUSIONI

Al termine di questa esposizione è opportuno rimarcare i motivi per cui, ad oggi, è indispensabile che la questione dei ragazzi malati a seguito dell'impiego nei territori bombardati con munizionamento all'UD, ritorni all'attenzione.

In questo momento migliaia di ragazzi impegnati in ogni teatro operativo, dai Balcani, all'Afghanistan e l'Iraq, stanno operando senza mezzi di precauzione e l'embedded dell'informazione riesce a censurare le preoccupanti notizie che arrivano dai teatri.

Se con i militari provenienti dai Balcani si è adottata la politica dello struzzo, non ci si può arrogare il diritto di continuare a farlo con gli uomini impiegati in oriente oggi.

Le stesse indagini avviate in Francia, Inghilterra e Stati Uniti, hanno portato a conclusioni diverse ma quantomeno, si sono concluse in tempi che hanno consentito l'aiuto dei ragazzi ancora in vita.

E' dal 1999 che si parla di militari malati e deceduti a seguito dell'utilizzo di armi all'uranio e l'Italia è l'unica nazione pur considerata "civile" che non ha saputo fornire risposta al problema.

Ex Generali, ora parlamentari, hanno monopolizzato la gestione politica delle Forze Armate e rappresentano l'ultimo tappo che chiude la tremenda verità scientemente occultata.

Continuare con questo sistema significa ignorare un problema che provoca morte o agonizzante sfiducia nelle istituzioni.

Siamo certi che questa "posizione" non fa parte della volontà di intenti di codesta Commissione.

Osiamo sperare, confidare nella capacità, nella volontà che i componenti della stessa metteranno a frutto, perché consapevoli che dalla documentazione prodotta, dalle testimonianze raccolte, dall'evidenza dei fatti che:

1. il munizionamento all'uranio impoverito è estremamente pericoloso principalmente per l'effetto indiretto;
2. l'effetto che ne deriva è una modificazione della materia derivata dall'esplosione, materia che resta in sospensione per tempi lunghi e ad oggi indeterminati;
3. queste nano particelle sono presenti nei corpi dei ragazzi colpiti dalla cosiddetta sindrome dei Balcani;
4. le indagini effettuate ad oggi dalla Difesa hanno avuto il mero scopo di condurre inevitabilmente ad una eliminazione del problema con il preciso intento di evitare colpe ben precise;
5. nonostante la legge italiana preveda la partecipazione al procedimento amministrativo di tutte le parti, è stato sempre rifiutata la partecipazione tecnico, giuridico e legale degli esperti indicati dai famigliari e dall'Osservatorio;
6. non necessariamente bisogna consegnare un "colpevole" all'opinione pubblica, l'importante è consegnare ai ragazzi ed alle famiglie coinvolte e dunque, per dovere di informazione a tutti, una verità, qualunque essa sia, consapevoli che non si può pretendere di chiedere impegni a questi livelli senza investire in modo proporzionato;
7. se non ci sarà una drastica inversione di rotta in termini gestionali della Forze Armate Italiane riponendo al centro dell'attenzione l'aspetto "sanitario", arriveremo al collasso dell'organizzazione dopo aver pagato un prezzo inaccettabile, inumano, poiché si sta parlando di vite umane.

La responsabilità e la consapevolezza degli uomini che rappresentano le istituzioni hanno il dovere d'intervenire.

Noi, come Centro Studi Osservatorio, ci siamo sentiti coinvolti e direttamente interessati affinché i nostri militari possano ancora sentirsi orgogliosi di appartenere alle Forze Armate italiane.

Il Responsabile del Comparto Difesa dell'Osservatorio

Dct. Domenico Leggiero



L'Osservatorio è pronto nel mettere a completa disposizione della Commissione tutta la documentazione tecnica-scientifica acquisita in questi anni nonché i nominativi dei militari deceduti e/o ammalati.

ALLEGATO 15



DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE E DELLA COMUNICAZIONE
DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA

Ufficio IX

DGPREV 9: 5540 P1955

40.5

Roma, 20/02/2006

Al Dr. Domenico LEGGIERO
Responsabile del Reparto Difesa
dell'Osservatorio Permanente
e Centro Studi per il Personale
delle Forze Armate e di Polizia

VIA E-MAIL**OGGETTO:**

Comitato scientifico previsto dall'Accordo Stato-Regioni in data 30 maggio 2002. Campagna di monitoraggio sulle condizioni sanitarie dei cittadini italiani che hanno operato od operano nei territori della Bosnia-Herzegovina e del Kosovo. Esiti riunione del 20 febbraio 2006. Richiesta dati.

In esito a quanto concordato nel corso della riunione del 20 febbraio u.s. e con riferimento alle informazioni riportate nelle notizie delle agenzie di stampa ANSA e AGI di medesima data, ad ogni buon fine allegate in copia (All. 1-4), relative al numero dei decessi accertati ($n = 44$) e al numero dei militari affetti da patologie insorte al rientro da missioni internazionali ($n =$ oltre 300), eventi che, come riferito nei comunicati stampa in questione, sono stati associati all'uso di uranio impoverito, si prega di voler trasmettere al Comitato scientifico sopra indicato, nell'ambito di una proficua collaborazione e nell'ottica di un comune intento, ogni utile notizia riguardante i predetti dati, a conoscenza dell'Osservatorio Permanente e Centro Studi per il Personale delle Forze Armate e di Polizia.

Si precisa a tal ultimo riguardo che, ai fini dello svolgimento dei compiti assegnati dalla normativa vigente di settore al Comitato scientifico in parola, si ritiene utile acquisire, per ogni caso di decesso verificatosi o di patologia insorta nei soggetti di cui all'art. 4-bis della legge n. 27/2001, le informazioni indicate in All. 5, relativamente alle quali si assicura la dovuta riservatezza, sulla base delle norme vigenti in materia, del rispetto dell'obbligo relativo al segreto d'ufficio ed in linea con i principi dell'etica professionale.

Spiace infine rilevare che per la divulgazione delle notizie citate in premessa - mediante le agenzie di stampa - e per l'informazione - attraverso il sito dell'Osservatorio militare - relativa alla riunione del 20 febbraio u.s. del Comitato scientifico in oggetto indicato siano stati scelti i momenti immediatamente precedenti e susseguenti lo svolgimento della riunione medesima, non avendo ritenuto di dover attenersi ad un comportamento di opportuna, prudente riservatezza, in considerazione della delicatezza delle tematiche trattate, del fatto che le stesse tematiche sono state affrontate nel corso della riunione in parola e di quanto infine convenuto nel corso dell'incontro stesso circa le modalità di comunicazione dei contenuti del dibattito.

IL DIRETTORE GENERALE
COORDINATORE DEL COMITATO SCIENTIFICO
(Dr. Donato GRECO)

111
ALLEGATO 1

ALLEGATO 1

ANNO: OSSERVATORIO, 44 DECESSI, PARCHEGGIO SENONCE PENALI -
AGI - Roma, 20 feb. - Sono ormai 44 i decessi accertati ed oltre 300 i malati. La documentazione raccolta durante il lavoro della commissione d'inchiesta ed altre prove in possesso dell'Osservatorio Militare, secondo Domenico Leggiero, non lasciano dubbi: A prescindere dal modo in cui l'uranio impoverito provoca gravi patologie ed in molti casi la morte, vi erano direttive, chiare ed inequivocabili, alle quali i vertici militari italiani avrebbero dovuto attenersi e dotare i nostri ragazzi delle misure minime previste che, alla luce dei fatti, avrebbero evitato la strage".

"La decisione di non dotare i nostri ragazzi delle misure minime di sicurezza - dunque - fu presa con consapevolezza e terrificante freddezza: dotare i militari di misure precauzionali avrebbe fatto 'sopprimere' l'utilizzo di armamento nocivo e proteggere solo i militari e non i civili sarebbe stato 'politicamente scorretto'".

Alla luce di altri casi di militari ammalati al rientro dalle missioni internazionali, spiega l'Osservatorio Militare, "in considerazione che ormai inizia ad essere consistente anche il numero di malati provenienti dall'Iraq, il direttivo dell'Osservatorio ha deciso di dare al legale delle famiglie Avvocato Angelo Fiore Maraglia, il mandato a depositare presso il Tribunale di Roma le denunce per ogni militare deceduto e/o malato". (AGI) Via
21506 FEB 06

NNNN

L. 0001301-SNR

L. 0001301

L. 0001301 S41 S42 Q021

TITOLO: OSSERVATORIO MILITARE; 44 MORTI, VIA A MINISTRI PENALI.

ALLEGATO 2

(ANSA) - ROMA, 20 feb - Sono 44 i decessi accertati ed oltre 300 i militari malati al ritorno da missioni internazionali per patologie legate all'uso di uranio impoverito. Lo afferma Domenico Leggiere, dell'Osservatorio Militare, che annuncia di aver dato al legale delle famiglie, Angelo Fiore Tartaglia, il mandato di depositare presso il tribunale di Roma le denunce per ogni militare morto e malato.

«La documentazione raccolta durante il lavoro della Commissione d'inchiesta su altre prove in possesso dell'

Osservatorio - spiega Leggiere - non lasciano dubbi: a prescindere dal modo in cui l'uranio impoverito provoca gravi patologie ed in molti casi la morte, vi erano correttivi, chiari ed inequivocabili, alla quali i vertici militari italiani avrebbero dovuto attenersi e dotare i nostri ragazzi delle misure minime previste che avrebbero evitato la strage».

«La decisione di non dotare i nostri ragazzi delle misure minime di sicurezza - prosegue - fu presa con consapevolezza e terrificante freddezza: dotare i militari di misure precauzionali avrebbe fatto 'scoprire' l'utilizzo di armamento nocivo e proteggere solo i militari e non i civili sarebbe stato 'politicamente scorretto».

(ANSA).

NE

20-FEB-06 12:41 UNNN

TIME 151VSKK
STUN0304

ALLEGATO 3

5 MPZ 30A S41 28XQ

FRANCIA: OSSERVATORIO MILITARE. PRIMI CASI: TRA GLI IRACI (V. 'URANIO: OSSERVATORI MILITARI: 44 MLETI...' DELLE 12.42)

(ANSA) - ROMA, 20 feb - Anche tra i reduci della missione Antica Babilonia in Iraq cominciano ad affiorare i primi casi di patologie da uranio impoverito. Lo afferma Domenico Leggiaro, responsabile dell'Osservatorio Militare.

''Si tratta - ha spiegato Leggiaro - di una casina di casi: spesso sono militari che prima di partire per l'Iraq avevano partecipato ad altre missioni all'estero, quindi non si può ancora dire con sicurezza che sono stati contaminati durante Antica Babilonia''.

''In Iraq - ha proseguito il responsabile dell'Osservatorio Militare - oltre al fosforo bianco e' stato usato anche l'uranio impoverito e l'esperienza di Dolciani non e' servita a maturare la coscienza dei vertici militari: tumori ai testicoli, alla tiroide e linfomi di ogni tipo, sono l'eredita' che l'impegno in Iraq ci sta lasciando''.

NE
20 FEB-06 18:26 UNNN

DEKA

LORNO448/SXA

ATN10349

R CRO SGA S41 QBNQ

ALLEGATO 4

URANIO: OSSERVATORIO MILITARE; 44 MORTI, DENUNCE PENALI/ANSA PRIME CASI PATOLOGIE ANCHE TRA REDUCI MISSIONE IRAQ

(ANSA) - ROMA, 20 feb - La "conta dei morti" per l' uranio impoverito ha raggiunto quota 44, mentre i malati sono oltre 300. A fornire i numeri e' l' Osservatorio Militare che ha deciso di depositare presso il tribunale di Roma le denunce penali per ogni militare morto e malato. E le patologie, secondo l' Osservatorio, cominciano ad affiorare anche tra i reduci dalla missione in Iraq.

"La documentazione raccolta durante il lavoro della Commissione d' inchiesta ed altre prove in nostro possesso - spiega il responsabile dell' Osservatorio, Domenico Leggiero - non lasciano dubbi: a prescindere dal modo in cui l' uranio impoverito provoca gravi patologie ed in molti casi la morte, vi erano direttive, chiare ed inequivocabili, alle quali i vertici militari italiani avrebbero dovuto attenersi e dotare i nostri ragazzi delle misure minime previste che avrebbero evitato la strage".

"La decisione di non dotare i nostri ragazzi delle misure minime di sicurezza - prosegue Leggiero - fu presa con consapevolezza e terrificante freddezza: dotare i militari di misure precauzionali avrebbe fatto 'scoprire' l' utilizzo di armamento nocivo e proteggere solo i militari e non i civili sarebbe stato 'politicamente scorretto'".

E le patologie, secondo il responsabile dell' Osservatorio, cominciano a manifestarsi anche tra i militari che hanno partecipato alla missione Antica Babilonia in Iraq. "Si tratta - rileva Leggiero - di una decina di casi: spesso sono militari che prima di partire per l' Iraq avevano partecipato ad altre missioni all' estero, quindi non si puo' ancora dire con sicurezza che sono stati contaminati durante Antica Babilonia".

Ma in Iraq, sottolinea, "oltre al fosforo bianco e' stato usato anche l' uranio impoverito e l' esperienza di Balcani non e' servita a maturare le coscienze dei vertici militari: tumori ai testicoli, alla tiroide e linfomi di ogni tipo, sono l' eredita' che l' impiego in Iraq ci sta lasciando".

L' uso dell' uranio impoverito da parte del contingente italiano in Iraq e' stato invece smentito dal ministro della Difesa, Antonio Martino, ascoltato lo scorso anno dalla commissione d' inchiesta del Senato. "I nostri militari impegnati all' estero - spiega il ministro in quell' occasione - non corrono alcun pericolo per l' uranio impoverito: non lo usano loro e neanche i militari di altri Paesi che collaborano con loro".

I dati ufficiali - che si riferiscono al periodo tra il 1996 e l' agosto scorso - riportati nella quinta Relazione al Parlamento sullo stato di salute del personale impiegato nell' ex Jugoslavia, predisposta dal Comitato scientifico costituito dai ministeri della Difesa e della Salute, parlano di 132 neoplasie insorte tra i militari impiegati in Bosnia e Kosovo, con 25 morti. La patologia piu' diffusa tra i militari e' il tumore della tiroide (20 casi), seguita dal linfoma di Hodgkin (18), dal tumore del testicolo (17) e dal linfoma non Hodgkin (14). (ANSA).

NE
20-FEB-06 18:44 NNNN

ALLEGATO 5

- Cognome e Nome
- Data di nascita
- Comune e Provincia di nascita
- Indirizzo, Comune e CAP di residenza
- Forza Armata di appartenenza
- Grado
- Reparto o Ente di appartenenza
- Date inizio e fine della prima missione nei Balcani
- Date inizio e fine eventuali ulteriori missioni nei Balcani
- Luogo della prima missione nei Balcani
- Luogo eventuali ulteriori missioni nei Balcani
- Malattia diagnosticata (il nome per esteso della malattia, eventualmente il codice)
- Data della diagnosi
- Luogo della diagnosi (nome dell'Ospedale e relativo indirizzo)
- Numero della cartella clinica che contiene i risultati degli esami clinici e strumentali utilizzati per stabilire la diagnosi
- Estremi del referto istologico (numero istologico, data del prelievo, data della refertazione, Servizio di Anatomia patologica che ha effettuato l'esame)
- Posizione al momento della diagnosi (in servizio o in congedo)
- Data dell'eventuale decesso

ALLEGATO 16

Nanni Fulvio

Da: Nanni Fulvio
Inviato: mercoledì 5 aprile 2006 13.43
A: 'domenico_leggiero@osservatoriomilitare.it'
Cc: Greco Donato; D'Argenio Paolo; Spizzichino Lorenzo
Oggetto: URANIO: LEGGIERO (OSSERVATORIO MILITARE), 45 MORTI E 306 MALATI =

Egr. Dr. Leggiero,
prendo spunto dalla notizia ADNKRONOS di seguito riportata per chiederLe se ci sono aggiornamenti in merito alla richiesta di dati avanzata a seguito della riunione del Comitato scientifico del 20 febbraio scorso.

Grazie, cordiali saluti,
Fulvio Nanni

Oggetto: URANIO: LEGGIERO (OSSERVATORIO MILITARE), 45 MORTI E 306 MALATI =

ZCZC

ADN0564 6 CRO 0 RTX CRO NAZ

URANIO: LEGGIERO (OSSERVATORIO MILITARE), 45 MORTI E 306 MALATI =

'PROBLEMA NON CIRCOSCRITTO SOLO AI BALCANI'

Roma, 5 apr. - (Adnkronos) - Sarebbero 45 i militari italiani morti per malattie contratte nel corso delle missioni all'estero. Lo sottolinea Domenico Leggiero, responsabile del comparto Difesa dell'Osservatorio Militare, che si è a lungo occupato del caso delle neoplasie che potrebbero essere causate dall'inalazione di particelle di uranio impoverito. "A quello che ci risulta -rileva all'ADNKRONOS Leggiero- i morti non sarebbero 28 come sottolineato dalla Relazione del ministero della Difesa al Parlamento, ma 45 dal 2000 ad oggi. E i malati sono attualmente 306, tra cui tre donne".

Secondo gli studi effettuati dall'Osservatorio Militare, "il problema non sarebbe circoscritto solo ai Balcani. Tra i malati -continua Leggiero- figurano una quindicina di militari che hanno operato in Iraq ed in Afghanistan ma che in precedenza non erano stati impiegati in missione nei Balcani".

(Mac/Pn/Adnkronos)

05-APR-06 13:14

NNNN

Verifica:

Destinatario

Consegna

'domenico_leggiero@osservatoriomilitare.it'

Greco Donato

Recapitato: 05/04/2006 13.43

D'Argenio Paolo

Recapitato: 05/04/2006 13.43

Spizzichino Lorenzo

Recapitato: 05/04/2006 13.43

Nanni Fulvio

ALLEGATO 17

Da: Nanni Fulvio**Inviato:** venerdì 5 maggio 2006 13.34**A:** 'domenico_leggiero@osservatoriomilitare.it'**Cc:** Greco Donato; D'Argenio Paolo**Oggetto:** Comitato scientifico Kosovo.**Verifica:** Destinatario**Consegna**

'domenico_leggiero@osservatoriomilitare.it'

Greco Donato

Recapitato: 05/05/2006 13.34

D'Argenio Paolo

Recapitato: 05/05/2006 13.34

Egr. Dr. Leggiero,

stiamo predisponendo il rapporto conclusivo sull'iniziativa di ascolto delle Associazioni a vario titolo cointeressate alla tematica Kosovo. A tal riguardo, Le volevo chiedere se ci sono novità per quanto riguarda l'invio di dati di cui si è parlato nella riunione del Comitato scientifico del febbraio scorso.

Ringrazio anticipatamente e Le invio molti cordiali saluti.

Fulvio Nanni

ALLEGATO 18

Nanni Fulvio**Da:** Nanni Fulvio**Inviato:** giovedì 22 giugno 2006 10.34**A:** 'domenico_leggiero@osservatoriomilitare.it'**Oggetto:** Relazione conclusiva ascolto Associazioni.**Allegati:** Nota 1° marzo 2006 .pdf

Verifica:	Destinatario	Consegna	Letti
	'domenico_leggiero@osservatoriomilitare.it'		
	D'Argenio Paolo	Recapitato: 22/06/2006 10.34	Letto: 22/06/2006 10.50
	Spizzichino Lorenzo	Recapitato: 22/06/2006 10.34	Letto: 22/06/2006 10.43

Egr. Dr. Leggiero,
stiamo predisponendo il rapporto conclusivo sull'iniziativa che abbiamo denominata "Ascolto delle Associazioni cointeressate alla tematica Kosovo", relativamente alla quale abbiamo avuto modo di apprezzare una Sua (nonché dell'Associazione che Lei presiede) fattiva collaborazione. Le chiedo a tal proposito se vi sono eventuali aggiornamenti, da inserire nel testo di detto rapporto, relativi a quanto concordato nel corso della riunione del Comitato scientifico del 20 febbraio u.s., cui ha fatto seguito la nota n. 5510 in data 1° marzo 2006 che, per pronta visione, allego al presente messaggio.
Nel ringraziare nuovamente per la cortese collaborazione fornita, mi è gradita l'occasione per inviare i più cordiali saluti.
Fulvio Nanni

ALLEGATO 19

Nanni Fulvio

Da: FERNANDO TERMENTINI [mailto:fernandotermentini.it]
Inviato: lunedì 5 aprile 2004 12.10
A: f.nanni@sanita.it; a.demartino@sanita.it; l.spizzichino@sanita.it; s.vasselli@sanita.it
Cc: Florà Paola
Oggetto: Fernando Termentini contaton per DU 050404 - Riferimento lettera DGPREV./6687-P/I.9.C. in data 19/3/2004

Mi chiamo Fernando Termentini e mi occupo ormai da quasi 30 anni di bonifica dei territori inquinati da mine ed ordigni bellici non esplosi (UXOs).

Facendo seguito alla comunicazione da poco inviata dalla dottoressa FLORA' responsabile delle Risorse Umane di INTERSOS, invio - a titolo personale - un possibile apporto di pensiero maturato a seguito di esperienze e vicende che nel tempo mi hanno coinvolto.

La mia attività nel settore della bonifica ho affrontato prima in divisa in qualità di Ufficiale del Genio dell'Esercito italiano e successivamente quale consulente della Unità di sminamento Umanitario (MAU) di Intersos mi ha portato a vivere ed operare in territori spesso ad alto inquinamento ambientale quale possono essere le aree emergenti da un lungo ed intenso periodo bellico.

Ho operato, infatti, in territori in cui l'ALLEGATO 12 a visto l'impiego di munizionamento all'Uranio Impoverito e per lo più l'ho fatto al momento detta presenza.

In particolare ho partecipato ad attività di bonifica ai confini del Kuwait con l'Iraq subito dopo la fine della guerra del Golfo, in Bosnia dove sono entrato nel novembre del 1995, senza conoscere assolutamente l'esistenza del problema e successivamente in Kosovo dove l'utilizzazione di DU era ormai nota.

Ho quindi maturato sul posto una certa esperienza ed a posteriori ho potuto collegare episodi del passato a quanto veniva reso noto dopo la guerra in Kosovo per cui ho approfondito la materia specifica sotto il profilo fisico - chimico e balistico.

Sono giunto, quindi, a determinate conclusioni sulla pericolosità del materiale DU e che sicuramente vanno controcorrente rispetto al tanto parlare che si fa sull'argomento, ma che, invece a mio modestissimo avviso andrebbero approfondite nei contenuti.

Sono infatti convinto che il problema dei possibili danni fisici indotti dal DU vadano ricercati in altre direzioni, in particolare affrontando il tema dell'inquinamento chimico da metalli pesanti, abbandonando ogni riferimento alla radioattività del materiale che a mio modesto avviso è l'ultima fonte di pericolo per la salute.

Si tratta di una mia personalissima convinzione derivata però non solo da un approccio teorico, ma riconducibile e forse riscontrabile in risultati oggettivi ricavati da analisi cliniche di cui, peraltro, posso fornire riscontri documentali di cui sono in possesso e che si riferiscono, tra l'altro, anche alla mia persona.

Già premesso e con assoluta onestà intellettuale avulsa da ogni possibile condizionamento di contenuto personale, rimango a disposizione per ogni possibile chiarimento che potrà essere ritenuto utile e necessario.

Distinti saluti

FERNANDO TERMENTINI

Largo Cristian DOPPLER

00134 ROMA

3382452071

mail@fernandotermentini.it <<mailto:mail@fernandotermentini.it>>

termentinifernando@yahoo.it <<mailto:termentinifernando@yahoo.it>>

<<http://www.fernandotermentini.it>>

Nanni Fulvio

ALLEGATO 20

Da: Nanni Fulvio
Inviato: mercoledì 3 maggio 2006 16.00
A: Fernando Termentini (mail@fernandotermentini.it)
Cc: D'Argenio Paolo; Spizzichino Lorenzo
Oggetto: Monitoraggio sanitario ex art. 4-bis della legge n. 27/2001. Audizione delle Associazioni e dei soggetti a vario titolo cointeressati.
Allegati: Quesiti.doc; Audizione Gen. Termentini1.doc

Verifica:	Destinatario	Consegna	Letti
	Fernando Termentini (mail@fernandotermentini.it)		
	D'Argenio Paolo	Recapitato: 03/05/2006 16.00	Letto: 03/05/2006 16.08
	Spizzichino Lorenzo	Recapitato: 03/05/2006 16.00	Letto: 04/05/2006 9.47

Egr. Gen. Termentini,
nel ringraziarLa nuovamente per aver aderito alla nostra iniziativa di ascolto delle Associazioni e dei soggetti a vario titolo cointeressati alla tematica "Kosovo", Le invio un brevissimo resoconto dell'incontro recentemente svoltosi. Come spunto per le tematiche, di interesse del Comitato scientifico, che potrebbero essere sviluppate nel documento che gentilmente ci invierà, Le propongo l'elenco dei quesiti sottoposti alle altre Associazioni intervenute. Infine, una domanda da "faccia tosta": Le sarebbe possibile inviarci il documento entro la fine di questo mese?
Ringrazio ed invio molti cordiali saluti,
Fulvio Nanni

ALLEGATO 21

Brig. Gen. (ris) dott. Fernando Termentini
Largo Christian Doppler 13 - 00134 ROMA
3382452071 - mail@fermandotementini.it

NOTA SULL'URANIO IMPOVERITO**1. L'URANIO IMPOVRITO (DU)¹****1.1. Caratteristiche generali**

L'Uranio Impoverito (DU) deriva dall'Uranio naturale che è composto da isotopi radioattivi nella proporzione : U238 per il 99,3%, U235 per lo 0,7% e l'U234 per lo 0,006%.

La denominazione "Uranio Impoverito" sta a significare che è diminuita la componente U235 dell'Uranio naturale attraverso un processo fisico industriale attuato per lo sfruttamento dell'Uranio quale fonte di energia.

Questo processo non influenza sull'emissione nucleare del DU che rimane praticamente la stessa di quella dell'Uranio naturale, con una conseguente bassa dose radioattiva e lentissimo decadimento naturale (tempi di dimezzamento che si avvicinano ai cinque bilioni di anni).

Il DU allo stato normale ha lo stesso aspetto e le stesse proprietà chimiche dell'Uranio naturale con la differenza che la sua superficie si ossida rapidamente a temperatura ambiente formando una pellicola di colore blu molto scuro e vicina al nero.

L'ossidazione avviene molto più rapidamente all'aria umida ed il DU viene rapidamente corroso dall'acqua.

Il DU brucia rapidamente se a contatto con una sorgente di calore con temperature medie fra i 300 ° ed i 600 ° formando un ossido nero . Se utilizzato in munizionamento, brucia immediatamente al momento dell'impatto sull'obiettivo trasformandosi in vapore ed in una sottile polvere di ossidi, facilmente ispirabili ed ingeribili.

La radioattività del DU è come detto molto bassa per cui le munizioni che vengono costruite con detto materiale pur avendo una bassissima radioattività devono, COMUNQUE, essere trattate con particolare cautela. I valori di radiazione sono in ogni caso molto vicini a quelli della radioattività naturale.

E' molto pericoloso, invece, trovarsi nei pressi di un'esplosione di DU in quanto la polverizzazione del metallo all'atto dell'impatto si configura in particelle piccolissime che se ingerite diventano delle emittenti radiologiche all'interno dell'organismo animale ed umano.

¹ Riferimento a documento NATO NON CLASSIFICATO , AASTP-1, Capitolo 8 – Munizioni all'Uranio Impoverito

1.2. Pericolosità in generale dell'Uranio Impoverito

Le caratteristiche fisiche del DU portano ragionevolmente ad affermare che la pericolosità dovuta all'emissione radioattiva è modesta e non preoccupante se non nei casi di personale che si trovi nell'immediate vicinanze di bersagli colpiti da munizionamento al DU., o che transiti subito dopo l'attacco su obiettivi contro i quali è stato utilizzato munizionamento al DU.

Non altrettanto si può affermare per quanto attiene all'inquinamento chimico provocato da un incendio o da un esplosione accidentale di munizionamento al DU. In questi casi una parte degli ossidi che si formano a seguito dell'incendio, si disperdono nell'atmosfera con un conseguente danno sui tessuti umani sia radiologico sia chimico a causa dei fumi inalati durante l'incendio. Danno tanto più elevato quanto maggiore sarà l'inspirazione di detti agenti inquinanti e di tutto ciò che interagisce con il DU all'atto dell'incendio o della deflagrazione.

I residui possono avere un effetto dannoso sulle piante e sulle falde acquifere, in particolare che entrano nella catena alimentare animale ed umana.

1.3. Effetti del DU per esposizione interna all'organismo²

Le particelle di DU possono essere inalate, ingerite direttamente od attraverso sostanze (acqua, cibo, ecc.) contaminate dal DU.

In questi casi con elevata certezza il danno da inquinamento chimico è elevatissimo ed è stato stimato che la dose mortale per gli esseri umani è di circa 70 mg .

E' stato altresì stimato che l'assunzione orale giornaliera di polveri al DU non deve essere superiore a 0,3 mg anche se ingerito soluto in acqua.

Gli effetti dannosi sono direttamente collegati al modo in cui il DU penetra nell'organismo umano. In particolare, la via più frequente è quella inalatoria e la differenza fra i possibili effetti dovuti all'inalazione dipendono dalla forma fisica e chimica in cui il DU viene ingerito. Un danno a termine si può tradurre in cancro ai polmoni anche dopo trenta anni dall'ingerimento o da altre neoplasie agli organi adibiti allo smaltimento di liquidi organici, come i reni, la vescica che saranno sottoposti maggiormente all'inquinamento chimico piuttosto che agli effetti radioattivi. E' il caso più probabile se si inspirano fumi di DU a seguito di un incendio o di un'esplosione.

2. CENNI SUL DU PER SCOPI MILITARI

Il DU è stato impiegato per scopi militari fin dal 1991 in occasione della Prima Guerra del Golfo. La guerra nei Balcani per la liberazione del Kosovo e della Bosnia Herzegovina ha riportato alla luce il problema che nel 1991 era passato praticamente inosservato. Nei Balcani risulta che ci siano stati circa 1000 attacchi aerei utilizzando munizionamento al DU a seguito ai quali sono state scaricate al suolo circa 8,6 tonnellate di Uranio impoverito.³

Lo scopo per cui il DU ha trovato una larga utilizzazione in campo militare è connesso con l'elevato peso specifico del materiale che a parità di massa con un munizionamento dello stesso

² Fonte Associazione Internazionale per la protezione contro i Raggi Ionizzanti - AIPRI

³ Fonti NATO ed UN

calibro, sviluppa un'energia cinetica sull'obiettivo notevolmente superiore, con conseguente maggiore perforazione delle corazzature di acciaio balistico e del cemento armato a protezione dei bunker. Inoltre, il DU è altamente pirofilo per cui al momento dell'impatto prende fuoco incrementando le caratteristiche perforanti intrinseche alle caratteristiche fisiche del metallo.

Nell'impattare contro il bersaglio il DU si frantuma in varie configurazioni fisiche. Piccole schegge, polveri di ossidi di uranio, aerosol ed anche interi proiettili che non impattando sul alcun obiettivo rimangono non esplosi sul suolo.

Inoltre, colpendo la corazzatura metallica di un mezzo corazzato da combattimento o su altri sistemi di protezione, la caratteristica di incendiarsi raggiungendo elevati picchi di temperatura in tempo brevissimo, rende praticamente liquido anche l'acciaio sul punto di impatto, trasformandolo in microsfele metalliche che si ottengono a seguito dell'altrettanto rapido raffreddamento dopo l'impatto.

Analogamente qualora si abbiano esplosioni di munizionamento convenzionale mescolato a proiettili al DU, l'Uranio Impoverito provoca picchi di calore istantaneo che accelerano la fusione del metallo in microparticelle che immediatamente dopo coagulano in forma sferica per un altrettanto istantaneo raffreddamento della massa dopo il picco di calore istantaneo proprio dell'esplosione.

In questi casi quindi nell'ambiente e sul terreno si disperdono particelle e polveri di metalli pesanti che possono essere inalate, ingerite od entrare a far parte della catena alimentare, coinvolgendo chiunque ne entri a contatto anche se estraneo ai momenti di combattimento in cui è stata utilizzata un'arma al DU.

3. **DEDUZIONI SUI POSSIBILI DANNI FISICI DA URANIO IMPOVERITO**

Le caratteristiche fisiche e radiologiche del DU, le finalità militari in cui generalmente viene utilizzato come parte fondamentale di alcuni tipi di munizionamento moderno, confrontate con le conclusioni di gruppi di studio militari e civili che hanno analizzato il problema specifico e con alcuni riscontri medici oggettivi, portano alle conclusioni di seguito sintetizzate.

- 3.1. Gli effetti immediati che il munizionamento al DU provoca a danno delle persone e degli animali, non sono imputabili — almeno in modo significativo — all'effetto radiante del materiale, piuttosto all'inquinamento chimico diretto sulle persone qualora convivano episodi bellici con l'impiego di DU o all'ambiente attraverso le falde acquifere (solubilità del DU). Altro pericolo non meno significativo può essere indotto dai pezzi / polveri di materiale DU che entrino nella catena alimentare (foraggio inquinato ingerito da animali, ovini e bovini da pascolo che possano ingerire particelle di DU non trasformate e derivate dal munizionamento non esploso o frantumato all'atto dell'impatto).
- 3.2. Altri effetti immediati si possono avere nei confronti di personale che si trovi ad entrare in locali inquinati da ossidi conseguenti all'utilizzazione di DU o entri in mezzi da combattimento colpiti da detto armamento e nell'immediato dell'episodio bellico.
- 3.3. Il pericolo radiologico potrebbe diventare significativo se nel DU utilizzato fosse presente anche plutonio come conseguenza di scoria da centrale radioattiva.
- 3.4. Al di fuori della realtà bellica "in tempo reale", esistono altri momenti in cui il DU potrebbe arrecare danni fisici alla stessa stregua di quanto è accertato che avvenga in combattimento. Si tratta delle occasioni in cui si procede alla distruzione di Ordigni Bellici Non Esplosi (UXOs) durante le operazioni di bonifica del territorio immediatamente dopo la fine della guerra o in tempi successivi. In questi casi, infatti, qualora per errore o per

scarsa conoscenza del problema specifico, si distruggono UXOs applicando cariche esplosive, insieme a materiale bellico al DU, il munizionamento di Uranio Impoverito subirebbe una trasformazione analoga a quella che si ha quanto il proiettile specifico impatta su un obiettivo. Produzione / trasformazione in nanoparticelle di ossidi mescolati al munizionamento che si sta distruggendo.

In questi casi tutto il personale addetto alla bonifica o altri che possano concorrere in queste operazioni o si trovassero a transitare in zone inquinate, ingerirebbero / inalerebbero particelle di metalli pesanti e di ossidi di DU, molti dei quali in forma sferica.

Si ritiene, infine, che fra le possibili conseguenze che il DU può comportare, quanto riscontrato al punto 3.4, possa rappresentare oggetto di approfondimento e di riscontro sulla base di campionatura specifica, non scelta casualmente ma riferita a precise aree geografiche e sulla base dei compiti addestrativi ed operativi. Un maggiore approfondimento, potrebbe, inoltre, essere ottenuto sulla base di riscontri specifici sulla popolazione residente o già presente nei "Paesi affetti".

4. CONCLUSIONI – PROPOSTE

Per quanto precede e tenendo conto che:

- 4.1. esami di laboratorio ufficiali hanno riscontrato **residui di metalli pesanti di cui molti in forma sferica** nei reperti organici di persone ammalate di neoplasie in particolare urinarie e midollari (vive guarite, vive ma ammalate e/o a rischio, defunte) e/o nello sperma di persone che risulta abbiano procreato prole con gravi menomazioni fisiche;
- 4.2. i suddetti reperti risultano appartenere per la maggioranza a personale che in Patria od all'estero si occupa o si è occupato di distruzione di UXOs o più ingenerale che, per finalità professionali, entra frequentemente a contatto con sostanze esplosive o cariche di lancio, respirandone i fumi all'atto dell'impiego;

|| Analoghe patologie sono state trovate in reduci della prima guerra del Golfo ed affetti da quella che comunemente è stata chiamata la "sindrome del Golfo".⁵⁶

In Allegato B la rappresentazione grafica dell'impiego del DU durante la Prima Guerra del Golfo.

Per quanto dato da sapere, inoltre, in personale militare, che si è occupato di attività di bonifica nei Balcani (in particolare Bosnia) ed affetti da neoplasie di varia natura (in particolare midollari), gli accertamenti di laboratorio hanno accertato la presenza di **residui di metalli pesanti molti dei quali in forma sferica**.⁷

⁵ Fonte US ARMY : While uranium was detected in the United States in the urine of some ill soldiers (uranium forms a metallo-protein that deposits in the kidneys and its toxicity has been known for at least two centuries), no piece of evidence was found to propose any scientifically based theory blaming radioactivity. Other answers were then looked for. Bone-marrow, colon and lymph-node biopsies revealed micro- and nano-debris, sometimes agglomerated, composed of simple or combined metals: Fe-Si, Cu-Cl-Zn, Hg, Si-Ti-Fe-Al, Si-Bi, Si-Pb, Fe-Cu-Zn, Cr-Fe-Ni, Fe-Mn, and, once, Zr. Materiale molto simile a quello repertato in Allegato A

⁶ Department of Veterans Affairs, USA, 21 settembre 2004

⁷ Fonte risultati scientifici del laboratorio dei Biomateriali dell'Università di Modena, Prof. Gatti.

- 4.3. i residui di metalli pesanti appartengono a tipologie di sostanze normalmente parte integrante di leghe con cui vengono realizzati UXOs, corazzature di carri, inneschi per cariche esplosive e delle sostanze esplosive in generale [REDACTED];
- 4.4. risulta che un consistente numero di cittadini bosniaci e/o serbi già residenti in aree oggetto di massiccio attacco con DU sia affetto da neoplasie simili a quelle rilevate nel personale italiano di cui trattasi⁸;

sarebbe auspicabile che le ipotesi di cui sopra fossero sottoposte a rigorosa indagine scientifica, che tenga conto delle particolari circostanze a cui si è fatto riferimento.

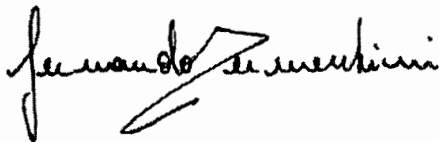
In particolare, nel dubbio che il DU rappresenti “una sorta di catalizzante” della produzione di materiale inquinante e nocivo derivato da utilizzazione di materiale bellico o a seguito anche di semplici attività addestrative, si è del parere che sarebbe opportuno procedere :

- a. alla valutazione di una campionatura “mirata” di personale che abbia partecipato a missioni in diversi Teatri operativi, quali Kuwait, Somalia, Bosnia e Kosovo, anche con riferimento ad eventuali decessi a suo tempo non riconducibili alle cause specifiche;
- b. alla valutazione di un numero significativo di personale che sia stato impegnato o lo sia ancora in attività addestrative e/o operative connesse alla bonifica del territorio ed all’impiego di cariche esplosive in generale;
- c. all’analisi dei contenuti del terreno dove si sono svolti intensi combattimenti in generale e larga utilizzazione di munizionamento al DU ed alla valutazione dello stato di salute degli animali da macello che vivono in dette aree (in particolare in Bosnia ed in Kosovo);
- d. procedere ad una simulazione sistematica che consenta di ricavare dati su base sperimentale operativa dell’inquinamento residuo ambientale per :
 - utilizzazione nelle varie forme di materiale al DU; per analizzarne gli effetti e per verificare se all’atto dell’impatto / esplosione il DU che si trasforma in ossidi mantiene le proprie caratteristiche o si trasforma più semplicemente in “metallo pesante” come sembrerebbe;
 - analizzare campioni di munizionamento al DU utilizzato nei Balcani per constatarne o meno la eventuale presenza di plutonio;
 - distruzione di UXOs di natura convenzionale;
 - distruzione di UXOs convenzionali mescolati a munizionamento al DU, per individuare la rispondenza della formazione di nanoparticelle sferiche.

Lo scrivente rimane a disposizione per qualunque chiarimento od approfondimento.

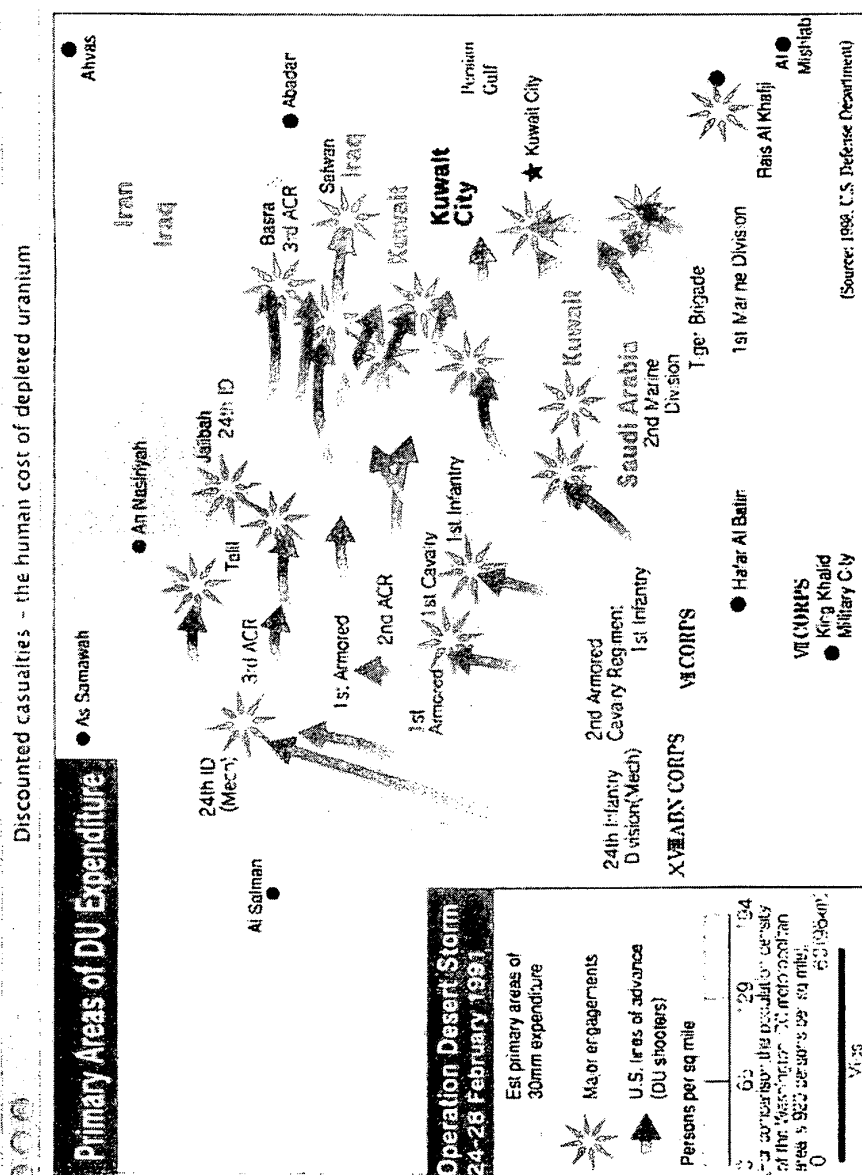
Roma 17 maggio 2006

Gen. B. (ris) dott. Fernando TERMENTINI



⁸ Fonte Università agli Studi di Belgrado, Dipartimento di fisica ed Autorità Federali della Bosnia Herzegovina.

Allegato B



TESTO AGGIORNATO DEL DECRETO-LEGGE 29 dicembre 2000, n. 393
Testo del decreto-legge 29 dicembre 2000, n. 393 (in Gazzetta Ufficiale - serie generale - n. 303 del 30 dicembre 2000), coordinato con la legge di conversione 28 febbraio 2001, n. 27 recante: **"Proroga della partecipazione militare italiana a missioni internazionali di pace, nonché dei programmi delle Forze di polizia italiane in Albania"**.

Avvertenza:

Il testo coordinato qui pubblicato è stato redatto dal Ministero della giustizia ai sensi dell'art. 11, comma 1, del testo unico delle disposizioni sulla promulgazione delle leggi, sull'emanazione dei decreti del Presidente della Repubblica e sulle pubblicazioni ufficiali della Repubblica italiana, approvato con D.P.R. 28 dicembre 1985, n. 1092, al solo fine di facilitare la lettura delle disposizioni del decreto-legge, integrate con le modifiche apportate dalla legge di conversione. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui riportati.

Le modifiche apportate dalla legge di conversione sono stampate con caratteri corsivi.

A norma dell'art. 15, comma 5, della legge 23 agosto 1998, n. 400 (Disciplina dell'attività di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei Ministri), le modifiche apportate dalla legge di conversione hanno efficacia dal giorno successivo a quello della sua pubblicazione.

Nella Gazzetta Ufficiale del 20 marzo 2001 si procederà alla ripubblicazione del presente testo coordinato, corredato delle relative note.

Art. 1.

Proroga della partecipazione italiana a missioni internazionali di pace

1. Il termine previsto dall'articolo 1, comma 1, del decreto-legge 19 giugno 2000, n. 163, convertito, con modificazioni, dalla legge 10 agosto 2000, n. 228, relativo alla partecipazione di personale militare e civile alle operazioni in Macedonia, in Albania, nei territori della ex Jugoslavia, in Kosovo ed a Hebron, è prorogato fino al 30 giugno 2001. *Fino alla stessa data è prorogata la partecipazione del personale della Polizia di Stato alle operazioni in Macedonia ed in Kosovo di cui all'articolo 2, comma 2, del decreto-legge 7 gennaio 2000, n. 1, con modificazioni, dalla legge 7 marzo 2000, n. 44, ivi impegnato dal 1º luglio 2000.*

2. Limitatamente ai giorni di permanenza nel territorio ovvero nelle acque territoriali dei Paesi teatro delle operazioni, al personale di cui al comma 1, è corrisposta l'indennità di missione prevista dal regio decreto 3 giugno 1926, n. 941, nella misura del 90% per tutta la durata del periodo. L'indennità di missione è corrisposta dal 1º gennaio 2001 al 30 giugno 2001 in lire, sulla base dei cambi registrati nel periodo 1º giugno - 30 novembre 2000.

3. Salvo quanto previsto dal comma 2, si applicano:

a) l'articolo 1, comma 3, del decreto-legge 21 aprile 1999, n. 110, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 giugno 1999, n. 186, al personale militare che partecipa alle operazioni in Macedonia ed in Albania;

b) gli articoli 3-bis, commi 3 e 4, 3-quater, commi 2 e 3, 3-quinquies, comma 2, 3-sexies, comma 2, e 3-septies del decreto-legge 28 gennaio 1999, n. 12, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 marzo 1999, n. 77, al personale militare che partecipa alle missioni internazionali nei territori della ex Jugoslavia, in Albania ed a Hebron;

c) l'articolo 2, commi 2 e 2-bis, del decreto-legge 17 giugno 1999, n. 180, convertito, con modificazioni, dalla legge 2 agosto 1999, n. 269, al personale militare che partecipa alle operazioni in Kosovo ed in Macedonia *e al personale di cui al secondo periodo del comma 1;*

d) l'articolo 3 del decreto-legge 19 giugno 2000, n. 163, convertito, con modificazioni, dalla legge 10 agosto 2000, n. 228.

4. Per le finalità e nei limiti temporali di cui al comma 1, il Ministero della difesa è autorizzato, in caso di necessità ed urgenza, anche in deroga alle vigenti disposizioni di contabilità generale dello Stato, a ricorrere ad acquisti e lavori da eseguire in economia, entro un limite complessivo di lire

39.250 milioni, a valere sullo stanziamento di cui all'articolo 5 in relazione alle esigenze di completamento delle opere aggiuntive e di acquisizione dei relativi apparati di comunicazione, presso gli aeroporti di Dakovica e di Pristina, per le attività aeree del settore di competenza italiano, di realizzazione di interventi infrastrutturali fissi e mobili e di apparati informatici e di telecomunicazione, nonché per gli interventi diretti al miglioramento della qualità della vita a favore dei contingenti italiani impiegati nell'area balcanica.

Art. 2.

Prosecuzione dei programmi "delle Forze di polizia italiane in Albania"

1. Per lo sviluppo ed il completamento dei programmi italiani a sostegno delle Forze di polizia albanesi di cui dall'articolo 1 del decreto-legge 28 agosto 2000, n. 239, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 ottobre 2000, n. 305, *fino al 30 giugno 2001 e' autorizzata la spesa di lire 20.394 milioni.*

2. Per le finalità di cui al comma 1 continuano ad applicarsi le disposizioni degli articoli 3 e 4 della legge 3 agosto 1998, n. 300, ed il coordinamento dei relativi interventi e' assicurato dal Ministero dell'interno. Il trattamento economico aggiuntivo di cui all'articolo 4 della legge 3 agosto 1998, n. 300, e' corrisposto in lire, dal 1º gennaio 2001 al 28 febbraio 2001, sulla base dei cambi registrati nel periodo 1º giugno 2000 - 30 novembre 2000. Resta fermo quanto previsto dal comma 2-bis dell'articolo 1 del citato decreto-legge 28 agosto 2000, n. 239 *in materia di presentazione al Parlamento di una relazione del Governo sugli interventi in Albania.*

Art. 2-bis

Prosecuzione delle attività di assistenza alle Forze armate albanesi

1. *Per lo sviluppo ed il completamento dei programmi a sostegno delle Forze armate albanesi di cui all'articolo 1 del decreto-legge 13 gennaio 1998, n. 1, convertito, con modificazioni, dalla legge 13 marzo 1998, n. 42, e' autorizzata la spesa di lire 10.000 milioni, per la fornitura di mezzi, materiali e servizi, nonché per la realizzazione di interventi infrastrutturali e l'acquisizione di apparati informatici e di telecomunicazione.*

2. *Per le finalità di cui al comma 1 si applicano, entro i limiti massimi di spesa ivi previsti, le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 4, del presente decreto.*

3. *Nell'ambito del programma di riorganizzazione delle Forze navali albanesi, per la costituzione della guardia costiera, e' autorizzata la cessione di beni e servizi da parte del Ministero dei trasporti e della navigazione, Comando generale del Corpo delle capitanerie di porto, secondo le disposizioni di cui all'articolo 3, comma 1, del decreto-legge 24 aprile 1997, n. 108, convertito, con modificazioni, dalla legge 20 giugno 1997, n. 174.*

4. *Al personale facente parte delle Forze armate albanesi, qualora impegnato in territorio nazionale o in Paesi terzi in attività addestrative ovvero in esercitazioni congiunte con le Forze armate italiane, si applicano le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 102, della legge 23 dicembre 1996, n. 662.*

Art. 3.

Contributo alle attività operative dell'Ucraina in Kosovo

1. Nell'ambito della partecipazione italiana alla missione internazionale di pace in Kosovo, e' autorizzato un contributo al finanziamento dei voli degli elicotteri dell'Ucraina operanti in Kosovo, entro il limite di lire 640 milioni.

Art. 4.

Partecipazione italiana alla missione ONU in Etiopia ed Eritrea

1. Per le finalità previste dalla risoluzione del Consiglio di Sicurezza dell'ONU n. 1320 del 15 settembre 2000, e' autorizzata, a decorrere dal 1º gennaio 2001 e fino al 30 giugno 2001, la partecipazione di personale militare alla missione internazionale di pace in Etiopia ed Eritrea.

2. Al personale di cui al comma 1 si applicano le disposizioni previste dall'articolo 1, commi 2 e 3, lettere c) e d), fatto salvo quanto disposto dall'articolo 6 del regio decreto 3 giugno 1926, n. 941, in materia di riduzione delle indennità nel caso di contributi e sovvenzioni da parte di organismi internazionali.
3. Sono convalidate le attività preliminari e preparatorie relative alla missione di cui al comma 1 svolte fino alla data di entrata in vigore del presente decreto.

Art. 4-bis.**Monitoraggio sanitario**

1. *E' disposta la realizzazione di una campagna di monitoraggio sulle condizioni sanitarie dei cittadini italiani che a qualunque titolo hanno operato od operano nei territori della Bosnia-Herzegovina e del Kosovo, in relazione a missioni internazionali di pace e di assistenza umanitaria, nonché di tutto il personale della pubblica amministrazione, incluso quello a contratto, che ha prestato o presta servizio, nei predetti territori, presso le rappresentanze diplomatiche o uffici ad esse collegati, e dei familiari che con loro convivono o hanno convissuto. I relativi accertamenti sanitari sono svolti a titolo gratuito presso qualsiasi struttura sanitaria militare o civile.*
2. *Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro della difesa e con il Ministro dell'interno, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono stabiliti le modalità, le condizioni e i criteri per l'attuazione del presente articolo e per gli eventuali controlli sulle sostanze alimentari importate dai territori indicati al comma 1.*
3. *Il Governo trasmette quadrimestralmente al Parlamento una relazione del Ministro della difesa e del Ministro della sanità sullo stato di salute del personale militare e civile italiano impiegato nei territori della ex Jugoslavia.*

Art. 4-ter.**Disposizioni per il personale militare e della Polizia di Stato che abbia contratto infermità in servizio**

1. *Il personale militare in ferma volontaria che abbia prestato servizio in missioni internazionali di pace e contragga infermità idonee a divenire, anche in un momento successivo, causa di inabilità può, a domanda, essere trattenuto alle armi con ulteriori rafferme annuali, da trascorrere interamente in licenza straordinaria di convalescenza o in ricovero in luogo di cura, anche per periodi superiori a quelli previsti dal decreto legislativo 30 dicembre 1997, n. 505, fino alla definizione della pratica medico-legale riguardante il riconoscimento della dipendenza da causa di servizio.*
2. *Il personale trattenuto alle armi, di cui al comma 1, e' computato nei contingenti di personale in ferma volontaria stabiliti dalle leggi sostanziali e di bilancio.*
3. *Al personale militare e della Polizia di Stato in servizio permanente, che presti o abbia prestato servizio in missioni internazionali di pace e che abbia contratto le infermità nei termini e nei modi di cui al comma 1, non e' computato nel periodo massimo di aspettativa il periodo di ricovero in luogo di cura o di assenza dal servizio fino a completa guarigione delle stesse infermità, a meno che queste comportino inidoneità permanente al servizio.*
4. *Nei confronti del personale di cui al commi 1 e 3, deceduto o divenuto permanentemente inabile al servizio militare incondizionato ovvero giudicato assolutamente inidoneo ai servizi di istituto per lesioni traumatiche o per le infermità di cui al comma 1, riconosciute dipendenti da causa di servizio, sono estesi al coniuge e ai figli superstiti, ovvero ai fratelli germani conviventi ed a carico, qualora unici superstiti, i benefici di cui all'articolo 1, comma 2, della legge 23 novembre 1998, n. 407, come modificato dall'articolo 2 della legge 17 agosto 1999, n. 288.*

Art. 5.**Copertura finanziaria**

1. All'onere derivante dall'attuazione degli articoli 1, 2, 3 e 4, valutato complessivamente in lire 618.128 milioni per l'anno 2001, si provvede:

a) quanto a lire 150.250 milioni mediante riduzione dell'autorizzazione di spesa relativa alla quota destinata allo Stato dell'8 per mille dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF), iscritta nell'unità previsionale di base 7.1.2.14 "8 per mille IRPEF Stato dello stato di previsione del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica per l'anno 2001, ai sensi dell'articolo 48 della legge 20 maggio 1985, n. 222;

b) quanto a lire 94.639 milioni mediante riduzione degli importi stabiliti per l'anno 2001 dalla tabella C allegata alla legge 23 dicembre 2000, n. 388, relativamente alle leggi elencate nella tabella allegata al presente decreto;

c) quanto a lire 373.239 milioni mediante l'utilizzo del fondo di riserva per le spese impreviste, ai sensi dell'articolo 1, comma 63, della legge 28 dicembre 1995, n. 549.

2. All'onere derivante dall'attuazione dell'articolo 4-bis, valutato in lire 25.000 milioni annue a decorrere dall'anno 2001, si provvede, per gli anni 2001, 2002 e 2003, mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2001-2003, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente "Fondo speciale dello stato di previsione del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica per l'anno 2001, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero dell'inter-no per lire 7.000 milioni nell'anno 2001 e per lire 5.000 milioni per ciascuno degli anni 2002 e 2003, nonché l'accantonamento relativo al Ministero dei trasporti e della navigazione per lire 18.000 milioni nell'anno 2001 e per lire 20.000 milioni per ciascuno degli anni 2002 e 2003.

3. Il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

Art. 6.

Entrata in vigore

1. Il presente decreto entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana e sarà presentato alle Camere per la conversione in legge.

"Tabella (art. 5, comma 1, lettera b) Elenco delle riduzioni da apportare per l'anno 2001 alla tabella C allegata alla legge 23 dicembre 2000, n. 388 Milioni di lire

- Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica:

Decreto legislativo n. 165 del 1999 e decreto legislativo n. 188 del 2000: Agenzia per le erogazioni in agricoltura (AGEA) (3.1.2.11 Agenzia per le erogazioni in agricoltura - cap. 940/p)..... 20.000

Ministero degli affari esteri: Legge n. 7 del 1981: Stanziamenti aggiuntivi per l'aiuto pubblico a favore dei Paesi in via di sviluppo e decreto-legge n. 155 del 1993, convertito, con modificazioni, alla legge n. 243 del 1993 (9.1.1.0 - Funzionamento - capitoli 2150, 2152, 2153, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170; 9.1.2.2 - Paesi in via di sviluppo - capitoli 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2195)..... 20.000

Ministero della pubblica istruzione: Legge n. 440 del 1997 e legge n. 144 del 1999 (art. 68, comma 4, lettera b): Fondo per l'ampliamento dell'offerta formativa (2.1.3.1 - Fondo per il funzionamento della scuola- cap. 1810)..... 20.000

Ministero dei lavori pubblici: Decreto legislativo n. 143 del 1994: Istituzione dell'Ente nazionale per le strade: Art. 3: Funzionamento (5.2.1.3 - Ente nazionale per le strade - cap. 8061/p)..... 20.000

Ministero della sanità: Decreto legislativo n. 267 del 1993: Riordinamento dell'Istituto superiore di sanità (7.1.2.2 - Istituto superiore di sanità - cap. 2990/p).... 4.639

Ministero dell'ambiente: Decreto-legge n. 496 del 1993, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 61 del 1994: Disposizioni urgenti sulla riorganizzazione dei controlli ambientali e istituzionali dell'Agenzia nazionale per la protezione dell'ambiente (art. 1-bis, comma 5, e art. 6, comma 1) (2.1.2.2 - Agenzia nazionale per la protezione ambientale - cap. 1550; 2.2.1.3 - Agenzia nazionale per la protezione ambientale - cap. 7240)..... 10.000".

Gazzetta Ufficiale N. 1 del 02 Gennaio 2003

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME

ACCORDO 30 maggio 2002

Accordo tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sul protocollo operativo dell'indagine sulle condizioni sanitarie dei cittadini italiani che hanno operato nei territori della Bosnia-Erzegovina e del Kosovo.

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Visto l'art. 4-bis del decreto-legge 29 dicembre 2000, convertito, con modificazioni, nella legge 28 febbraio 2001, n. 27 che dispone che, con decreto del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri dell'interno e della difesa, sentita la Conferenza Stato-regioni, vengono stabiliti le modalità, le condizioni ed i criteri per la realizzazione di una campagna di monitoraggio sulle condizioni sanitarie dei cittadini italiani che, a qualunque titolo, hanno operato o operano nei territori del Kosovo e della Bosnia-Erzegovina, nonché l'attuazione di controlli alimentari sulle sostanze importate dai predetti territori;

Visto gli articoli 2, comma 2, lettera b) e 4, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che affidano a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi, in attuazione del principio di leale collaborazione, e che prevedono che i suddetti accordi possano essere conclusi al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

Visto lo schema di decreto che e' stato trasmesso dal Dipartimento per gli affari giuridici e legislativi della Presidenza del Consiglio dei Ministri il 31 maggio 2001;

Considerato che il 4 febbraio, in sede tecnica, i rappresentanti regionali hanno avanzato osservazioni in ordine alle competenze attribuite allo Stato e alle regioni nelle materie oggetto del predetto decreto, riservandosi di presentare un documento al riguardo;

Considerato che, nella successiva riunione tecnica del 15 maggio, e' stata esaminata la proposta di accordo in oggetto, trasmessa dalle regioni con nota del 30 aprile 2002, le quali ritengono che le competenze in ordine alla campagna di monitoraggio attengono alle regioni a seguito dell'entrata in vigore della legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001;

Acquisito l'assenso del Governo e dei Presidenti delle regioni e province autonome, espresso ai sensi dell'art. 4, comma 2 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281;

Sancisce

il seguente accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul protocollo operativo dell'indagine sulle condizioni sanitarie della popolazione civile, del personale militare e civile della Difesa e del personale della Polizia di Stato, che hanno operato dal 1 agosto 1994 o che operano nei territori della Bosnia Herzegovina e del Kosovo, trasmesso dalle regioni il 30 aprile 2002, che, allegato sub A) ne costituisce parte integrante.
Roma, 30 maggio 2002

Il presidente: La Loggia

Il segretario: Carpino

Allegato

INDAGINE SULLE CONDIZIONI SANITARIE DELLA POPOLAZIONE CIVILE, DEL PERSONALE MILITARE E CIVILE DELLA DIFESA E DEL PERSONALE DELLA POLIZIA DI STATO CHE HANNO OPERATO DAL 16 AGOSTO 1994 O CHE OPERANO NEI TERRITORI DELLA BOSNIA-HERZEGOVINA E DEL KOSOVO

Protocollo operativo

Obiettivo.

Monitorare le condizioni di salute e valutare l'eventuale impatto sullo stato di salute della permanenza nei territori della Bosnia-Herzegovina e del Kosovo.

Comitato scientifico.

Responsabili della realizzazione dell'indagine sono: il Ministero della difesa, il Ministero dell'interno, il Ministero della Salute, le regioni e le province autonome e l'Istituto superiore di sanità'.

Con decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro della difesa viene costituito un comitato scientifico, di cui fanno parte rappresentanti delle istituzioni responsabili della campagna di monitoraggio, con le seguenti finalità:

- coordinamento e supervisione delle varie fasi del monitoraggio sanitario;
- comunicazione dei risultati della campagna di monitoraggio mediante la produzione di relazioni intermedie quadrimestrali e di una relazione finale.

Il comitato scientifico si avvale di un centro raccolta ed elaborazione dati e di una segreteria organizzativa oltretutto del supporto di consulenze e collaborazioni esterne.

Eventi.

E' considerato "evento" l'insorgenza di una patologia o il decesso da cause patologiche avvenuti in tempi successivi alla permanenza nei territori interessati. La diagnosi della malattia viene effettuata dal medico sulla base di una valutazione congiunta degli esami di laboratorio previsti, dell'anamnesi patologica remota e prossima, di quanto emerso nel corso della visita e attraverso eventuali altri accertamenti e del suo giudizio personale. Una particolare attenzione sarà data agli eventi di tipo tumorale.

Protezione dei dati riguardanti i partecipanti alla campagna di monitoraggio.

Al momento della raccolta ed archiviazione dei dati, verrà attribuito un numero specifico e univoco ad ogni soggetto incluso nella campagna di monitoraggio. I soggetti saranno quindi registrati nel data-base solo attraverso questo numero e il loro nome e cognome non saranno pertanto in alcun modo noti.

I partecipanti al monitoraggio verranno informati sul fatto che i dati raccolti saranno conservati in un data-base e gestiti conformemente a quanto previsto dalla normativa vigente riguardo al trattamento informatico dei dati.

A) MONITORAGGIO DELLA POPOLAZIONE CIVILE

Disegno della campagna di monitoraggio.

Il monitoraggio consiste in una serie di visite mediche e di prestabiliti esami di laboratorio, a cui ogni partecipante si sottopone gratuitamente secondo una cadenza temporale predeterminata (allegato 1). Le strutture sanitarie preposte all'effettuazione dei controlli sono:

- a) quelle militari presenti in loco (sia per le visite sia per gli esami di laboratorio) per i soggetti che

operano nei territori esteri interessati;

b) quelle individuate dalle regioni e province autonome (sia per le visite sia per gli esami di laboratorio) per i soggetti rientrati in Italia.

Lo strumento di rilevazione e' la scheda di indagine (riportata in allegato 2) contenente dati anagrafici, dati relativi alle missioni nei territori interessati e informazioni sullo stato di salute derivanti dalla visita, dall'anamnesi e dai risultati di tutti gli esami.

La campagna di monitoraggio si articola in due parti:

monitoraggio (M) della popolazione civile che e' presente nei territori interessati a partire dalla data di inizio della campagna di monitoraggio;

follow-up (FU) della popolazione civile che e' stata presente nei territori considerati dal 1 agosto 1994.

Il monitoraggio dura cinque anni.

Il follow-up dura per il tempo necessario al compimento di cinque anni dall'ultimo rientro dai territori interessati. Per i soggetti il cui rientro sia avvenuto più di cinque anni prima dell'inizio della campagna di monitoraggio, il FU consiste nell'effettuazione della ultima serie di analisi e della visita medica; per i soggetti il cui rientro sia avvenuto meno di cinque anni prima dell'inizio del monitoraggio, il FU consiste nell'effettuazione delle serie di analisi e visite mediche necessarie a completare il quinquennio di osservazione dall'ultimo rientro (ad es.: un soggetto rientrato da 34 mesi al momento dell'inizio della campagna di monitoraggio eseguirà esclusivamente gli accertamenti previsti "tra 36 e 48 mesi" e "tra 48 e 60 mesi").

Criteri di inclusione.

M: civili che a qualunque titolo sono impegnati in Bosnia-Herzegovina e Kosovo dalla data di inizio della campagna di monitoraggio;

FU: civili che a qualunque titolo hanno soggiornato nei territori interessati anteriormente alla data di inizio della campagna di monitoraggio.

Modalità di reclutamento.

Il soddisfacimento dei criteri di inclusione implica l'acquisizione del diritto e non dell'obbligo alla partecipazione alla campagna di monitoraggio. L'adesione alla campagna e' dunque volontaria.

I cittadini verranno informati delle finalità della campagna di monitoraggio, e invitati a rivolgersi alle strutture sanitarie preposte ad effettuare i controlli, dalle regioni e province autonome.

Verrà inoltre attivata e implementata nel tempo una rete di contatti con le principali organizzazioni nazionali ed internazionali impegnate nelle missioni in Bosnia e Kosovo al fine di diffondere il più possibile, anche mediante un effetto "a cascata", e di conservare nel tempo la conoscenza dell'iniziativa, favorirne la partecipazione e, indirettamente, ottenere una stima, sia pure approssimativa e parziale, della popolazione di riferimento.

Per tutti i soggetti eleggibili, l'entrata nella campagna di monitoraggio (arruolamento) avviene con la prima visita. Per facilità di trattazione i soggetti arruolati si possono suddividere in due gruppi, corrispondenti, rispettivamente, al monitoraggio e al follow-up:

G1 (M): civili che alla data di inizio della campagna di monitoraggio operano nei territori interessati o che opereranno in detti territori successivamente a tale data;

G2 (FU): civili che hanno operato nei territori considerati ma che alla data di inizio della campagna di monitoraggio non sono più presenti in detti territori.

Descrizione della tipologia e della cadenza degli accertamenti.

Gli accertamenti previsti e la cadenza temporale con cui vengono effettuati, all'interno della durata della campagna di monitoraggio, sono descritti nella tabella in allegato 1.

Gli appartenenti a G1 vengono sottoposti al monitoraggio ed effettuano tutti gli accertamenti alle date indicate in tabella.

Gli appartenenti a G2 vengono sottoposti al follow-up ed effettuano gli accertamenti corrispondenti

al periodo di tempo intercorso tra l'ultimo rientro dai territori considerati e lo scadere dei cinque anni. Ad esempio, chi ha soggiornato in Bosnia-Herzegovina o in Kosovo nel 1994 e quindi, alla data di inizio della campagna, ha superato la durata quinquennale del periodo di osservazione dovrà effettuare solamente una visita medica e l'ultima batteria di esami. Qualora lo stesso soggetto riparta in una data successiva a quella di inizio della campagna e soggiorni nuovamente in Bosnia-Herzegovina o in Kosovo verrà sottoposto al monitoraggio completo (cioè entrerà in G1).

Numerosità della popolazione coinvolta.

Attualmente non è possibile quantificare i soggetti eleggibili.

Tenuto conto dell'estrema disomogeneità e frammentazione che hanno assunto e tuttora assumono le varie forme di coinvolgimento dei civili nei territori interessati (dal punto di vista dell'entità, dell'organizzazione, delle finalità e dei compiti, della continuità nel tempo, ecc.) risulta al momento estremamente difficile giungere ad una stima attendibile della popolazione di riferimento.

Scheda di indagine.

La scheda di indagine di cui all'allegato 2 è resa disponibile alle strutture sanitarie militari per il tramite del Ministero della difesa e alle strutture sanitarie individuate dalle regioni e province autonome per il tramite delle stesse. Della compilazione della scheda di indagine è incaricato:

- a) il medico militare in loco per i civili impegnati nei territori interessati;
- b) il medico delle strutture individuate dalle regioni e province autonome per i civili rientrati in Italia.

La scheda di indagine prevede una prima parte che va compilata una sola volta al momento della prima visita e una seconda parte da compilare ad ogni accertamento effettuato.

La prima parte è costituita da una sezione dedicata all'identificazione dell'individuo mediante i dati anagrafici e i dati relativi alle caratteristiche della permanenza nei territori interessati (tipo di missione - militare o civile - data e luogo delle missioni) e da una sezione dedicata all'anamnesi patologica remota.

Nella seconda parte vengono raccolte informazioni sull'anamnesi patologica prossima, sulla eventuale presenza di patologie o di qualsiasi alterazione dello stato soggettivo nonché sulle risultanze dell'esame obiettivo, delle analisi di laboratorio previste e di altri eventuali accertamenti effettuati. È inoltre riservato al medico lo spazio per un eventuale commento in cui indicare informazioni aggiuntive a quelle richieste, relative al paziente (es. eventuali terapie in atto, variazioni rilevanti nei comportamenti) o ai propri familiari (es. interruzioni spontanee di gravidanza, patologie dei nati, ecc.) e ritenute coerenti con gli obiettivi dell'indagine.

Raccolta e analisi dei dati.

Le strutture militari preposte alla compilazione della scheda di indagine trasmettono mensilmente al centro raccolta ed elaborazione dati le schede stesse e i referti di laboratorio.

Le regioni e le province autonome - acquisiti dalle strutture sanitarie incaricate le schede di indagine e i referti di laboratorio - provvedono entro il 30 giugno ed il 31 dicembre di ciascun anno all'invio - su supporto informatico o per via telematica - di tale materiale al centro raccolta ed elaborazione dati.

Il centro raccolta ed elaborazione dati acquisisce le schede di indagine ed i referti di laboratorio e provvede alla loro archiviazione per tutta la durata della campagna di monitoraggio.

L'analisi dei dati consisterà principalmente nella quantificazione e descrizione degli eventi (malattia o decesso). Permanendo l'attuale non disponibilità di una lista completa dei potenziali partecipanti alla campagna (e quindi di una definita popolazione di riferimento) non sarà possibile calcolare i consueti indicatori (tassi di incidenza e di mortalità) e confrontarli con le analoghe misure riferite alla popolazione generale e costruite sulla base delle fonti esistenti (es. registri dei tumori o di altre patologie, dati Istat, ecc.). In tale situazione, l'analisi dei dati avrà dunque un fine essenzialmente esplorativo e fornirà un primo quadro descrittivo sul quale eventualmente sarà possibile impiantare, in una fase successiva, una indagine più mirata (circoscrivendo o stimando con maggiore precisione

la popolazione di riferimento e selezionando alcuni outcome) o una indagine di tipo caso-controllo finalizzato a verificare e analizzare l'eventuale associazione tra predefinite esposizioni e incidenza di (o mortalità per) determinate patologie.

Per la raccolta, l'inoltro e l'elaborazione dei dati verrà utilizzato apposito software realizzato dal centro raccolta ed elaborazione dati.

Percorso dei rispondenti.

G1:

- a) i civili, presenti in Bosnia-Herzegovina ed in Kosovo alla data di inizio della campagna di monitoraggio, che ne facciano richiesta si recano presso le strutture sanitarie militari in loco per sottoporsi alla visita medica e agli esami di laboratorio;
- b) il medico militare esegue la visita e prescrive gli esami che verranno effettuati presso le strutture sanitarie militari in loco;
- c) il soggetto si sottopone agli esami e torna dal medico militare con i referti di laboratorio;
- d) il medico compila la scheda di indagine e la invia al centro di raccolta ed elaborazione dati unitamente a copia dei referti di laboratorio.

G2:

- a) i civili rientrati in Italia che intendano rispondere alla campagna di monitoraggio si recano presso le strutture sanitarie individuate dalle regioni e province autonome per sottoporsi alle visite mediche ed agli esami di laboratorio;
- b) le strutture di cui al punto a) acquisiscono la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante il ricorrere delle condizioni che danno titolo all'ammissione alla campagna di monitoraggio.

Cambiamento di "stato" dei rispondenti.

E' possibile che, nel corso del monitoraggio, si verifichi un passaggio di soggetti tra G1 e G2 per quei civili che sono presenti nei territori alla data di inizio della campagna e che rientrano in Italia prima della fine della stessa. In tal caso, il monitoraggio iniziato nei territori interessati prosegue in Italia. Il passaggio delle informazioni avviene a cura del centro raccolta ed elaborazione dati su richiesta della struttura sanitaria che prende in carico il soggetto, per il tramite delle regioni e province autonome.

E' altresì possibile il verificarsi di un passaggio inverso, cioè da G2 a G1, per i civili presenti in Italia alla data di inizio della campagna di monitoraggio che si recano nei territori interessati prima del termine della stessa. In questo caso il follow-up inizia, in Italia e si interrompe nel momento stesso in cui il soggetto riparte (poiché, come già detto, il soggetto verrà sottoposto di nuovo al monitoraggio completo). Anche in quest'ultimo caso verrà ovviamente attivato il passaggio di informazioni a cura del centro raccolta ed elaborazione dati su richiesta della struttura sanitaria militare che prende in carico il soggetto.

In entrambi i casi il soggetto dovrà disporre comunque di una copia dei risultati delle analisi di laboratorio che può recare con sé e mostrare all'occorrenza.

Rilevazione dei decessi.

Sono oggetto di rilevazione anche i casi di decesso da causa patologica dei soggetti che hanno operato nei territori interessati dal 1 agosto 1994.

Per i soggetti arruolati e non arruolati nella campagna (il cui decesso e' avvenuto prima o dopo la data di inizio della stessa), la comunicazione dei decessi, qualora noti, avviene secondo le seguenti modalità:

per i civili decaduti mentre operavano nei territori interessati, l'eventuale sanitario italiano che ha accertato la morte o un congiunto dell'interessato segnalano il caso al centro raccolta ed elaborazione dati;

per i civili decaduti dopo il rientro in Italia, le strutture sanitarie individuate dalle regioni e province autonome o un congiunto dell'interessato segnalano il caso, per il tramite dell'organizzazione

sanitaria regionale, al centro raccolta ed elaborazione dati.

Scheda di decesso (allegato 3).

La segnalazione del decesso viene corredata da alcune informazioni, che il centro raccolta ed elaborazione dati provvede a reperire e a registrare nella scheda di decesso. I dati minimi necessari sono:

dati anagrafici del soggetto;

tipo, data e luogo dell'ultima missione;

causa, luogo e data del decesso.

Rilevazione dei persi.

Si definisce "perso" ogni soggetto che e' entrato nella campagna di monitoraggio (cioè si e' sottoposto ad almeno una visita) ma che, alla data stabilita per le successive visite, non si presenta nella struttura sanitaria preposta.

L'individuazione dei persi viene effettuata dal centro raccolta ed elaborazione dati attraverso la verifica delle schede di indagine mancanti dopo il primo invio.

B) MONITORAGGIO DEL PERSONALE CIVILE E MILITARE DELLA DIFESA E DEL PERSONALE DELLA POLIZIA DI STATO.

Disegno dello studio.

La campagna di monitoraggio consiste in una serie di visite mediche e di prestabiliti esami di laboratorio, a cui ogni partecipante si sottopone gratuitamente secondo una cadenza temporale predeterminata (allegato 1). Le strutture sanitarie preposte all'effettuazione dei controlli sono:

- a) quelle militari presenti in loco (sia per le visite sia per gli esami di laboratorio) per i militari e i civili della Difesa e per il personale della Polizia di Stato in servizio nei territori interessati;
- b) quelle militari presenti in Italia (sia per le visite sia per gli esami di laboratorio) per i militari e i civili della Difesa in servizio in Italia (cioè rientrati);
- c) quelle dei Dipartimenti di pubblica sicurezza (per le visite) e quelle individuate dalle regioni province autonome (per gli esami di laboratorio) per il personale della Polizia di Stato in servizio in Italia (cioè rientrato);
- d) quelle individuate dalle regioni e province autonome (sia per le visite sia per gli esami di laboratorio) per i militari in congedo, il personale civile della Difesa non più in servizio e il personale della Polizia di Stato non più in servizio.

I soggetti di cui al punto b) possono alternativamente ricorrere alle strutture sanitarie individuate dalle regioni e province autonome (sia per le visite sia per gli esami di laboratorio) previa richiesta nominativa delle competenti autorità militari.

Lo strumento di rilevazione e' la scheda di indagine (riportata in allegato 2) contenente dati anagrafici, dati relativi alle missioni nei territori interessati e informazioni sullo stato di salute derivanti dalla visita, dall'anamnesi e dai risultati di tutti gli accertamenti.

La campagna di monitoraggio si articola in due parti:

monitoraggio (M) del personale militare e civile della Difesa e del personale della Polizia di Stato che e' presente nei territori interessati a partire dalla data di inizio della campagna di monitoraggio; follow-up (FU) dei militari in servizio ed in congedo, del personale civile della Difesa in servizio e non e del personale della Polizia di Stato in servizio e non che sono stati presenti nei territori considerati dal 1 agosto 1994.

Il monitoraggio dura cinque anni.

Il FU dura per il tempo necessario al compimento di cinque anni dall'ultimo rientro dai territori interessati. Per i soggetti il cui rientro sia avvenuto più di cinque anni prima dell'inizio della campagna di monitoraggio, il FU consiste nell'effettuazione della ultima serie di analisi e della

visita medica.

Criteri di inclusione.

M: personale militare e civile della Difesa e personale della Polizia di Stato che a qualunque titolo e' impegnato in Bosnia-Herzegovina e Kosovo dalla data di inizio della campagna di monitoraggio;
FU: personale militare in servizio o in congedo, personale civile della Difesa in servizio e non, personale della Polizia di Stato in servizio e non che a qualunque titolo ha soggiornato nei territori interessati anteriormente alla data di inizio della campagna di monitoraggio.

Modalità di reclutamento.

Per il personale in servizio nei territori interessati, il reclutamento avviene tramite convocazione diretta in loco.

Per il personale in servizio in Italia, il reclutamento avviene tramite convocazione diretta da parte delle strutture competenti del Ministero della difesa e del Ministero dell'interno.

Per il personale non più in servizio, esiste, presso gli enti di appartenenza (Ministero della difesa e Ministero dell'interno), una lista di nominativi dei soggetti eleggibili. Tale lista viene comunicata dai suddetti enti al centro raccolta ed elaborazione dati.

Per ogni soggetto incluso nella lista, il reclutamento avviene tramite l'invio, da parte delle strutture competenti del Ministero della difesa e del Ministero dell'interno, di una comunicazione con la quale il soggetto viene informato della campagna di monitoraggio in corso e invitato a recarsi presso le strutture sanitarie individuate dalle regioni e province autonome per sottoporsi alla visita medica ed agli esami di laboratorio previsti.

Per tutti i soggetti eleggibili, l'entrata nella campagna di monitoraggio (arruolamento) avviene con la prima visita.

Per facilità di trattazione i soggetti arruolati si possono suddividere in due gruppi, corrispondenti, rispettivamente, al monitoraggio e al follow-up:

G1 (M): militari, personale civile della Difesa e personale della Polizia di Stato che alla data di inizio della campagna di monitoraggio operano nei territori interessati o che opereranno in detti territori successivamente a tale data;

G2 (FU): persone che hanno operato nei territori considerati ma che alla data di inizio della campagna di monitoraggio non sono più presenti in detti territori, e cioè:

G2a: militari e personale civile della Difesa in servizio, personale della Polizia di Stato in servizio;

G2b: militari in congedo, personale civile della Difesa non più in servizio e personale della Polizia di Stato non più in servizio.

Trattamento dei non rispondenti.

Il centro raccolta ed elaborazione dati acquisisce dal Ministero della difesa e dal Ministero dell'interno la lista dei soggetti eleggibili e provvede al trattamento dei non rispondenti ovvero dei soggetti eleggibili che non siano entrati nella campagna di monitoraggio entro i termini previsti.

Descrizione della tipologia e della cadenza degli accertamenti.

Gli accertamenti previsti e la cadenza temporale con cui vengono effettuati, all'interno della durata della campagna di monitoraggio, sono descritti nella tabella in allegato I.

Gli appartenenti a G1 vengono sottoposti al monitoraggio ed effettuano tutti gli accertamenti alle date indicate in tabella.

Gli appartenenti al G2 vengono sottoposti al follow-up ed effettuano gli esami corrispondenti al periodo di tempo intercorso tra l'ultimo rientro dai territori considerati e lo scadere dei cinque anni. Ad esempio, chi ha soggiornato in Bosnia-Herzegovina o in Kosovo nel 1994 e quindi, alla data di inizio della campagna di monitoraggio, ha superato la durata quinquennale del periodo di osservazione dovrà effettuare solamente una visita medica e l'ultima batteria di esami. Qualora lo stesso soggetto riparta in una data successiva a quella di inizio della campagna di monitoraggio e

soggiorni nuovamente in Bosnia-Herzegovina o in Kosovo verrà sottoposto al monitoraggio completo (cioè entrerà in GI).

Numerosità della popolazione coinvolta.

Per il personale militare, sia in servizio sia in congedo, le informazioni attualmente disponibili permettono di stimare che, complessivamente, la numerosità della popolazione di riferimento è pari a circa 40.000 soggetti. Per il personale civile della Difesa (in servizio e non) e per il personale della Polizia di Stato (in servizio e non) la numerosità stimata è significativamente inferiore.

Scheda di indagine.

La scheda di indagine di cui all'allegato 2 è resa disponibile alle strutture sanitarie militari per il tramite del Ministero della difesa, ai medici della Polizia di Stato per il tramite del Dipartimento di pubblica sicurezza del Ministero dell'interno e alle strutture sanitarie individuali dalle regioni e province autonome per il tramite delle stesse. Della compilazione della scheda di indagine è incaricato:

- a) il medico militare in loco per il personale militare e civile della Difesa e per il personale della Polizia di Stato in servizio nei territori interessati;
- b) il medico militare per il personale militare e civile della Difesa in servizio in Italia (cioè rientrato);
- c) il medico del Dipartimento di pubblica sicurezza per il personale della Polizia di Stato in servizio in Italia (cioè rientrato);
- d) il medico delle strutture individuate dalle regioni e province autonome per il personale militare in servizio in Italia [(cioè rientrato) previa richiesta nominativa delle competenti autorità militari], per il personale militare in congedo, per il personale civile della Difesa non più in servizio e per il personale della Polizia di Stato non più in servizio.

La scheda di indagine prevede una prima parte che va compilata una sola volta al momento della prima visita e una seconda parte da compilare ad ogni accertamento effettuato.

La prima parte è costituita da una sezione dedicata all'identificazione dell'individuo mediante i dati anagrafici e i dati relativi alle caratteristiche della permanenza nei territori interessati (tipo di missione - militare o civile - data e luogo delle missioni) e da una sezione dedicata all'anamnesi patologica remota.

Nella seconda parte vengono raccolte informazioni sull'anamnesi patologica prossima, sulla eventuale presenza di patologie o di qualsiasi alterazione dello stato soggettivo nonché sulle risultanze dell'esame obiettivo, delle analisi di laboratorio previste e di altri eventuali accertamenti effettuati. È inoltre riservato al medico lo spazio per un eventuale commento in cui indicare informazioni aggiuntive a quelle richieste, relative al paziente (es. eventuali terapie in atto, variazioni rilevanti nei comportamenti) o ai propri familiari (es. interruzioni spontanee di gravidanza, patologie dei nati, ecc.) e ritenute coerenti con gli obiettivi dell'indagine.

Raccolta e analisi dei dati.

Le strutture militari e le strutture dei Dipartimenti di pubblica sicurezza preposte alla compilazione della scheda di indagine trasmettono mensilmente al centro raccolta ed elaborazione dati le schede stesse e i referti di laboratorio.

Le regioni e province autonome - acquisiti dalle strutture sanitarie incaricate le schede di indagine e i referti di laboratorio - provvedono entro il 30 giugno e il 31 dicembre di ciascun anno all'inoltro su supporto informatico ovvero per via telematica - di tale materiale al centro raccolta ed elaborazione dati tramite apposito software.

Il centro raccolta ed elaborazione dati acquisisce le schede di indagine ed i referti di laboratorio e provvede alla loro archiviazione per tutta la durata della campagna di monitoraggio.

L'analisi dei dati consisterà principalmente nella quantificazione e descrizione degli eventi (malattia o decesso). Per le patologie ritenute di maggiore interesse (es. tumori) verranno calcolati tassi di

incidenza e tassi di mortalità grezzi e standardizzati, i quali verranno confrontati con i corrispondenti tassi riferiti alla popolazione generale e ottenuti dalle fonti disponibili (es. registri dei tumori e di altre patologie, dati Istat, ecc.). Dal confronto tra valori attesi ed osservati dei tassi si ricaveranno opportune stime di rischio. In una fase successiva verrà valutata la possibilità di innestare una indagine di tipo caso-controllo all'interno della coorte indagata, al fine di verificare e analizzare l'eventuale associazione tra predefinite esposizioni e incidenza di (o mortalità per) determinate patologie. Per la raccolta, l'inoltro e l'elaborazione dei dati verrà utilizzato apposito software realizzato dal centro raccolta ed elaborazione dati.

Percorso dei rispondenti.

G1:

- a) a seguito della convocazione, il personale militare e civile della Difesa e il personale della Polizia di Stato in servizio in Bosnia-Herzegovina ed in Kosovo alla data di inizio della campagna di monitoraggio si recano presso le strutture sanitarie militari in loco per sottoporsi alla visita medica ed agli esami di laboratorio;
- b) il medico militare esegue la visita e prescrive gli esami che verranno effettuati presso le strutture sanitarie militari in loco;
- c) il soggetto si sottopone agli esami e torna dal medico militare con i referti di laboratorio;
- d) il medico compila la scheda di indagine e la invia al centro di raccolta ed elaborazione dati unitamente a copia dei referti di laboratorio.

G2a:

- a) a seguito della convocazione, il personale militare e civile della Difesa in servizio in Italia (cioè rientrato) si reca presso le strutture del servizio sanitario militare ovvero presso le strutture sanitarie individuate dalle regioni e province autonome (previa richiesta nominativa delle competenti autorità militari). Il personale della Polizia di Stato in servizio in Italia (cioè rientrato) si reca presso il medico del Dipartimento di pubblica sicurezza in cui presta servizio;
- b) il medico militare (o le strutture sanitarie individuate dalle regioni e province autonome) eseguono la visita e prescrivono gli esami che verranno effettuati presso le strutture del servizio sanitario militare (o le strutture sanitarie individuate dalle regioni e province autonome). Analogamente il medico del Dipartimento di pubblica sicurezza esegue la visita e prescrive gli esami che verranno effettuati presso le strutture sanitarie individuate dalle regioni e province autonome;
- c) il soggetto si sottopone agli esami e torna dal medico con i referti di laboratorio;
- d) il medico militare compila la scheda di indagine e la invia al centro raccolta ed elaborazione dati unitamente a copia dei referti di laboratorio. Analogamente il medico del Dipartimento di pubblica sicurezza compila la scheda di indagine e la invia al centro raccolta ed elaborazione dati. Le strutture sanitarie individuate dalle regioni e province autonome di cui ai precedenti punti acquisiscono copia della documentazione attestante il ricorrere delle condizioni che danno titolo all'ammissione alla campagna di monitoraggio.

G2b:

- a) a seguito del ricevimento della nota con cui si formalizza l'invito a partecipare alla campagna di monitoraggio, il personale militare in congedo, il personale civile della Difesa non più in servizio e il personale della Polizia di Stato non più in servizio si recano presso le strutture sanitarie individuate dalle regioni e province autonome;
- b) le strutture sanitarie individuate dalle regioni e province autonome acquisiscono copia della documentazione attestante il ricorrere delle condizioni che danno titolo all'ammissione alla campagna di monitoraggio.

Cambiamento di "stato" dei rispondenti.

A) E' possibile che, nel corso della campagna di monitoraggio, si verifichino i seguenti passaggi di soggetti tra G1 e G2:

- 1) militari, civili della Difesa e Polizia di Stato che rientrano in Italia prima della fine della campagna di monitoraggio e restano in servizio (da G1 a G2a);
- 2) militari, civili della Difesa e Polizia di Stato che rientrano in Italia prima della fine della campagna di monitoraggio e terminano il servizio (si congedano, vanno in pensione ecc.) (da G1 a G2b).

In entrambi i casi, il monitoraggio iniziato nei territori interessati prosegue in Italia. Il passaggio delle informazioni avviene a cura del centro raccolta ed elaborazione dati su richiesta della struttura sanitaria che prende in carico il soggetto.

B) E' altresì possibile il verificarsi di un passaggio inverso, cioè da G2 a G1, per i militari, i civili della Difesa e la Polizia di Stato presenti in Italia alla data di inizio della campagna di monitoraggio che si recano nei territori interessati prima del termine della campagna di monitoraggio. In questo caso il follow-up inizia in Italia e si interrompe nel momento stesso in cui il soggetto riparte (poiché, come già detto, il soggetto verrà sottoposto di nuovo al monitoraggio completo). Anche in quest'ultimo caso verrà ovviamente attivato il passaggio di informazioni a cura del centro raccolta ed elaborazione dati su richiesta della struttura sanitaria militare che prende in carico il soggetto. Il soggetto dispone comunque di una copia dei risultati delle analisi di laboratorio che può recare con sé e mostrare all'occorrenza.

Rilevazione dei decessi.

Sono oggetto di rilevazione anche i casi di decesso da causa patologica dei soggetti che hanno operato nei territori interessati dal 1 agosto 1994.

Per i soggetti arruolati e non arruolati nella campagna di monitoraggio (il cui decesso e' avvenuto prima o dopo la data di inizio della campagna di monitoraggio), la comunicazione dei decessi, qualora noti, avviene secondo le seguenti modalità:

per il personale militare e civile della Difesa e per il personale della Polizia di Stato deceduti mentre prestavano servizio nei territori interessati, il Ministero della difesa e il Ministero dell'interno segnalano il caso al centro raccolta ed elaborazione dati;

per i militari in congedo, i civili della Difesa non più in servizio e della Polizia di Stato non più in servizio deceduti dopo il rientro in Italia, le strutture sanitarie individuate dalle regioni e province autonome o un congiunto dell'interessato segnalano il caso, per il tramite dell'organizzazione sanitaria regionale, al centro raccolta ed elaborazione dati.

Scheda di decesso (allegato3).

La segnalazione del decesso viene corredata da alcune informazioni, che il centro raccolta ed elaborazione dati provvede a reperire e a registrare nella scheda di decesso. I dati minimi necessari sono:

dati anagrafici del soggetto;

tipo, data e luogo dell'ultima missione;

causa, luogo e data del decesso.

Rilevazione dei persi.

Si definisce "perso" ogni soggetto che e' entrato nella campagna di monitoraggio (cioè si e' sottoposto ad almeno una visita) ma che, alla data stabilita per le successive visite, non si presenta nella struttura sanitaria preposta.

L'individuazione dei persi viene effettuata dal centro raccolta ed elaborazione dati attraverso la verifica delle schede di indagine mancanti dopo il primo invio. Le suddette strutture preposte dovranno essere contattate dal centro raccolta ed elaborazione dati per un eventuale riscontro e per i successivi necessari passi.

2-1-2003

Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana

Serie generale - n. 1

ALLEGATO I

ACCRETAMENTI PER IL PERSONALE CIVILE E MILITARE DELLA FORZA

Primo accertamento	Dopo 6 mesi	Dopo 8 mesi	Dopo 12 mesi	Dopo 16 mesi	Dopo 20 mesi	Dopo 24 mesi	Dopo 28 mesi	Dopo 32 mesi	Tra 36 e 48 mesi	Tra 48 e 60 mesi
Visita medica Emocromo completo con formula leucocitaria e conta piastrine	Visita medica Emocromo completo con formula leucocitaria e conta piastrine	Visita medica Emocromo completo con formula leucocitaria e conta piastrine	Visita medica Emocromo completo con formula leucocitaria e conta piastrine	Visita medica Emocromo completo con formula leucocitaria e conta piastrine	Visita medica Emocromo completo con formula leucocitaria e conta piastrine	Visita medica Emocromo completo con formula leucocitaria e conta piastrine	Visita medica Emocromo completo con formula leucocitaria e conta piastrine	Visita medica Emocromo completo con formula leucocitaria e conta piastrine	Visita medica Emocromo completo con formula leucocitaria e conta piastrine	Visita medica Emocromo completo con formula leucocitaria e conta piastrine
LDH Proteinemia con elettroforesi proteica VES Creatinine- mia Bilirubinemia totale e frazionata Transaminasi T-GT Glicemia Azotemia PT3, PT4, TSH Esame urino	LDH Proteinemia con elettroforesi proteica VES	LDH Proteinemia con elettroforesi proteica VES	LDH Proteinemia con elettroforesi proteica VES	LDH Proteinemia con elettroforesi proteica VES	LDH Proteinemia con elettroforesi proteica VES	LDH Proteinemia con elettroforesi proteica VES	LDH Proteinemia con elettroforesi proteica VES	LDH Proteinemia con elettroforesi proteica VES	LDH Proteinemia con elettroforesi proteica VES	LDH Proteinemia con elettroforesi proteica VES Creatinine- mia Bilirubinemia totale e frazionata Transaminasi T-GT Glicemia Azotemia PT3, PT4, TSH Esame urino

ACQUISTAMENTO PER LA POPOLAZIONE CIVILE E PER IL PERSONALE DELLA POLIZIA DI STATO

[illegible]

2/1 2503

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generali - n. 1

ALLEGATO 1

Scheda di indagine sulle condizioni sanitarie - prima parte**IDENTIFICAZIONE DEL SOGGETTO**

1. Data di compilazione					
2. Codice Fiscale					
3. Cognome			4. Nome		
5. Data di nascita				6. Sesso ☐ M ☐ F	
7. Luogo di nascita: Comune			8. Prov.		
9. Luogo di residenza: Comune (al momento di inizio della campagna di monitoraggio)			10. Prov.		
11. Indirizzo			12. Telefono		
13. Professione abituale (o principale)					
13. Località e data delle missioni svolte:					
a.		dal			al
b.		dal			al
c.		dal			al
d.		dal			al
14. Tipo di missione (M= militare; C= civile) ed attività/missione svolta					
a.	☐ M	☐ C			
b.	☐ M	☐ C			
c.	☐ M	☐ C			
d.	☐ M	☐ C			

62

Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana

Serie generale - n. 1

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA*(Sezione da compilare a cura del medico)*

14. Indicare le principali patologie di rilievo per la campagna di monitoraggio occorse nella storia clinica del paziente prima della missione svolta ed il relativo anno di insorgenza

a.

b.

c.

d.

e.

f.

24-2004

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 1

Scheda di indagine sulle condizioni sanitarie — seconda parte

Data di compilazione

Codice Fiscale

**ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA***(Sezione da compilare a cura del medico)*

15. Indicare le patologie di rilievo occorse nella storia clinica del paziente ed il relativo anno di insorgenza:

- Nel corso della missione o dopo il rientro della missione se trattasi di prima visita
- Nel periodo trascorso dalla precedente visita se trattasi di visita successiva alla prima.

a. _____

b. _____

c. _____

d. _____

STATO DI SALUTE ATTUALE*(Sezione da compilare a cura del medico)*

16. Sono state riscontrate patologie in atto?

(sì = 1; no = 2)

☐

17. Se sì specificare quali:

a. _____

b. _____

c. _____

18. Sono state registrate alterazioni nei valori delle indagini di laboratorio? (sì = 1; no = 2)

☐

19. Se sì specificare quali:

a. _____

b. _____

c. _____

1995

Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana

Serie generale n. 1

20. Ulteriori accertamenti eseguiti e loro risultati:

21. Osservazioni ulteriori (eventuali terapie in atto, variazioni rilevanti nei comportamenti, interruzioni spontanee di gravidanza, patologie del nato, ecc.):

6

6

Denominazione della struttura sanitaria

Nome e cognome del medico compilatore

Telefono del medico compilatore

Firma del medico compilatore

Informativa ai sensi della legge n° 675 del 31/12/1996

In relazione a quanto previsto dalla normativa vigente (legge n° 675 del 31/12/1996 e successive integrazioni), la informiamo che i dati personali da Lei forniti, a mezzo del presente questionario, saranno utilizzati al fine di verificare l'effettiva incidenza di patologie di diversa natura sul personale civile e militare che ha soggiornato a qualunque titolo in Bosnia-Herzegovina o Kosovo dal 1° agosto 1994.

I dati personali da Lei comunicati saranno utilizzati nel pieno e assoluto rispetto delle norme vigenti, raccolti e conservati nella banca dati del Centro di Raccolta ed Elaborazione Dati del Ministero della salute, del Ministero della Difesa, del Ministero dell'Interno e dell'Istituto Superiore di Sanità e non saranno oggetto di diffusione o di comunicazione, se non nei casi previsti dalla legge e con le modalità da questa consentite.

Quale soggetto interessato Ella ha facoltà di esercitare i diritti previsti dall'art. 13 della suddetta Legge ed in particolare di avere conferma dell'esistenza dei dati che possono riguardarla, di ottenere la cancellazione dei dati trattati in violazione della legge e di ottenere l'aggiornamento e la modifica dei dati personali che la riguardano, secondo le modalità e nei casi previsti dalla legge stessa.

I titolari del trattamento dei dati in questione sono il Ministero della Salute, il Ministero della Difesa, il Ministero dell'Interno e l'Istituto Superiore di Sanità ed il responsabile di detti dati è il Centro di Raccolta ed Elaborazione Dati.

Autorizzazione al trattamento dei dati personali

Il sottoscritto avendo letto e compreso la suddetta informativa, autorizza la trattazione dei propri dati sanitari personali. Resta inteso che tali dati non saranno oggetto di diffusione o di comunicazione se non nei casi previsti dalla Legge e con le modalità da questa consentite.

Data

Firma dell'interessato per autorizzazione

10. 3967

Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana

Serie generale - n. 1

Scheda di decesso

1. Codice Fiscale

2. Cognome 3. Nome

4. Data di nascita 5. Sesso ☐ M ☐ F

6. Luogo di nascita: Comune 7. Prov.

8. Luogo di residenza: Comune 9. Prov.

10. Località, data e tipo (Militare o Civile) delle missioni svolte in Bosnia-Herzegovina e Kosovo:

a. dal al

b. dal al

c. dal al

d. dal al

11. Causa del decesso

12. Data del decesso

13. Luogo del decesso

14. Osservazioni

15. Informazioni fornite da: a. Congiunto ☐ b. Medico ☐
c. Amministrazione di appartenenza ☐ d. Altro ☐

16. Data

Generalità di chi ha compilato la scheda:
(nome, cognome e recapito telefonico)

21-12-2002

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 299

DECRETI, DELIBERE E ORDINANZE MINISTERIALI**MINISTERO DELL'ECONOMIA
E DELLE FINANZE****DECRETO 17 dicembre 2002.**

Modificazione al decreto ministeriale 29 novembre 2002, recante limitazione agli impegni e all'emissione dei titoli di pagamento per le Amministrazioni centrali dello Stato nonché riduzione delle spese di funzionamento per gli enti ed organismi pubblici non territoriali.

**IL MINISTRO DELL'ECONOMIA
E DELLE FINANZE**

Visto il decreto-legge 6 settembre 2002, n. 194, convertito, con modificazioni, dalla legge 31 ottobre 2002, n. 246, recante misure urgenti per il controllo, la trasparenza ed il contenimento della spesa pubblica e, in particolare l'art. 1, comma 3, secondo e quarto periodo;

Visto l'atto di indirizzo adottato con il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2002, con il quale, previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, sono stati definiti i criteri di carattere generale per il coordinamento dell'azione amministrativa del Governo, intesi all'efficace controllo e monitoraggio degli andamenti di finanza pubblica;

Visto il punto d) del citato atto di indirizzo il quale prevede, tra l'altro, che il Ministro dell'economia e delle finanze ai sensi del quarto periodo del predetto comma 3, disporrà con proprio decreto, per l'esercizio in corso, entro limiti percentuali uniformi per tutte le dotazioni del bilancio dello Stato, la limitazione all'assunzione di impegni e all'emissione di titoli di pagamento, con esclusione delle spese indicate nella medesima disposizione ivi compresi i trasferimenti agli enti territoriali aventi natura obbligatoria, e che il Ministro dell'economia e delle finanze, ai sensi del quinto periodo del predetto comma 3, può altresì fornire, su proposta delle Amministrazioni, il proprio assenso all'esclusione, parziale o totale, di altre spese dalla limitazione di impegni e pagamenti;

Visto il proprio decreto 29 novembre 2002, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 282 del 2 dicembre 2002, con il quale, sulla base del richiamato atto di indirizzo, sono state disposte, tra l'altro, limitazioni agli impegni e all'emissione di titoli di pagamento per le Amministrazioni dello Stato (art. 1);

Visto il comma 3 dell'art. 1 del predetto decreto il quale indica che le disposizioni di cui ai commi 1 e 2 non si applicano alle spese indicate nel quarto periodo del comma 3 dell'art. 1 del decreto-legge 6 settembre 2002, n. 194, convertito, con modificazioni, dalla legge 31 ottobre 2002, n. 246, ivi comprese le dotazioni di bilancio relative ai trasferimenti a favore degli enti territoriali aventi natura obbligatoria;

Visto il quinto periodo del ripetuto comma 3 dell'art. 1 il quale prevede che per effettive, motivate e documentate esigenze e in conformità alle indicazioni contenute nel citato atto di indirizzo - innanzi richiamate - il Ministro dell'economia e delle finanze può escludere altre spese dalla predetta limitazione;

Considerato che per effettive, motivate e, documentate esigenze rappresentate dalle Amministrazioni interessate e tenuto conto della necessità di non compromettere la corretta operatività della pubblica amministrazione e di evitare negativi riflessi sull'ordinato svolgersi della corrente gestione nella attuale fase conclusiva, si ritiene necessario non assoggettare alle limitazioni di cui al decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 29 novembre 2002, anche le seguenti spese emergenze sul territorio, spese per lavori socialmente utili, competenze accessorie al personale, spese riservate per l'azione di contrasto all'eversione e alla criminalità organizzata, contributi alle scuole non statali per la parità scolastica, fondi connessi con interventi per l'occupazione, limitatamente alla metà delle attuali disponibilità;

Decreta:

Al comma 3 dell'art. 1 del decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 29 novembre 2002, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 282 del 2 dicembre 2002, è aggiunto il seguente periodo: «Le disposizioni stesse non si applicano, altresì, alle spese per emergenze sul territorio; alle spese per lavori socialmente utili, alle spese per competenze accessorie al personale; alle spese riservate per l'azione di contrasto all'eversione e alla criminalità organizzata; alle spese per contributi alle scuole non statali per la parità scolastica; alle spese relative ai fondi connessi con gli interventi per l'occupazione, limitatamente alla metà delle attuali disponibilità».

Il presente decreto viene trasmesso alla Corte dei conti per la registrazione.

Roma, 17 dicembre 2002

Il Ministro: TREMONTI

Registrato alla Corte dei conti il 17 dicembre 2002

Registro n. 7 Economia e finanze, foglio n. 7

02A14554

MINISTERO DELLA SALUTE**DECRETO 22 ottobre 2002.**

Campagna di monitoraggio sulle condizioni sanitarie dei soggetti di cui all'art. 4-bis del decreto-legge 29 dicembre 2000, n. 393, convertito, con modificazioni, nella legge 28 febbraio 2001, n. 27.

**IL MINISTRO DELLA SALUTE
DI CONCERTO CON
IL MINISTRO DELLA DIFESA
E
IL MINISTRO DELL'INTERNO**

Visto il decreto-legge 29 dicembre 2000, n. 393, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 2001, n. 27, che all'art. 4-bis dispone la realizzazione di una campagna di monitoraggio sulle condizioni sanitarie dei cittadini italiani che a qualunque titolo hanno

-12-2002

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 1

operato o operano nei territori della Bosnia - Herzegovina e del Kosovo in relazione a missioni internazionali di pace e di assistenza umanitaria, nonché di tutto il personale della pubblica amministrazione, incluso quello a contratto, che ha prestato o presta servizio, nei predetti territori, presso le rappresentanze diplomatiche o uffici ad esse collegati, e dei familiari che con loro convivono o hanno convissuto, nonché l'attuazione di controlli sulle sostanze alimentari importate dai predetti territori;

Considerato che le citate disposizioni demandano al Ministro della salute di stabilire, di concerto con il Ministro della difesa e con il Ministro dell'interno, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, le modalità, le condizioni ed i criteri per lo svolgimento delle predette attività;

Visto l'Accordo del 30 maggio 2002 tra Governo, regioni e province autonome sulla realizzazione della indagine sulle condizioni sanitarie dei cittadini italiani che a qualunque titolo hanno operato o operano nei territori della Bosnia-Herzegovina e del Kosovo in relazione a missioni internazionali di pace e di assistenza umanitaria;

Considerata la necessità di ripartire per l'anno 2002 i fondi di cui all'art. 5, comma 2, del decreto-legge 29 dicembre 2000, n. 393, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 2001, n. 27;

Sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 30 maggio 2002;

Decreta:

Art. 1.

1. La campagna di monitoraggio di cui all'art. 4-bis del decreto-legge 29 dicembre 2000, n. 393, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 2001, n. 27, ha luogo in favore dei soggetti di cui al medesimo articolo, presenti nei territori interessati alla data di pubblicazione del presente decreto ovvero antecedentemente o successivamente ad essa, attraverso l'esecuzione gratuita degli accertamenti indicati nell'allegato I al presente decreto, del quale fa parte integrante, da effettuarsi secondo le scadenze temporali ivi stabilite presso le strutture di cui al successivo comma 5. Il protocollo operativo della campagna di monitoraggio è descritto nell'accordo tra Governo, regioni e province autonome del 30 maggio 2002 di cui in premessa.

2. I soggetti di cui al comma 1 già rientrati dai territori interessati alla data di pubblicazione del presente decreto sono ammessi al monitoraggio per il periodo di tempo residuale necessario al compimento di un quinquennio dal definitivo rientro.

3. Sono comunque ammessi al primo accertamento di cui all'allegato I al presente decreto i soggetti di cui al comma 1 presenti nei territori interessati successivamente al 1° agosto 1994 e che non rientrino nelle previsioni di cui al comma 2.

4. Alla campagna di monitoraggio è ammesso:

a) il personale militare o civile della Difesa in servizio, sulla base delle disposizioni impartite dal Ministero della difesa;

b) il personale della Polizia di Stato ed il personale della Amministrazione civile dell'interno in servizio, sulla base delle disposizioni impartite dal Ministero dell'interno;

c) il personale militare in congedo che si sottoponga al primo accertamento entro sei mesi dalla comunicazione allo scopo inviata dal Ministero della difesa ovvero, se non ancora rientrato dai territori interessati, entro sei mesi dal rientro;

d) il personale della Polizia di Stato in congedo ed il personale della Amministrazione civile dell'interno non più in servizio che si sottoponga al primo accertamento entro sei mesi dalla comunicazione allo scopo inviata dal Ministero dell'interno ovvero, se non ancora rientrato dai territori interessati, entro sei mesi dal rientro;

e) ogni altro soggetto avente titolo che si sottoponga al primo accertamento entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto ovvero, se non ancora rientrato dai territori interessati, entro sei mesi dal rientro.

5. Gli accertamenti sono effettuati:

a) per il personale militare o civile della Difesa in servizio, presso le strutture del servizio sanitario militare ovvero, su richiesta nominativa delle competenti autorità militari, nell'ambito di strutture sanitarie individuate dalle regioni e province autonome;

b) per il personale della Polizia di Stato e della Amministrazione civile dell'interno in servizio, a cura dei medici della Polizia di Stato, limitatamente alle visite mediche, e, su richiesta nominativa nelle competenti strutture del Dipartimento della Pubblica Sicurezza, nell'ambito di strutture sanitarie individuate dalle regioni e province autonome, limitatamente agli esami di laboratorio;

c) per ogni altro soggetto, nell'ambito di strutture sanitarie individuate dalle regioni e province autonome, sulla base della presentazione delle comunicazioni di cui al comma 4, lettere c) o d) ovvero della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante il ricorrere delle condizioni che danno titolo all'ammissione alla campagna di monitoraggio. La dichiarazione sostitutiva è resa dall'interessato nelle forme e nei modi previsti dal decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445;

d) in via eccezionale, per i soggetti di cui alle precedenti lettere b) e c), presenti nei territori interessati, presso le strutture del servizio sanitario militare operanti nei medesimi territori, nei limiti delle disponibilità esistenti e fatte salve le prioritarie esigenze di cui alla precedente lettera a).

Art. 2.

1. L'esecuzione degli accertamenti a titolo gratuito presso le strutture sanitarie individuate dalle regioni e province autonome avviene a seguito di consegna, da parte dei soggetti di cui all'art. 1, di copia della richiesta nominativa di cui all'art. 1, comma 5, lettere a) e b) ovvero di copia della comunicazione, o della dichiarazione sostitutiva di cui all'art. 1, comma 5, lettera c).

2. I medici delle strutture sanitarie individuate dalle regioni e province autonome valutano le condizioni cliniche dei soggetti di cui all'art. 1 anche alla luce dei referti degli esami di laboratorio e compilano conseguentemente la relativa scheda di indagine sulle condi-

1-12-2002

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 2

zioni sanitarie in allegato al protocollo operativo della campagna di monitoraggio stessa. Copia di detta scheda e dei referti degli esami di laboratorio è consegnata agli interessati.

3. Le regioni e province autonome ogni sei mesi trasmettono al centro raccolta, elaborazione, interpretazione e valutazione dati di cui all'art. 4, comma 1, e, qualora ricorrano le condizioni di cui all'art. 1, comma 5, lettere a) e b), anche ai Ministeri della difesa e, rispettivamente, dell'interno i risultati degli accertamenti effettuati unitamente alle relative schede di indagine sulle condizioni sanitarie.

4. Ai fini del rimborso delle spese sostenute, le regioni e province autonome trasmettono ogni sei mesi al Ministero della salute ovvero al Ministero della difesa, per casi in cui sia intervenuta la richiesta nominativa di cui all'art. 1, comma 5, lettera a), prospetti riepilogativi degli accertamenti eseguiti.

5. Il rimborso delle spese sostenute dalle regioni e province autonome è effettuato sulla base dei rispettivi tariffari.

Art. 3.

1. Il Ministero della salute adotta un programma per il controllo delle sostanze alimentari importate dai territori della Bosnia - Herzegovina e del Kosovo.

2. Il programma prevede l'effettuazione di controlli all'importazione, a sondaggio e a solo titolo conoscitivo, diretti ad accertare la presenza di eventuali contaminanti chimico-fisici. Con successivo decreto del Ministero della salute sono individuate, con il supporto tecnico dell'Istituto superiore di sanità, le matrici alimentari da sottoporre a controlli, la frequenza degli stessi e le procedure operative da seguire per campionamenti e analisi.

3. Per gli accertamenti analitici e le procedure di campionamento si applicano i metodi predisposti dall'Istituto superiore di sanità. Per l'esecuzione delle analisi il Ministero della salute si avvale di laboratori pubblici o privati.

Art. 4.

1. Il Ministero della salute, il Ministero della difesa ed il Ministero dell'interno, anche avvalendosi di consulenze e collaborazioni esterne, attivano apposite strutture di supporto al centro, che provvede alla raccolta, elaborazione, interpretazione e valutazione dei dati acquisiti con la campagna di monitoraggio sanitario, di cui all'Accordo tra Governo, regioni e province autonome del 30 maggio 2002 richiamato in premessa.

2. Il Ministero della difesa integra l'attività di monitoraggio sanitario anche mediante il potenziamento delle campagne di rilevamento effettuate nei territori interessati, anche con il supporto di consulenze e collaborazioni esterne.

Art. 5.

1. Per l'anno 2002 l'importo di lire venticinque miliardi, pari ad € 12.911.422, di cui all'art. 5, comma 2, del decreto-legge 29 dicembre 2000, n. 393, convertito, con modificazioni dalla legge 28 febbraio 2001, n. 27 è ripartito nei termini seguenti:

a) € 3.873.427 in relazione alle esigenze del Ministero della difesa per gli accertamenti presso le strutture del servizio sanitario militare, ovvero per quelli effettuati sulla base della richiesta nominativa di cui all'art. 1, comma 5, lettera a);

b) € 5.422.798 in relazione alle esigenze del Ministero della salute per il rimborso alle regioni e province autonome delle spese relative agli accertamenti effettuati presso le strutture identificate dalle stesse;

c) € 1.291.142 in relazione alle esigenze del Ministero della salute per le finalità di cui all'art. 3;

d) € 258.228 in relazione alle esigenze del Ministero della salute ed € 516.457 al Ministero della difesa per le finalità di cui all'art. 4, comma 1;

e) € 1.549.370 in relazione alle esigenze del Ministero della difesa per le finalità di cui all'art. 4, comma 2.

2. Per gli anni successivi il predetto stanziamento di € 12.911.422 sarà iscritto in apposita U.P.B. di nuova istituzione 3.1.5.2 «Oneri comuni» dello stato di previsione del Ministero della salute, da ripartire con decreto del Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica sulla base delle proposte trasmesse dai Ministri della difesa, della sanità e dell'interno entro il 31 dicembre dell'anno precedente.

Art. 6.

1. Il presente decreto entra in vigore il sessantesimo giorno dopo la sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 22 ottobre 2002

Il Ministro della salute
SIRCHIA

Il Ministro della difesa
MARTINO

Il Ministro dell'interno
PISANU

Registrato alla Corte dei conti il 26 novembre 2002
Ufficio di controllo preventivo sui Ministeri dei servizi alla persona e dei beni culturali, registro n. 6 Salute, foglio n. 326

21-12-2002

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 299

ALLEGATO I (articolo 1, comma 1)

Accertamenti per il personale di cui all'articolo 1, comma 4, lettere a), e c).

[illegible]

21-12-2002

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 299

Accertamenti per il personale di cui all'articolo 1, comma 4, lettere b), d) ed e).

Primo accertamento	Dopo 6 mesi	Dopo 12 mesi	Dopo 18 mesi	Dopo 24 mesi	Tra 36 e 48 mesi	Tra 48 e 60 mesi
Visita medica	Visita medica	Visita medica	Visita medica	Visita medica	Visita medica	Visita medica
Emocromo completo con formula leucocitaria e conta piastrine	Emocromo completo con formula leucocitaria e conta piastrine	Emocromo completo con formula leucocitaria e conta piastrine	Emocromo completo con formula leucocitaria e conta piastrine	Emocromo completo con formula leucocitaria e conta piastrine	Emocromo completo con formula leucocitaria e conta piastrine	Emocromo completo con formula leucocitaria e conta piastrine
LDH	LDH	LDH	LDH	LDH	LDH	LDH
Proteinemia con elettroforesi proteica	Proteinemia con elettroforesi proteica	Proteinemia con elettroforesi proteica	Proteinemia con elettroforesi proteica	Proteinemia con elettroforesi proteica	Proteinemia con elettroforesi proteica	Proteinemia con elettroforesi proteica
VES	VES	VES	VES	VES	VES	VES
Creatininemia	Creatininemia	Creatininemia	Creatininemia	Creatininemia	Creatininemia	Creatininemia
Bilirubinemia totale e frazionata	Bilirubinemia totale e frazionata	Bilirubinemia totale e frazionata	Bilirubinemia totale e frazionata	Bilirubinemia totale e frazionata	Bilirubinemia totale e frazionata	Bilirubinemia totale e frazionata
Transaminasi γ -GT	Transaminasi γ -GT	Transaminasi γ -GT	Transaminasi γ -GT	Transaminasi γ -GT	Transaminasi γ -GT	Transaminasi γ -GT
Glicemia	Glicemia	Glicemia	Glicemia	Glicemia	Glicemia	Glicemia
Azotemia	Azotemia	Azotemia	Azotemia	Azotemia	Azotemia	Azotemia
FT3, FT4, TSH	FT3, FT4, TSH	FT3, FT4, TSH	FT3, FT4, TSH	FT3, FT4, TSH	FT3, FT4, TSH	FT3, FT4, TSH
Esame urine	Esame urine	Esame urine	Esame urine	Esame urine	Esame urine	Esame urine

02A10448

Allegato 6

CONVENZIONE MINISTERO DELLA SALUTE– ISS

**Progetto “Rischi per la salute del personale militare e civile impegnato in azioni
militari e/o missioni di pace: analisi della letteratura scientifica e
comunicazione al pubblico”**

Relazione semestrale di attività (29.09.2006 – 28.03.2007)

Durante il secondo semestre d'attività del progetto sono state concluse le procedure, iniziate nel periodo precedente, per l'acquisizione del personale previsto e necessario per lo svolgimento del progetto stesso. Infatti, a seguito di una selezione per titoli, è stata individuata la persona, la signora Claudia Cataldo, per svolgere la funzione di operatore amministrativo con un contratto continuativo di collaborazione. La sig.ra Cataldo, che ha preso servizio il 5 gennaio 2007, ha cominciato l'importante lavoro di catalogazione, archiviazione e sistemazione di tutto il materiale bibliografico già raccolto dai ricercatori partecipanti a questo progetto, sin dai tempi della collaborazione alle attività della “Commissione Mandelli”, e di quanto è stato successivamente reperito. Questa attività viene realizzata utilizzando il pacchetto software EndNote, sviluppato proprio per la gestione di archivi bibliografici.

Sempre per quanto riguarda il reperimento del personale previsto dalla convenzione, il 9 marzo 2007 si è concluso il concorso per l'attribuzione di un contratto a tempo determinato per ricercatore. Il concorso è stato vinto dal dott. Alessandro Occhigrossi, laureato in fisica, che prenderà servizio nei prossimi giorni e il cui compito consisterà principalmente nella analisi critica della letteratura, *peer reviewed* e grigia, soprattutto per quanto riguarda gli aspetti radioprotezionistici.

Durante il semestre si è anche avuta l'occasione di partecipare a due incontri scientifici che hanno fornito l'opportunità di trasferire le informazioni più recenti sulle attività in atto sulla problematica dell'uranio impoverito. In particolare il 6 novembre 2006 si è svolto a Modena il convegno “Danni collaterali- Le patologie dei soldati: la sindrome dei Balcani”, sotto l'egida del comune di Modena, dell'Università degli Studi Modena e Reggio Emilia e della Regione Emilia Romagna. In questo convegno, che è stato seguito da rappresentanti delle Forze Armate e da

associazioni a tutela dei diritti dei militari, oltre che da ricercatori e privati cittadini, due ricercatori coinvolti nel progetto hanno presentato le relazioni “Uranio imoverito e Radioprotezione” (C. Nuccetelli) e “Dalla *Commissione Mandelli* ad oggi: risultati, studi in corso e accordi di collaborazione” (M. Grandolfo). Successivamente, il 23 novembre 2006 è stata presentata la relazione “Criteri di gestione del rischio radiologico” (C. Nuccetelli) al convegno “Gestire il rischio: politiche cautelative e responsabilità pubbliche” organizzato a Firenze dalla Regione Toscana.

Il Responsabile scientifico

(Dr.ssa Cristina Nuccetelli)

30 marzo 2007