

SENATO DELLA REPUBBLICA

— XII LEGISLATURA —

COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SULLE STRUTTURE SANITARIE

56° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 20 MARZO 1996

Presidenza del presidente MARTELLI

INDICE**Esame dei risultati delle indagini sulle liste d'attesa e sui costi per patologia**

PRESIDENTE	Pag. 3, 6, 7 e <i>passim</i>	CAMPANA	Pag. 7, 11, 14 e <i>passim</i>
BINAGHI (<i>Lega Fed. Ital.</i>)	6, 11, 12 e <i>passim</i>	TARONI	3, 6, 7
MONTELEONE (AN)	7, 10, 11 e <i>passim</i>	VIGNOTTI	11, 12, 14 e <i>passim</i>
XIUMÈ (AN)	19		

I lavori hanno inizio alle ore 15,15.

Esame dei risultati delle indagini sulle liste d'attesa e sui costi per la patologia

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'esame dei risultati delle indagini sulle liste d'attesa e sui costi per patologia, affidate al raggruppamento temporaneo di imprese costituito da Andersen Consulting, Coopers & Lybrand e Ibm - Consulenza sanità, coordinato dal dottor Francesco Taroni dell'Istituto superiore di sanità.

Lascio la parola al dottor Taroni, che si è occupato delle liste d'attesa. Il dottor Alessandro Campana e il dottor Davide Vignotti, rappresentanti del raggruppamento d'impresе suddetto che collabora con la Commissione, prenderanno poi la parola sui costi per patologia.

TARONI. Vorrei brevemente illustrare alla Commissione il materiale che è stato distribuito e che si riferisce solo ad una parte delle ricchissime informazioni che abbiamo raccolto da una partecipazione molto soddisfacente degli ospedali coinvolti. Siamo ancora in una fase di analisi preliminare sia perchè le risposte relative ai pazienti presenti in reparto continuano ad arrivare, sia perchè, soprattutto, stanno solo ora cominciando ad arrivare i dischetti relativi alle informazioni sulle diagnosi di dimissione e sugli interventi ricevuti dai pazienti ricoverati nel giorno della rilevazione. Per alcuni di tali pazienti abbiamo rilevato la diagnosi di ricovero; essa però in alcuni casi differisce da quella di dimissione ed è comunque più generica. Poichè, dunque, non sappiamo quali di questi pazienti siano stati operati e sottoposti alle procedure invasive di nostro interesse, non possiamo completare l'analisi a livello di singola patologia, proprio perchè siamo in tempi ancora troppo riavvicinati rispetto alla data di rilevazione.

Non sto qui a sottolineare che, come per tutti i risultati preliminari, le evidenze offerte devono essere considerate con cautela. Ugualmente però riteniamo che talune evidenze emergano con nettezza sufficiente per poter giungere a delle affermazioni rispetto a determinati livelli di analisi.

Una delle motivazioni che aveva portato a questa indagine era sapere con quale aderenza gli ospedali seguono le indicazioni legislative relative ai registri delle liste di attesa e alla loro accessibilità al pubblico. Non abbiamo potuto verificare, ovviamente, l'effettiva accessibilità al pubblico, abbiamo potuto verificare, invece, quanto meno la presenza e la gestione «attiva», come l'abbiamo definita, di una lista di attesa. Questa è stata dichiarata e verificata nell'87 per cento delle strutture che hanno risposto ai nostri questionari. Complessivamente quindi sembra che in qualche modo - e spiegherò subito perchè mi esprimo così - ci sia una larga adesione, anche per motivi gestionali, alle indicazioni legi-

slative che sono state rinforzate dalla recente Carta dei diritti sanitari in cui si punta particolarmente l'attenzione su questo aspetto. Sulla base delle evidenze che si sono raggiunte, lo strumento per la gestione delle liste d'attesa sembra però essere inadeguato, dal momento che solo il 20 per cento degli ospedali pubblici dichiara di avere una gestione automatica su supporto magnetico di queste liste di attesa; fra i privati, invece, compresi quelli convenzionati, solo per il 40 per cento di quelli che hanno una gestione delle liste di attesa, tale gestione è automatica. Rispetto al settore privato va fatta comunque una precisazione. Avete un campione di alcune delle dichiarazioni che ci sono arrivate dagli ospedali che hanno partecipato all'indagine: una quota sostanziale di essi dichiara di non avere attesa per il ricovero nella struttura. Noi avevamo previsto - è una caratteristica dell'indagine - tre diverse fonti informative per accertare il fenomeno. Di esse una era rappresentata dal questionario compilato dalla direzione sanitaria; la seconda dal questionario compilato dalla caposala o comunque dal referente dei reparti; la terza dal questionario compilato direttamente dai pazienti. Purtroppo da alcune delle strutture che hanno dichiarato di non avere attese, non abbiamo ricevuto i questionari compilati dai responsabili di sala dei reparti e quelli compilati direttamente dai pazienti. È possibile che queste strutture abbiano ritenuto autonomamente di non procedere oltre, proprio perchè il fenomeno dell'attesa non le riguardava; noi avremmo desiderato però ricevere le informazioni anche da fonti indipendenti.

Per rilevare le dimensioni del problema attesa nel settore ospedaliero abbiamo usato due indicatori. Uno di essi è rappresentato dalla proporzione di pazienti ricoverati nel giorno dell'indagine provenienti dalle liste di attesa, provenienza che è stata dichiarata soggettivamente dai pazienti stessi o dalla caposala. L'aver usato come indicatore indiretto della dimensione del fenomeno-attesa la proporzione di pazienti ricoverati in un determinato momento provenienti da liste d'attesa, evidentemente, porta ad una tendenziale sottostima del fenomeno poichè in fondo abbiamo rilevato i pazienti che erano riusciti a ricoverarsi. Ugualmente abbiamo avuto un'idea circa la dimensione del fenomeno e finora, almeno a quanto mi risulta, è la prima informazione che si ha in proposito. In base alle nostre stime, il 29 per cento dei pazienti ricoverati nel settore pubblico e il 25 per cento di quelli ricoverati nel settore privato provengono dalle lista d'attesa. Il tempo mediano di questa attesa, che costituisce l'altro aspetto del fenomeno, è stato complessivamente quantificato in dieci settimane nel settore pubblico e in tre settimane nel settore privato.

Bisogna sottolineare che all'interno del settore privato esiste una variabilità che è circa tripla di quella osservata nel settore pubblico. Ciò dipende parzialmente dalla minore numerosità strutturale del settore privato, e il dottor Braga sta lavorando per cercare di ottenere una stima che sia al netto della variabilità dovuta, appunto, alla diversa numerosità del campione.

Sulla base di queste informazioni possiamo comunque dire che il fenomeno dell'attesa nel settore pubblico è complessivamente triplo rispetto a quello dichiarato dal settore privato. L'altra evidenza abbastanza netta è che esiste una differenza geografica nella dimensione del fenomeno e nel tempo di attesa, fattori che risultano essere decrescenti

dal Nord rispetto al Sud, limitatamente al settore pubblico. La frequenza di pazienti provenienti da liste di attesa e il tempo mediano di questa attesa sono cioè più elevati negli ospedali del Nord del paese rispetto a quelli rilevati negli ospedali del Centro e del Sud.

Questo secondo me – se posso azzardare una interpretazione suggestiva – evidenzia come il fenomeno dell'attesa debba essere interpretato con cautela; nel senso che queste differenze possono essere interpretate o come una maggiore inefficienza degli ospedali del Nord rispetto a quelli del Sud, oppure come una maggiore capacità di attrazione degli ospedali del Nord, che quindi operano a un diverso livello di utilizzazione delle risorse.

Da questo punto di vista una ulteriore analisi che dovremmo sviluppare sarà quella volta a standardizzare per frequenza di occupazione dei posti letto gli ospedali considerati, in modo da produrre questi indicatori al netto della capacità residua presente nei diversi ospedali. In ogni caso, il dato empirico assoluto è quello che ho presentato, evidenziando che questi valori si riferiscono ai dati complessivi.

Per quanto riguarda in particolare alcuni reparti di quelli presi in considerazione, è stata compiuta un'analisi prepedeutica alla valutazione relativa alle specifiche patologie, che illustrerò in seguito. Contrariamente al senso clinico, ma del tutto in linea con le aspettative, almeno con quelle mie personali, la durata mediana di attesa è superiore per i reparti di oculistica rispetto a quelli di cardiocirurgia. Il tempo mediano di attesa è di quattordici settimane per i pazienti nei reparti di oculistica e di nove settimane per quelli nei reparti di cardiocirurgia.

Se vogliamo di nuovo azzardare una interpretazione, che potremo verificare solo quando avremo i dati più specifici dal punto di vista clinico, con l'indicazione degli interventi chirurgici e altri elementi, probabilmente questa è l'area in cui potrebbe essere più rapidamente efficace un intervento per un abbattimento drastico dei tempi di attesa, dal momento che i ricoveri chirurgici in oculistica sono rappresentati per circa il 60 per cento da interventi per cataratta che non necessariamente devono essere svolti in regime di degenza. Da questo punto di vista, favorire la diffusione di pratiche alternative con la possibilità, quindi, di aumentare il volume dei casi trattati potrebbe drasticamente ridurre il fenomeno dell'attesa, che si è verificato essere di media di quattordici settimane nei reparti di oculistica, un tempo abbastanza lungo. Stiamo parlando di dati mediani; ricordo che in alcuni ospedali i tempi di attesa sono superiori all'anno.

Fermo restando che, assieme al dottor Braga, sono disponibile a rispondere ad eventuali richieste di chiarimento, vorrei far osservare che è stata condotta un'analisi sulle stime ottenute dalle tre diverse fonti informative: le dichiarazioni delle direzioni sanitarie, quelle delle caposala e quelle dei pazienti. Abbiamo riscontrato una retta di regressione e ci siamo compiaciuti di notare una certa corrispondenza nei tempi indicati dalle tre fonti informative, anche se le direzioni sanitarie tendevano a sovrastimare i tempi mediani di attesa. Probabilmente – questa è a nostra interpretazione – le direzioni sanitarie hanno una visione complessiva dell'ospedale mentre noi abbiamo indagato soltanto su una parte dei reparti dell'ospedale stesso, e questo può essere il motivo dell'apparente disparità di stima.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Taroni per la sua esposizione e do la parola ai senatori che intendono porre quesiti.

BINAGHI. Poichè conosco abbastanza bene il problema delle liste di attesa, mi sembra strano riscontrare tempi di attesa così brevi per quanto riguarda la cardiocirurgia. So che almeno tre grandi ospedali della Lombardia lavorano ormai esclusivamente sulle urgenze, per cui le interviste alla caposala o ai degenti forse portano ad una sottostima del fenomeno. Chi è ricoverato è un paziente che necessita di un intervento urgente e quindi viene ricoverato senza attendere, ma nel cassetto dei reparti ci sono liste di attesa per più di un anno.

Secondo me, bisogna entrare nel merito di queste valutazioni, altrimenti i dati potrebbero essere falsati. Se rendiamo noto un documento in cui si dice che il tempo di attesa medio per i reparti di cardiocirurgia è di nove settimane potrebbe sembrare che siamo in una situazione ottimale: in questo settore saremmo uno dei primi paesi del mondo. Infatti, non credo che ci siano tempi di attesa minori in altri paesi.

Non so come possiate estrapolare questi dati. Personalmente conosco la situazione degli ospedali di Niguarda, Pavia e Varese; questi ormai lavorano quasi esclusivamente sulle urgenze e hanno però dei pazienti che debbono sopportare dei tempi di attesa straordinari, tanto che fioriscono strutture private che «drenano» molti di questi pazienti.

TARONI. Senatore Binaghi, abbiamo già operato questa distinzione: avevamo predisposto per la caposala un documento che elencava nominativamente tutti i pazienti presenti in reparto il giorno della rilevazione e avevamo chiesto di indicare, per ciascuno di questi pazienti, quanti erano entrati in emergenza-urgenza e quanti invece erano entrati in elezione. A nessuno dei pazienti in emergenza-urgenza è stato chiesto di compilare il questionario.

Inoltre, nel questionario relativo alla caposala si chiedeva nuovamente, come una delle prime domande dirimenti, se il paziente era entrato in elezione. Di fatto abbiamo escluso anche alcuni pazienti che non figuravano nella prima lista, ma che avevano reso una risposta positiva.

Ancora, quando appariva dalla diagnosi o da altre informazioni presenti nel questionario che c'era la possibilità che il paziente fosse entrato in emergenza-urgenza, abbiamo preferito «perdere» il caso piuttosto che «sporcare» il campione dell'indagine. Questo perchè eravamo addestrati dalle statistiche pubblicate dall'Istat, derivate dall'indagine Multiscopo, che - se non ricordo male, cito a memoria - indicano sette giorni come tempo di attesa per il ricovero ospedaliero in Italia. Questi dati evidentemente sono pesantemente influenzati dalla larga proporzione di pazienti in emergenza-urgenza.

Sono stato sorpreso anch'io da questo valore. Quel che mi aspetto è che sia un valore medio complessivo che non tiene conto del motivo o della procedura a cui questi pazienti sono stati sottoposti, nel senso che troveremmo una forte differenziazione - ad esempio - tra i pazienti sottoposti a procedure come la sostituzione di *pace maker* o di cateterismo cardiaco, piuttosto che di *by-pass*.

Da questo punto di vista vi invito ad usare queste informazioni con estrema cautela perchè si riferiscono esclusivamente a pazienti dei reparti di cardiocirurgia e non hanno un riferimento specifico alla procedura cui sono stati sottoposti; quindi riguardano situazioni minori e altre effettivamente molto rilevanti.

PRESIDENTE. Credo che prima di rendere note queste conclusioni occorrerà avere dati più completi.

MONTELEONE. Signor Presidente, vorrei sapere se i tempi d'attesa aumentano nelle strutture pubbliche laddove vi è un notevole numero di cliniche private, cioè se la differenza dei tempi d'attesa possa essere messa in correlazione con la maggiore o minore diffusione sul territorio delle cliniche private. Dottor Taroni, c'è un motivo se le rivolgo questa domanda.

Inoltre, vorrei conoscere i tempi d'attesa dei piccoli ospedali, cioè di quelle strutture che non si trovano in prossimità di grandi centri urbani. Mi sembra che questi siano decisamente inferiori e ciò è a conforto di quanti, come me, hanno combattuto per evitare la chiusura dei piccoli ospedali. Allora forse bisognerebbe suggerire al Presidente della nostra Commissione, che ormai ha concluso i propri lavori, che questo è un aspetto importante dal punto di vista costi-benefici.

PRESIDENTE. Senatore Monteleone, non sono d'accordo con lei e non mi dilungo ora a spiegare il motivo del mio dissenso perchè questo tema non è all'ordine del giorno.

TARONI. Senatore Monteleone, credo di aver capito il motivo per cui mi ha rivolto queste domande. Per quanto riguarda la prima devo dire che si tratta di una analisi dei determinanti dei tempi di attesa che ancora non abbiamo avuto la possibilità di realizzare: vi sono anche altre variabili oltre a quelle presenti nel questionario relativo ai costi (ad esempio la proporzione dei medici, la diversa forma di rapporto professionale, eccetera) che terremo presenti nel momento in cui faremo appunto l'analisi dei determinanti o dei fattori associati alla dimensione del fenomeno dei tempi d'attesa, che adesso abbiamo soltanto descritto in termini quantitativi in base ai dati disponibili.

Per quanto riguarda i tempi d'attesa dei piccoli ospedali, ho detto che essi diminuiscono al Sud.

Senatore Monteleone, si tratta di un'ipotesi interessante; devo dire però che è particolarmente difficile rispondere alla sua domanda anche quando avremo tutti i dati, perchè il tipo di reparti che abbiamo selezionato (a parte quelli di medicina generale e di chirurgia generale) di solito non è presente nei piccoli ospedali.

PRESIDENTE. Invito il dottor Alessandro Campana ad esporci i risultati a cui sono arrivati i lavori sui costi per patologia.

CAMPANA. Come ricorderete abbiamo predisposto due questionari, uno di parte generale concernente i dati di struttura, gli aggregati principali delle strutture sanitarie oggetto di esame, e uno più dettagliato,

più analitico, concernente i singoli reparti in cui le condizioni cliniche oggetto di indagine venivano trattate, le singole patologie e i servizi a supporto delle attività. Questo secondo questionario andava a rilevare dati puntuali relativi al costo e alle attività svolte.

Al primo questionario, diverso nella forma e nella sostanza dal secondo, hanno risposto 76 strutture sulle 132 interpellate, cioè il 57 per cento del campione. Al secondo questionario, quello più analitico e specifico, fino ad oggi hanno risposto 41 strutture.

Per quanto concerne il questionario di parte generale, abbiamo svolto un'analisi attraverso degli indicatori suddivisi in due viste principali. Nella prima, l'universo delle 76 strutture che hanno risposto è stato suddiviso in base a un criterio geografico in Nord, Centro e Sud; nella seconda, in base alla tipologia e cioè per aziende ospedaliere, presidi ospedalieri e strutture private e private convenzionate. Queste ultime sono state aggregate in una categoria sola.

In questo primo questionario abbiamo tenuto presenti quattro livelli di indicatori. Innanzitutto ci sono gli indicatori di parte generale, che concernono soprattutto lo stadio di automazione delle procedure che fanno riferimento all'area costi e cioè a dire la contabilità di magazzino, la contabilità economico-patrimoniale, i dati relativi alle quantità che devono essere rilevate per arrivare alla determinazione del costo. A una prima vista di questi indicatori di tipo generale risulta abbastanza evidente che lo stato di automazione soprattutto per alcuni sistemi quali la contabilità economico-patrimoniale è a livello nazionale abbastanza limitata, non perchè non vi sia un'automazione di questi sistemi ma proprio perchè questi sistemi non sono presenti ancora nell'ambito delle strutture, in particolare per quanto concerne la contabilità economico-patrimoniale. Quindi la copertura è ancora abbastanza limitata. Il livello di automazione di questo sistema è invece abbastanza elevato soprattutto in riferimento ad aree del Nord.

Ci sono poi gli indicatori di tipo di attività. Sempre nel questionario di parte generale abbiamo analizzato le attività svolte nell'ambito delle strutture, attività che fanno riferimento eminentemente a dati quali il tasso di occupazione o le attività svolte in *day hospital* rispetto a quelle svolte in degenza ordinaria, per valutare alcune grandezze che potevano differenziare l'universo. Tali aspetti sono stati individuati di nuovo con le viste Centro, Nord e Sud. Potrete quindi valutare dai primi dati quali sono le differenze su questi indicatori.

La terza area è quella degli indicatori del personale in cui il personale stesso è stato posto a confronto per ruolo professionale, quindi a livello di macro categorie: medico, infermieristico, tecnico e laureato. Abbiamo analizzato quali erano le percentuali e le principali composizioni del personale nelle differenti strutture, esaminando le 76 di esse che hanno risposto al questionario di parte generale.

Infine vi sono gli indicatori di costo con cui abbiamo analizzato i principali aggregati. Essi si differenziavano in costi legati al personale, ai beni e ai materiali di consumo. In particolare eravamo interessati ai farmaci e, per i reparti che le utilizzavano per le condizioni cliniche oggetto di indagine, alle protesi. Anche questi indicatori sono stati rilevati con le viste di cui vi ho parlato.

Siamo quindi passati all'analisi dei questionari di dettaglio ai quali hanno risposto finora 41 strutture. Il problema principale che qui si poneva era quello di valutare la consistenza dei dati fornitici e a livello di singolo reparto e per le varie patologie. Per riuscirci abbiamo visitato 21 strutture delle 41 che ci hanno risposto e già nella relazione del 21 gennaio scorso avevamo previsto lo svolgimento di questa attività. Nel corso di tali visite abbiamo cercato di leggere meglio i singoli dati riportandoli alle patologie. Abbiamo avanzato richieste di tipo conoscitivo sull'*équipe* chirurgica utilizzata nelle singole attività e, ad esempio, sulle modalità di sviluppo dell'intervento, nonché sui materiali, sui beni di consumo utilizzati. Ad esempio, per le patologie dell'anca abbiamo fatto domande relative alla tipologia di protesi che venivano utilizzate a seconda delle tecniche di intervento, per analizzare meglio i dati e riportarli ai costi per patologia.

Nel materiale che vi è stato distribuito trovate i vari indicatori. Al punto 4.1 sono riportati analisi di tipo generale, indicatori generali che sono quelli da cui siamo partiti e che analizzano dati quali la degenza media per reparto oggetto di indagine, i tassi di occupazione per i reparti che si occupano delle patologie e delle condizioni cliniche trattate, nonché la presenza di sistemi, sempre per i singoli reparti, quali il magazzino, e il personale come attribuzione ai singoli reparti. Ciò ci permette a livello generale di comprendere le attività dei reparti stessi. Troverete analisi di tipo percentuale che fanno riferimento a questi quattro indicatori di tipo generale.

Sugli indicatori di attività, quelli che abbiamo sviluppato sono gli indicatori di correlazione della degenza media per singola dimissione, e qui si comincia a vedere un primo indicatore delle analisi a livello comparato nelle viste Centro, Nord e Sud e a livello nazionale, che dà indicazioni sulla degenza media in giorni per quanto riguarda le strutture oggetto di esame.

La prima parte è costituita dai questionari di tipo generale. Vi è una variabilità e tra la tipologia di aziende e, soprattutto, tra le viste a livello territoriale. In termini generali si riscontrano degenze medie inferiori nel Nord d'Italia rispetto ad alcune strutture e quanto meno al totale. Sicuramente il Nord Italia si posiziona su degenze medie che sono inferiori rispetto al totale delle altre strutture oggetto di esame.

Il tasso di occupazione dei posti letto è il secondo indicatore che abbiamo analizzato e qui in termini di tipologia è interessante osservare che le aziende ospedaliere hanno presentato dei tassi di occupazione più elevati mentre quelle private hanno tassi di occupazione dei posti letto più ridotti. Qui stiamo analizzando sempre dati del questionario di parte generale.

Successivamente analizzeremo i costi per evidenziare quali sono le prime informazioni che stiamo sviluppando.

Da un punto di vista geografico il tasso di occupazione dei posti letto è sicuramente minore nelle strutture private operanti al Nord che non in quelle operanti al Centro-Sud, mentre le aziende ospedaliere sono caratterizzate da un tasso di occupazione superiore rispetto ai presidi ospedalieri.

Per quanto riguarda l'attività in *day hospital*, è interessante riscontrare che l'indicatore di attività svolte in *day hospital* rispetto alle attività

svolte in degenza ordinaria nelle strutture sanitarie esaminate è più alto nelle aziende e nei presidi ospedalieri rispetto alle strutture private.

Non riferisco su tutti gli indicatori altrimenti la mia esposizione sarebbe troppo ampia. Voglio solo evidenziare che, per quanto riguarda i servizi, in particolare la radiologia, abbiamo valutato dal punto di vista grafico la percentuale di attività svolta per l'interno da parte delle strutture sanitarie rispetto a quella per l'esterno. È interessante notare che per quanto riguarda il settore privato il livello delle prestazioni interne è molto più elevato rispetto alle aziende e ai presidi ospedalieri, che svolgono una maggiore attività in percentuale riferita all'esterno.

Abbiamo poi svolto un'analisi riguardante gli indicatori del personale. A livello grafico abbiamo compiuto un'analisi della distribuzione percentuale dei dipendenti per ruolo rispetto al totale per verificare la composizione di questo personale. Le quattro categorie che abbiamo analizzato sono quelle degli amministrativi e laureati-diplomati non sanitari, dei laureati-diplomati sanitari, dei medici universitari e dei medici non universitari.

È stata compiuta un'ulteriore analisi sul personale in relazione alla distribuzione dei dipendenti per ruolo in relazione ai posti letto per verificare l'incidenza dei dipendenti per ogni posto letto. Infine, abbiamo analizzato il costo del personale totale in relazione al numero dei posti letto.

Inoltre, abbiamo verificato la spesa per tipologia in relazione alla spesa totale. Dal punto di vista grafico emerge che le spese per il personale costituiscono il dato percentuale maggiore – e questo era conosciuto – con il 63 per cento, mentre il dato minore riguarda i servizi appaltabili all'esterno con il 12 per cento. Questo dato varia a livello geografico; per il Sud il dato dei servizi appaltabili si discosta da quello nazionale assestandosi al 23 per cento, contro il 12 per cento del Centro e l'8 per cento del Nord. Queste analisi sono state compiute per cercare di omogeneizzare e di valutare in modo comparato le strutture per alcune aree di attività.

Ritornando invece all'aspetto del costo per tipologia, questo obiettivo è stato perseguito attraverso visite alle strutture. In questo momento – e lo troverete allegato alla documentazione che abbiamo distribuito – tra le 21 strutture che abbiamo visitato, ne abbiamo individuate 6 per le quali abbiamo elaborato i costi per diverse patologie e diverse condizioni cliniche oggetto dell'indagine.

Tre erano le esigenze che avevamo a livello informativo: quella relativa alla patologia oggetto di studio in termini di quantità; conoscere i dati delle schede di dimissione; infine, disporre delle informazioni del questionario di dettaglio. Questi tre aspetti insieme hanno inciso evidentemente sulla necessità di avere subito a disposizione le informazioni e fino ad oggi siamo riusciti a compiere solo gli approfondimenti che ci hanno portato a questi risultati.

Circa l'analisi dei costi e i commenti relativi, vi riferirò il mio collega, dottor Davide Vignotti.

MONTELEONE. Lei ha premesso che è stato analizzato un campione limitato.

CAMPANA. Fino ad oggi abbiamo ottenuto 76 risposte da strutture che hanno restituito il questionario di parte generale, dalle quali sono stati ricavati gli indicatori che ho appena illustrato; mentre abbiamo ricevuto 41 questionari, su un campione di 132 strutture da esaminare, per quanto riguarda le analisi di dettaglio per analizzare i costi per patologia. Queste analisi di dettaglio riguardano i dati di reparto, i dati sulle specifiche condizioni cliniche e quelli sui servizi.

MONTELEONE. Ritiene che una percentuale più alta di risposte possa modificare sensibilmente i valori che avete evidenziato?

CAMPANA. Per quanto riguarda gli indicatori che ho appena esposto, le 76 risposte costituiscono comunque il 56-58 per cento del totale, pertanto sono abbastanza indicative rispetto alla tendenza. Ovviamente gli indicatori possono essere modificati in parte da un maggior numero di risposte ai questionari, ma sicuramente hanno già una buona rappresentatività rispetto all'universo.

Invece, per quanto riguarda i costi, questi sono certamente indicativi: occorre considerare che l'analisi del costo è stata sviluppata in base ad ogni singola struttura. È chiaro che in questo caso la possibilità di una variazione dei dati complessivi è maggiore perchè questi provengono spesso da sistemi non meccanizzati. Per esempio, i costi dei materiali, dei farmaci e quelli dei materiali di consumo alle volte sono stimati e la possibilità di fare riferimento ad un universo più ampio di dati potrebbe dare spazi maggiori di significatività. Però l'analisi del costo è stata sviluppata per ogni singola struttura.

BINAGHI. Da questi grafici riguardanti i costi per le degenze in cardiocirurgia, il dato riguardante l'ospedale Niguarda di Milano non mi pare attendibile. Sicuramente riguarderà anche la riabilitazione, perchè il dato di 26 giorni di degenza media per un *by-pass* è assolutamente inattendibile. Per il Niguarda questo dato può comportare un costo cinque volte maggiore rispetto all'ospedale di Brescia.

Ci deve essere un errore, perchè i pazienti al Niguarda vengono dimessi in genere dopo una settimana; a meno che nei 26 giorni non venga compresa la riabilitazione.

VIGNOTTI. Senatore Binaghi, farò alcune considerazioni che in parte giustificano la notevole variabilità emersa tra le sei strutture ospedaliere considerate.

Per stimare questo tipo di costi, abbiamo analizzato innanzi tutto le schede di dimissione ospedaliera, inviata nel 1994 al Ministero, che ci siamo fatti consegnare. Quindi, per quanto riguarda il numero dei casi e le giornate di degenza, il dato sulla specifica patologia fa riferimento alle notizie riportate nelle schede (poi spiegherò che cosa significa in termini di costi questa premessa).

Senatore Binaghi, tutti ci siamo accorti del problema legato all'ospedale Niguarda ed è il motivo per cui, come seconda *slide*, è stata proposta la degenza media. È evidente che quel tipo di costo è giustificato dal fatto che quella degenza di 20 giorni, e più, si porta dietro tutta una serie di costi di reparto allocati su una giornata di degenza. Per

quanto riguarda il motivo per cui si registra una degenza media così lunga per quel tipo di patologia, dobbiamo tener presente che quello è uno dei reparti dell'ospedale Niguarda che effettua *by pass*. In base alla classificazione del Ministero vi sono altri due o tre reparti.

BINAGHI. No è soltanto uno. Dottor Vignotti, c'è un solo reparto di cardiocirurgia; poi c'è il reparto di chirurgia toracica, ma è un'altra cosa.

Signor Presidente, non si può partire da dati così approssimativi.

VIGNOTTI. Senatore Binaghi, li possiamo verificare insieme.

Comunque, quello che posso dire è che, prendendo in esame le schede di dimissione, ciò che risulta è un certo numero di dimissioni per un determinato numero di giornate di degenza. Poi quel tipo di dato può non essere attendibile e questo è il motivo per cui abbiamo presentato anche quel tipo di tabella. Può anche essere che per una particolare tipologia di pazienti venga prevista e si presupponga una degenza media più lunga.

BINAGHI. Se si parte da dati di questo tipo non si arriva a niente.

PRESIDENTE. Senatore Binaghi, lasciamo terminare la relazione al dottor Vignotti; poi faremo i nostri commenti.

VIGNOTTI. Signor Presidente, stavo dicendo che questo è il dato fornito dall'ospedale Niguarda di Milano al Ministero nel 1994, quando noi ancora non eravamo presenti per verificare le dimissioni ospedaliere. Quindi, ci siamo basati su un dato di questo tipo.

Quando ci siamo recati presso i diversi ospedali per verificare i costi, che in qualche modo ci venivano riferiti, abbiamo effettuato una analisi di veridicità di alto livello, cercando di comprendere e di valutare insieme a loro se alcune informazioni sui costi potevano essere attendibili tenuto conto del tipo di reparto e di ospedale che avevamo di fronte. Ciò significa che sui costi che ci sono stati proposti possono esservi degli errori in quanto alcuni di essi derivano da stime ed analisi effettuate o in modo manuale o in modo parzialmente automatizzato, comunque con sistemi che non sono altamente affidabili. Ciò può aver modificato in alcuni casi la veridicità del dato finale.

Debbo fare un'altra considerazione sulla metodologia di analisi utilizzata. Innanzi tutto abbiamo cercato di rilevare costi diretti della patologia e quindi in primo luogo quelli a livello di reparto che, in alcuni casi, sono stati riallocati sulla patologia (ciò si verifica soprattutto per i materiali e per gli ammortamenti). Di conseguenza questo dato non tiene conto dei costi generali della struttura ospedaliera e quindi dei costi indiretti che non ricadono direttamente sulla patologia. Si tratta pertanto non di un vero e proprio costo pieno, ma di un dato per patologia a costi diretti. Desidero far presente, inoltre, che questo costo è stato individuato utilizzando non soltanto i costi diretti di reparto in parti riallocati ma anche, nei casi in cui si fosse in presenza di patologie chirurgiche o fosse necessaria una protesi, i costi della sala operatoria e delle

protesi. È stato anche aggiunto il costo delle prestazioni ad alto costo, nel caso in cui siano state effettuate, per una particolare tipologia di pazienti.

Abbiamo notato che il costo delle protesi varia moltissimo da un ospedale all'altro e che in alcune strutture le prestazioni ad alto costo vengono effettuate in *day hospital*; quindi questo tipo di costi non emerge. Per esempio, l'ospedale di Brescia segue questa procedura per alcuni interventi cardiocirurgici; quindi risultano costi minori perchè i pazienti ricevono le prestazioni in *day hospital*.

Debbo fare un'altra osservazione in relazione alle attrezzature. Noi abbiamo preso in considerazione, per la quota di ammortamento, le attrezzature acquistate negli ultimi cinque anni, cioè dal 1989 al 1994. Ciò significa che, se alcuni ospedali hanno rinnovato di recente un reparto o ne hanno aperto uno nuovo (acquisendo quindi tutta una serie di tecnologie), il costo ricade frazionato a seconda dell'allocazione.

Per riallocare alcuni dei costi che si registrano a livello di reparto, costi stimati sulle giornate, abbiamo dovuto considerare il fatto che alcuni reparti presentano una casistica più complessa e quindi costi di reparto più elevati. Di conseguenza ogni patologia in relazione alla quale è stata effettuata questa stima di riallocazione, rispetto per esempio ad un ospedale con una casistica meno complessa, presenta un margine di costi più elevato. Un tipico esempio è quello dell'ospedale Niguarda: in relazione al reparto che abbiamo citato risultano sette miliardi di costi per materiali nel 1994. Se noi facciamo un raffronto con l'ospedale San Matteo vediamo che il costo di quest'ultimo è molto più basso. Quindi, quello che si deduce è che questo reparto tratta patologie assai più complesse, o almeno si può pensare che sia così, come che ciò dipenda da inefficienza. Ovviamente questo non lo sappiamo.

Il fatto poi che ci appuntiamo su sei ospedali è giustificato anche da un altro fattore. Nel corso delle nostre visite il questionario inviatoci in precedenza è stato quasi completamente modificato e integrato e questo ha portato ad un aggravio di lavoro: è come se, infatti, le strutture avessero svolto il lavoro due volte. Abbiamo in parte rifatto insieme il lavoro e lo abbiamo integrato; loro poi lo hanno completato e rinviato con una serie di informazioni. L'Agenzia sta ancora ricevendo le risposte ai questionari.

Conseguentemente è solo di recente che abbiamo potuto consolidare i dati di queste sei strutture ed è per questo che non vi presentiamo tutte le analisi che potremmo, cosa che rimandiamo al 31 di marzo. Siamo partiti dal *by pass* perchè su questo sono stati presentati i dati relativi alla degenza e alla durata ed è stato proposto come esempio di una serie di variabili che in qualche modo possono giustificare o meno costi nettamente diversi fra di loro. Per il Niguarda la possibile spiegazione relativa ai *by pass* può essere questa che ho detto. Brescia presenta costi sistematicamente più bassi perchè ha una produttività per numero di persone e costo del personale molto alta. Quando io devo aggiungere ad una serie di *by pass* o ad altre procedure chirurgiche una serie di costi quali i servizi di emodinamica che viene ribaltato, sui singoli esami, se faccio un numero di esami elevatissimi, il costo del servizio è molto basso. Su questo

Niguarda rispetto a Brescia è quasi alla metà per singole prestazioni. E questo è uno dei motivi che giustificano questi dati.

Un discorso un pochino diverso dobbiamo farlo per la Columbus. Per questo come per altri ospedali abbiamo fissato un secondo incontro per verificare una serie di dati, in particolare quelli relativi al 1994 forniti dal Ministero concernenti i pazienti dimessi e le giornate di degenza, dati che non erano così precisi. La Columbus, pur non considerando il costo dell'operatore che viene attribuito direttamente al paziente, ha un costo molto alto. Questo però può essere giustificato, e lo andremo a verificare, dal fatto che risulta molto basso il numero complessivo delle giornate di degenza dichiarate del reparto e su cui noi facciamo un rapporto per singola patologia. Per qualche motivo forse i dati del 1994 forniti dal Ministero non sono pienamente attendibili, e bisogna perciò verificarli sul campo, o altrimenti possono esserci altre spiegazioni che comunque sono pure da verificare. Lo dico perchè, se il numero complessivo delle giornate di degenza su cui si fa il rapporto è basso, ovviamente queste giornate di degenza per singola patologia si portano dietro una quantità di costi che in qualche modo assorbono tutti i costi diretti del reparto, del materiale, del personale, eccetera.

PRESIDENTE. Voi avete calcolato i costi in base alle giornate di degenza o tenendo presente la spesa realmente effettuata? Avete considerato cioè i costi per materiale, personale infermieristico, medico, ammortamento di capitale e quant'altro o in base alle giornate di degenza? Se andiamo a Drg, queste ultime non dovrebbero essere influenti.

Non mi risulta comunque che in Italia o nel mondo intero vi siano ospedali che possono compiere interventi di *by pass* aortocoronarico spendendo solo 5 milioni di lire come succede a Brescia. Qualche dato di partenza quindi non deve essere esatto. O non viene considerato il costo dei medici e del personale o ci troviamo in presenza di un errore madornale. Se quanto risulta a voi è vero, possiamo chiudere tutti gli ospedali del paese e rivolgerci a Brescia per i *by pass*. È matematicamente assurdo che per fare un intervento del genere sia sufficiente quella cifra. Anche se il cardiocirurgo non si facesse pagare o addirittura sborsasse lui stesso 3 milioni per ogni intervento solo per il piacere di operare, in nessun caso si potrebbe scendere a quei costi.

VIGNOTTI. I costi del personale, dei materiali e degli ammortamenti sono stati stimati riallocando i costi in base alle giornate di degenza. Non siamo riusciti a trovare un metodo alternativo che compensasse questo tipo di eventuale errore. Per questo ora riproponiamo le giornate di degenza. Se queste non sono corrette altrettanto non lo sono le modalità di ripartizione dei costi.

PRESIDENTE. Sono assolutamente scorrette anche perchè entriamo nel mondo del Drg e non può essere la Commissione di inchiesta sulle strutture sanitarie a compiere un passo indietro al riguardo. Faremmo meglio a chiedere a ogni istituto quanto ha speso e quanti interventi ha fatto.

Comunque, lo ripeto, se Brescia riesce a fare un *by pass* con 5 milioni di lire possiamo chiudere tutti gli altri ospedali.

VIGNOTTI. Posso tentare di discutere con lei sulle modalità di calcolo che hanno portato a queste cifre non sulle modalità interne dell'ospedale che non conosco in modo approfondito. Dal punto di vista dei numeri uno degli elementi chiave è dato dalle giornate di degenza che per il *by pass* sono pari a 10 giorni a Brescia, a 26 giorni al Niguarda e a 17 al Gemelli.

PRESIDENTE. Si sta sempre riferendo ai dati 1994?

VIGNOTTI. Sì, ai dati forniti dal Ministero.

PRESIDENTE. Dovete dimenticarvi che esiste il Ministero della sanità!

BINAGHI. La differenza così marcata riguardo alla durata della degenza potrebbe avere una spiegazione: è possibile cioè che nella degenza venga calcolato in modo diverso il periodo della riabilitazione. In alcuni ospedali la riabilitazione può essere fatta all'interno mentre so che la Columbus ed altre strutture in quinta-sesta giornata inviano al centro di riabilitazione. Se la riabilitazione successiva all'intervento si svolge all'interno dell'ospedale è inevitabile che il tempo medio di degenza cambi.

Non vorrei inoltre che nel periodo di degenza in alcuni casi venissero conteggiati i giorni in attesa dell'intervento. Niguarda ha tantissimi posti letto e non escludo che ci sia stata l'abitudine di chiamare i pazienti con molto anticipo facendoli restare lì dieci o dodici giorni prima di essere operati. Una volta questo poteva accadere.

Per quanto riguarda i costi, certamente la stima relativa all'ospedale di Brescia non è realistica, così come quella relativa alla Columbus, nella quale non rientrano i costi per i medici, gli anestesisti e i cardiocirurghi e, quindi, dovrebbe essere aumentata. Quella più realistica mi sembra la stima relativa al policlinico Gemelli. Per rimanere in tali limiti di spesa, non so quali ammortamenti possa fare l'ospedale di Brescia, quanto personale venga considerato nel calcolo dei costi. Sicuramente non è considerato alcun esame diagnostico di preparazione o *post* intervento, come un ecocardiogramma.

PRESIDENTE. Alcuni di questi esami possono costare circa 500 mila lire. Il problema è rappresentato dal costo per il personale. In questi calcoli c'è qualcosa di totalmente sbagliato.

CAMPANA. Chiaramente opereremo degli approfondimenti successivi sulla base di quanto sta emergendo in questo momento però, per quanto riguarda la costruzione dei dati riguardanti le attività svolte per le situazioni cliniche e le giornate di degenza, vorrei evidenziare che si è deciso di prendere un riferimento abbastanza oggettivo costituito dai dati presenti negli archivi del Ministero della sanità per il 1994. Pur avendo formulato delle richieste tese ad acquisire direttamente alcuni dati relativi a quell'anno, anche per oggettività e per omogeneità di analisi ci si è riferiti ai dati del Ministero.

Invece, per quanto riguarda la metodologia, vorrei che il dottor Vignotti esponesse come è stata affrontata, focalizzandola meglio.

PRESIDENTE. Ho già avuto a che fare con una delle vostre società che ha compiuto una analisi dei costi in Sardegna in relazione alla cardiologia – e vi assicuro che in quella regione non siamo nè spendaccioni nè spreconi – ed è stata rilevata una media di 30-40 milioni di spesa per interventi di *by pass*, non riesco quindi a comprendere il dato relativo a Brescia. È vero che si trova al Nord, dove forse saranno tutti più bravi, più intelligenti ed effettueranno più interventi, ma comunque siamo di fronte ad un errore di valutazione.

Come avete compiuto l'analisi dei costi in Sardegna? Calcolando per ogni intervento il costo del materiale d'uso, il costo del materiale farmaceutico, il costo di tutto il personale interessato suddividendolo per il numero di ore di ciascun intervento, una quota delle spese della direzione sanitaria, e così via. Così sono stati riscontrati dei costi reali, che sono esattamente sette volte superiori a quelli indicati per Brescia.

Non possiamo rendere pubblici questi dati sbagliati: se finissero nelle mani dei dirigenti del Ministero della sanità, per assurdo, questi potrebbero addirittura pensare di dimezzare le cifre dei tariffari o di ridurre dell'80 per cento.

CAMPANA. Evidentemente i dati a cui lei faceva riferimento erano relativi al costo per ogni singolo intervento.

PRESIDENTE. No, si parlava di costi medi.

Francamente non riesco a capire sulla base di quali elementi sono stati effettuati i calcoli per Brescia.

VIGNOTTI. All'indagine relativa all'ospedale San Michele di Cagliari ho partecipato anch'io e quindi so come è stata compiuta l'analisi. Per quell'ospedale si parlava di costo pieno, cioè erano riallocati tutti i costi generali di struttura e i costi indiretti di reparto, che nel caso dell'indagine di cui stiamo parlando non sono stati considerati.

Come dicevo, l'ospedale di Brescia è uno di quelli che cerca di fare più attività possibile in *day hospital*.

PRESIDENTE. Anche all'ospedale di Cagliari si fa tutto in *day hospital*: il malato viene ricoverato la domenica per essere operato il lunedì. Neanche l'ospedale di Brescia può essere più veloce:

VIGNOTTI. Alcuni costi ci sono, ma non sono stati rilevati perchè sostenuti in *day hospital* in tempi diversi.

Il calcolo è stato costruito rilevando all'interno del singolo reparto il costo dell'attrezzatura. Poichè purtroppo molti ospedali non hanno un registro dei cespiti e un inventario dell'attrezzatura, in alcuni casi tale costo è stato rilevato fattura per fattura, delibera per delibera, e in relazione agli ultimi cinque anni.

Per quanto riguarda il costo dei materiali, è stato rilevato quello dei materiali farmaceutici, dei presidi e dei materiali economici utilizzati dal reparto nel 1994. A questi è stato aggiunto il costo del personale.

Poichè in molti casi non c'era una contabilità relativa al personale che indicasse il numero dei dipendenti dei vari reparti, è stato chiesto di indicare tutte le singole persone, di ogni ruolo, che lavoravano nel 1994 presso quel reparto.

Nel caso in cui c'era una contabilità relativa al personale si è anche indicato un costo preciso per ogni reparto per ogni tipologia di personale. In altri casi, nei quali non c'era la possibilità di arrivare a contabilizzare questo costo, ne è stato individuato uno di riferimento relativo al personale di quel reparto.

Questo in relazione ai costi diretti di reparto. Poi lo stesso tipo di indagine è stata compiuta a livello di sala operatoria nel caso in cui le condizioni cliniche avessero portato ad un intervento chirurgico; rilevando non solo i dati relativi al personale dedicato in percentuale, ma anche quelli concernenti l'*équipe* che normalmente effettua l'intervento chirurgico.

PRESIDENTE. Voglio aggiungere che per un intervento tipico di *by pass* aortocoronarico, la spesa che si affronta solo per la sala operatoria e un giorno di terapia intensiva è superiore ai 5 milioni di lire. Un apparecchio per circolazione extracorporea non costa meno di 1.200.000 lire, e tutti gli interventi devono essere compiuti utilizzando tale apparecchio; poi si spendono 300.000 o 400.000 lire per il materiale anestetico, a cui bisogna aggiungere il costo per un flacone di sangue e quello delle 4 o 5 persone che lavorano in sala operatoria per una media di 3 o 4 ore; inoltre si deve calcolare il costo di una giornata di terapia intensiva, che in qualunque parte del mondo non costa meno di 1.500.000-2.000.000 di lire; alla fine, sommando tutti questi costi, abbiamo già superato la cifra di 5.000.000 di lire.

C'è qualcosa nei vostri metodi di totalmente sbagliato, che va assolutamente rivisto. Non so se siate in grado di compiere calcoli così precisi come avete fatto in Sardegna, arrivando a calcolare addirittura il costo per la siringa: se non riuscite a farlo, allora trovate un altro metodo. Potreste prendere la cifra totale attribuita all'ospedale, dividerla per il numero degli interventi e almeno arrivereste a calcolare un costo medio.

Invece, i costi che avete evidenziato in questa analisi non sono giustificabili. C'è sicuramente un errore di base, anche se non riesco a comprendere quale sia. Questo comunque rientra nel vostro lavoro.

BINAGHI. Per lo stesso identico intervento non si può passare da 5 milioni a 28 milioni di lire, pur considerando tutte le variabili possibili.

VIGNOTTI. Partendo dai dati forniti dagli ospedali al Ministero della sanità emerge un dato lampante: le schede di dimissione fornite dall'ospedale di Brescia evidenziano 432 interventi di *by pass* nel 1994, mentre l'ospedale di Niguarda 58.

PRESIDENTE. Lasciate perdere i dati del Ministero. Andate nei singoli reparti a chiedere quanti interventi hanno compiuto.

Ritengo abbiate perso del tempo per preparare delle schede basate su dati inesatti: se vi foste rivolti direttamente alle singole strutture ospedaliere per sapere il numero complessivo degli interventi effettuati nel 1994 vi avrebbero risposto in trenta secondi. Vi dovete dimenticare che in questo paese esiste il Ministero della sanità.

BINAGHI. Nella scheda di dimissione ospedaliera la diagnosi finale è cardiopatia ischemica o angina; poi sotto, indicando l'intervento terapeutico effettuato, si fa riferimento al *by pass*; quindi la scheda è classificata nell'ambito di quelle relative alle cardiopatia ischemica, anche se il paziente ha fatto un intervento di *by pass* e pertanto quest'ultimo non risulterà. Lo stesso accade se il paziente viene ricoverato con una diagnosi di angina.

PRESIDENTE. A questo punto non posso che invitare i rappresentanti del raggruppamento di imprese che collaborano con la Commissione, per l'espletamento dell'indagine, a verificare le metodologie di analisi utilizzate e a riferire quindi, di nuovo, alla Commissione.

Pubblicità dei documenti acquisiti dalla Commissione

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, vi informo che, tenuto conto che le indagini avviate dalla nostra Commissione non possono considerarsi concluse, se non vi è avviso contrario, tutti gli atti e i documenti inerenti all'attività di indagine verranno versati nell'archivio storico del Senato, a norma dell'articolo 18, comma 3, del regolamento della Commissione. Inoltre, verranno pubblicati per intero i resoconti stenografici delle sedute tenute dalla Commissione e il documento finale relativo alle liste di attesa consegnatoci dal raggruppamento di imprese, coordinato dal dottor Taroni, che collabora con la Commissione. Per quanto riguarda il documento relativo ai costi per patologia, esso necessita degli opportuni approfondimenti e verifiche e pertanto, una volta completato, verrà solo consegnato agli atti della Commissione d'inchiesta.

Sarà compito della Segreteria della Commissione curare la catalogazione e la sistemazione definitiva dei documenti prima che vengano versati nell'archivio storico del Senato.

Se non si fanno osservazioni, così resta stabilito.

MONTELEONE. Signor Presidente, penso che il Ministero della sanità si debba preoccupare, dopo la pubblicazione degli atti di trasmettere questi ultimi ai manager delle Usl.

PRESIDENTE. Senatore Monteleone, il lavoro svolto dalla nostra Commissione non riguarda il Ministero della sanità. Noi possiamo chiedere alla Segreteria della Commissione, in quanto membri di essa, di trasmetterci - credo che ne abbiamo diritto - i documenti; poi possiamo decidere di inviarli, quale Commissione d'inchiesta, agli assessori regionali o ad altri organi competenti.

MONTELEONE. Signor Presidente, prendo atto con piacere che ciò non è di competenza del Ministero della sanità. Se questa decisione di-

pende da noi, è probabile che gli organi competenti ricevano questi documenti.

XIUMÈ. Signor Presidente, indipendentemente dalla questione della pubblicazione degli atti della Commissione, chiedo, quale componente di essa, che mi vengano trasmessi i resoconti stenografici e le relazioni redatte dalla Commissione.

PRESIDENTE. Senatore Xiumè, le verrà trasmesso quanto da lei richiesto.

Dichiaro conclusi i nostri lavori.

I lavori terminano alle ore 16,40

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Il Consigliere parlamentare dell'Ufficio centrale e dei resoconti stenografici

DOTT. GIANCARLO STAFFA

