



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 144

**COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA  
sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale**

AUDIZIONE DEL COMANDANTE DEI CARABINIERI PER LA  
TUTELA DELLA SALUTE

150<sup>a</sup> seduta: martedì 13 marzo 2012

Presidenza del presidente MARINO

**I N D I C E****Audizione del Comandante dei Carabinieri per la tutela della salute**

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 7, 10 e passim	PICCINNO . . . . .	Pag. 4, 7
D'AMBROSIO LETTIERI (PdL) . . . . .	12		
GRAMAZIO (PdL) . . . . .	3, 16, 18		
MASCITELLI (IdV) . . . . .	15		
PORETTI (PD) . . . . .	14		
SACCOMANNO (PdL) . . . . .	10		

---

*Sigle dei Gruppi parlamentari: Coesione Nazionale (Grande Sud-Sì Sindaci-Popolari d'Italia Domani-Il Buongoverno-Fare Italia): CN:GS-SI-PID-IB-FI; Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; Per il Terzo Polo (ApI-FLI): Per il Terzo Polo:ApI-FLI; Unione di Centro, SVP e Autonomie (Union Valdôtaine, MAIE, Verso Nord, Movimento Repubblicani Europei, Partito Liberale Italiano, Partito Socialista Italiano): UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI; Misto: Misto; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS; Misto-Partecipazione Democratica: Misto-ParDem; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-P.R.I.*

*Interviene il generale di brigata Cosimo Piccinno, Comandante dei Carabinieri per la tutela della salute (NAS), accompagnato dal capitano Pietro Della Porta e dal maresciallo Giuseppe Scarpulla.*

*I lavori hanno inizio alle ore 14.*

PRESIDENTE. Se non vi sono osservazioni, il processo verbale della seduta del 7 marzo 2012 si intende approvato.

#### *SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI*

GRAMAZIO (*PdL*). Signor Presidente, vorrei chiederle di attivare il circuito audiovisivo interno, poiché numerosi giornalisti ne hanno fatto richiesta.

PRESIDENTE. Se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori odierni, oltre che attraverso il resoconto stenografico, sarà assicurata anche mediante l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito interno.

Non facendosi osservazioni, dispongo l'attivazione di tale ulteriore forma di pubblicità dei nostri lavori.

#### **Audizione del Comandante dei Carabinieri per la tutela della salute**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la libera audizione del Comandante dei Carabinieri per la tutela della salute (NAS), generale di brigata Cosimo Piccinno. Saluto e ringrazio l'audendo per la consueta disponibilità con cui ha accolto l'invito della Commissione. Saluto e ringrazio anche il capitano Pietro Della Porta e il maresciallo Giuseppe Scarpulla, che accompagnano quest'oggi il generale Piccinno.

Come preannunciato nella lettera di invito a suo tempo trasmessa, l'audizione odierna verterà principalmente su due temi, che si inquadrano – rispettivamente – nel filone d'inchiesta sui fenomeni di corruzione e in quello sulle strutture socio-sanitarie per anziani.

In primo luogo, il generale Piccinno riferirà in merito alle risultanze delle attività di controllo espletate dai NAS nel corso dell'anno 2011, sulle condotte illecite generatrici di sprechi di risorse e di inefficienze nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.

In secondo luogo, l'audendo relazionerà in maniera specifica sulle criticità rilevate nel corso dei controlli sulle RSA per anziani, soffermandosi sulle problematiche più ricorrenti, che potrebbero formare oggetto an-

che dei successivi approfondimenti di questa Commissione, all'interno dell'inchiesta già deliberata a suo tempo.

Dopo l'intervento del generale, i commissari presenti potranno prendere la parola per formulare quesiti e considerazioni.

*PICCINNO.* Signor Presidente, onorevoli senatori, ho diviso in due branche la mia presentazione. Vorrei anzitutto fornire i dati del 2011 sulla sicurezza sanitaria, che rappresenta una parte preponderante del nostro lavoro, sebbene l'altra parte, relativa alla sicurezza alimentare, occupi anch'essa gran parte delle nostre attività. Nel 2011 sono stati effettuati 19.000 controlli, sono state arrestate 129 persone, sono state segnalate 7.000 persone all'autorità giudiziaria o all'autorità amministrativa, sono state chiuse o sequestrate 551 strutture e sono stati sequestrati 4 milioni di medicinali o dispositivi. Questo serve a dare il quadro della situazione e a mostrare dove ci muoviamo nella sicurezza sanitaria. Vorrei dare un'informazione che ho già dato più volte (*repetita iuvant*): noi lavoriamo sia come ufficiali di polizia giudiziaria, sia come ispettori sanitari. Ultimamente, il 3 novembre 2011, abbiamo avuto il piacere di essere equiparati ai tecnici della prevenzione con un decreto ministeriale che reca delle innovazioni giuridiche importanti, perché riguarda l'attività di prevenzione, verifica e controllo in materia di igiene e sicurezza ambientale nei luoghi di vita e di lavoro, igiene degli alimenti e delle bevande e igiene di sanità pubblica e veterinaria. Si tratta di innovazioni giuridiche, perché i marescialli (circa 400) che fanno parte dei NAS e che erano in servizio nel 1999 ricevono un'equipollenza alla laurea in tecnico della prevenzione, che è una laurea triennale. Ci sono poi delle innovazioni operative, che riguardano le valutazioni istruttorie finalizzate al rilascio delle autorizzazioni e dei nulla osta tecnici e sanitari, le valutazioni dei piani di autocontrollo e degli HACCP. Il tecnico della prevenzione può inoltre disporre la distruzione di derrate alimentari non commestibili, può determinare la chiusura dei siti produttivi ed effettua dei campionamenti altamente tecnici. Ciò significa che, mentre prima ci dovevamo avvalere dei tecnici delle ASL e quindi dovevamo chiamare le ASL ad operare insieme a noi, tra qualche mese (perché li stiamo addestrando in questa direzione) saremo in grado di lavorare anche da soli.

L'altro concetto è: perché esiste il NAS? Perché noi riusciamo a superare le limitazioni territoriali degli organi di controllo locali (questo è molto importante) e riusciamo a coordinare gli interventi a livello nazionale, pluriregionale, interprovinciale e – possiamo dirlo con grande orgoglio – anche a livello internazionale. Una delle nostre *mission* istituzionali è certamente quella di contrastare l'indebita lievitazione della spesa sanitaria, secondo un modello che noi definiamo *bottom-up*, cioè prendendo un singolo individuo e andando a studiare le problematiche sanitarie del medico, dell'infermiere e dell'operatore sanitario, per poi risalire piano piano. Proprio sulla base di questa *mission*, abbiamo riscontrato quelle che ho definito complessivamente «irregolarità» (molte di esse comportano sanzioni penali, mentre altre comportano sanzioni amministrative).

Nel settore ospedaliero abbiamo riscontrato l'esercizio abusivo delle professioni e delle arti sanitarie: quasi giornalmente troviamo infermieri che non sono iscritti all'IPASVI (sapete benissimo che questo è un discorso particolare) e medici che non sono laureati (cosa un po' più grave). Signor Presidente, mi consenta di dire che spesso e volentieri – lo vediamo soprattutto in alcune trasmissioni televisive – i pazienti intervistati dicono che questi medici non laureati sono bravissimi. Vi sono poi casi di anomala gestione degli stupefacenti; questo aspetto ci sta colpendo moltissimo, perché siamo ormai all'ottavo o nono arresto di infermieri che vendono stupefacenti o anabolizzanti all'esterno. Questo fenomeno si verifica dal Nord al Sud, senza nessuna preclusione di Regione, tant'è che stiamo realizzando un'opera di ispezione a livello nazionale sulla gestione di questo particolare settore. Vi sono poi casi di utilizzo di reagenti scaduti di validità. Qui c'è tutta una filosofia particolare, perché – se devo dire la verità – alcuni professionisti non credono alla scadenza di validità dei reagenti e sostengono che possono essere utilizzati anche dopo la scadenza; si tratta però di una filosofia che attualmente la norma non prevede. Seguono poi, nell'elenco delle irregolarità, l'utilizzo di dispositivi non sterili o il riutilizzo di dispositivi monouso, l'omessa denuncia di detenzione di apparecchi radiografici, la somministrazione di medicinali guasti o imperfetti, l'irregolare smaltimento dei rifiuti ospedalieri (frequente soprattutto nel Centro-Sud) e la detenzione di alimenti scaduti di validità, in cattivo stato di conservazione o invasi da parassiti. Prima parlavo del tecnico della prevenzione in riferimento proprio agli alimenti; negli ospedali infatti si mangia e, quindi, noi andiamo lì anche per verificare la sicurezza alimentare. Vi sono infine irregolarità che riguardano le condizioni igienico-strutturali.

Illustrerò ora due operazioni che abbiamo messo in atto nel corso del 2011. La prima è un'operazione «tra le mura» (*intramoenia*), che ha portato alla scoperta di un danno erariale presunto stimato di circa 4 milioni di euro. Abbiamo compiuto 400 ispezioni ad ospedali e strutture private, abbiamo valutato le posizioni di 704 medici ed abbiamo denunciato 356 medici all'autorità giudiziaria (il 50,5 per cento), di cui 337 per problemi di *intramoenia* e soltanto 19 per problemi di *extramoenia*. Nel caso dell'attività *intramoenia* si utilizzano infatti le strutture degli ospedali o delle case di cura, mentre nel caso dell'*extramoenia* il problema è diverso; perciò c'è questa grossa differenza numerica e percentuale. I reati che più ci hanno colpito e che rappresentano comunque quasi il 90 per cento della nostra attività sono i seguenti: indebita percezione di denaro per visite mediche per conto dell'ospedale (la norma penale di riferimento è il peculato), induzione a cure a pagamento presso strutture private (concussione), prestazioni in regime libero-professionale in orario istituzionale (abuso d'ufficio), falsificazione di atti per indennità di esclusività (falsità materiale commessa da pubblico ufficiale in atti pubblici), ingiusti profitti ai danni del Servizio sanitario nazionale (truffa aggravata). Questi sono i reati maggiormente riscontrati.

La seconda operazione, peraltro molto più vasta, definita *damage control* (cioè il controllo del danno), ha condotto ad un presunto danno erariale (stiamo lavorando intensamente con le varie sezioni regionali della Corte dei conti) pari a circa 27 milioni di euro.

Prima di entrare nei dettagli vorrei fornire un'informazione che è passata un po' in sordina. L'Agenzia delle entrate, con una lettera del 3 ottobre 2011, ci ha scritto: «Desidero manifestarle viva gratitudine per la preziosa attività svolta dall'Arma nell'indagine Menarini, che ha consentito all'Agenzia delle entrate di avviare e portare a compimento un'importante azione di recupero fiscale per circa 400 milioni di euro. L'impegno prolungato e complesso dell'Arma ed in particolare quello del NAS di Firenze, nel cui ambito da quanto riferitomi si è particolarmente distinto il maresciallo Massimo Visciano» – che tra l'altro è un ottimo investigatore – «ha consentito di disporre di elementi determinanti ai fini del controllo fiscale. Con i migliori saluti e i sensi di sincera stima per l'Arma». Questa è una medaglietta che ci appuntiamo sul petto!

Sottolineo che 400 milioni di euro corrispondono ad 800 miliardi delle vecchie lire. Inoltre, rispetto ai 27 milioni di euro di danno erariale presunto, sono state denunciate alla magistratura ordinaria e contabile 300 persone (qualcuna è stata anche arrestata) per attribuzione di DRG più onerosi; peculato e falso in referti di analisi (stiamo ancora lavorando con la Corte dei conti competente, ma fino ad oggi questa indagine ha evidenziato un danno erariale stimato in circa 9 milioni di euro, a causa di un laboratorio di analisi di un ente pubblico che effettuava analisi per conto di privati e quindi si può immaginare cosa sia accaduto); comparaggio, corruzione e truffa; prescrizioni fittizie o iperprescrizione di farmaci ad alto costo; illecito uso dei fondi del Servizio sanitario nazionale; gare di appalto artefatte; assenteismo.

Segnalo che circa due anni fa si è verificata una situazione particolare che ha portato la magistratura ordinaria e contabile ad effettuare sequestri preventivi, ai sensi dell'articolo 316 del codice di procedura penale. In sostanza, in un'operazione avviata circa vent'anni fa, che riguardava attività mafiose, è stato disposto da parte della Corte dei conti il sequestro di beni mobili ed immobili a quattro persone per 36 milioni di euro. Con la Guardia di finanza, però, non abbiamo trovato assolutamente nulla: non abbiamo trovato né case né conti correnti né altro. È stato eseguito un lavoro successivo dal NAS competente e dalla Guardia di finanza che per fortuna ha portato ad un recupero di circa 18 milioni di euro. Ciò ha dato l'abbrivio alla magistratura ordinaria e contabile ad effettuare i sequestri preventivi. Ultimamente è stato richiesto un sequestro preventivo di 21 milioni di euro, anche se poi sul conto corrente sono stati trovati solo 250.000 euro: in questi casi, vengono effettuati vari giri di denaro, con vendite, intestazioni e controintestazioni. Ciò ha spinto alcune procure – in particolare, quelle di Rovigo, Cagliari, Roma, Bari e Catania – a sequestrare preventivamente unità abitative immobiliari, autovetture, quote societarie, conti correnti, attrezzature mediche e persino arredi di cliniche.

A questo punto, mi chiedo come semplice cittadino, ma anche come cittadino qualificato se non vi sia una carenza di controlli. Segnalo che il GIP di un tribunale, su un'operazione antiassenteismo che ha portato all'arresto di 28 persone tra medici, paramedici e tecnici (due delle quali, peraltro, arrestate in flagranza di reato perché, nonostante la presenza dei carabinieri nell'ospedale, hanno passato il *badge* e sono andate nello studio privato), ha affermato: «È, infatti, appena il caso di sottolineare come le descritte condotte di assenteismo determinano ovvero acquiscono la situazione di criticità del Servizio sanitario in danno dell'utenza, spesso costretta ad ingiustificate defatiganti attese. La condotta appare ancor più grave e censurabile con riferimento a quei soggetti che – posti in posizione apicale – avrebbero il compito di controllare i propri sottoposti (si veda il caso dei dirigenti di unità). Non è affatto casuale, invero, che siano state riscontrate lunghe liste di attesa proprio in quei settori in cui è risultata particolarmente intensa l'attività di assenza dal servizio dei dipendenti» – parliamo del primario, dei medici e dei tecnici – «ciò nonostante in alcuni casi le liste di attesa siano davvero lunghe: citandone uno per tutti, il servizio di radiologia retto dal dottor (...) dove per sottoporsi a visita specialistica in senologia si può arrivare ad attendere 426 giorni oppure al servizio di oculistica del dottor (...) dove per alcuni esami si arriva a 190 giorni di attesa». Dunque, credo che i punti interrogativi si moltiplichino.

Io sono un tecnico e non un politico, ma tra le ipotesi di soluzione segnalo: la separazione della gestione dai sistemi di controllo; l'individuazione di sistemi di controllo più efficienti, efficaci e trasparenti; il potenziamento dei sistemi di controllo esistenti. Innanzitutto, però, mi chiedo se effettivamente esistano i sistemi di controllo.

Signor Presidente, la prima parte della mia relazione è terminata.

PRESIDENTE. Penso sia opportuno che lei prosegua con la sua relazione, tanto sono certo che dopo vi saranno molte osservazioni e quesiti.

*PICCINNO.* Prima di parlare delle strutture ricettive per anziani (RSA), vorrei fornire alcune informazioni. Solo fino al 1997 le strutture ricettive comprendevano di massima tre categorie di siti: le case albergo, destinate ad alloggiare anziani autosufficienti (si trattava di alberghi veri e propri); le case di riposo, che ospitavano anziani parzialmente non autosufficienti a causa di patologie geriatriche e nelle quali, a differenza delle case albergo, vi era personale paramedico ed ausiliario; le cosiddette case protette, dove erano alloggiati ospiti non autosufficienti affetti da più gravi malattie cronicizzate o psichiatriche, che potevano annoverare la presenza di personale medico, paramedico ed ausiliario. Con il cosiddetto decreto Bindi, cioè con il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 (un decreto molto particolare perché privo di numero), il legislatore ha individuato i requisiti tecnologici, organici e strutturali per tutte le strutture sanitarie operanti a livello nazionale. Il decreto, poi recepito dalle Regioni con delibere, verosimilmente a causa di una minore attenzione

posta dalle autorità di alcune realtà locali ha generato, nel corso degli adeguamenti delle strutture già operanti, situazioni di irregolarità che in molti casi sono sfociate nell'arbitraria trasformazione in residenze sanitarie assistite, secondo il decreto del Presidente della Repubblica, o assistenziali, secondo la traduzione delle Regioni (a mio avviso, il secondo termine è quello più esatto), prive dei previsti requisiti. La magistratura, proprio in quel caso, delegò i NAS a livello nazionale per effettuare una verifica; poi questa verifica è stata portata all'attenzione anche della politica. Credo che questo inquadramento faccia comprendere l'evoluzione della norma precedente al 1997.

Noi ci teniamo a dire che il comparto è socioassistenziale ed è a tutela delle fasce deboli, così com'è nella nostra dizione. Noi siamo a tutela della salute; in questo caso, siamo a tutela delle fasce deboli e, quindi, anche della salute. Le strutture ricettive per anziani sono costituite da case di riposo, case albergo, case famiglia, case accoglienza, comunità alloggio e residenze sanitarie assistenziali. Questo comparto normalmente viene monitorato in due mesi, agosto e dicembre, cioè in coincidenza con i periodi festivi, perché questi sono i mesi in cui le residenze sanitarie assistite diventano solo residenze, né sanitarie né assistenziali (scusatemi per la battuta). In questi mesi, infatti, gli anziani normalmente vengono lasciati da soli e si verificano una serie di problemi. Vorrei anche sottolineare il fatto che, al di là dei mesi di agosto e di dicembre, nel 2010 abbiamo svolto 49 operazioni di rilievo sulle strutture ricettive per anziani; ne abbiamo effettuate 37 nel 2011 e già 10 nel 2012 (siamo ancora a metà marzo). Effettuiamo questo monitoraggio d'intesa anche con il Ministero della salute. Prima di mostrarvi alcuni numeri, vorrei far notare che questa analisi statistica di settore viene condizionata da alcuni fattori: il territorio, la forza dei NAS che operano sul territorio, la diversificazione dei compiti istituzionali (che voi tutti conoscete) e la molteplicità delle attività di controllo. In fin dei conti siamo solo 1.000 e quindi non riusciamo a fare tutto. Il dato non è pertanto rappresentativo e secondo me ha una scarsa o, quantomeno, una limitata rilevanza statistica. Esso è infatti condizionato anzitutto dal territorio. C'è un'ampiezza provinciale, pluriprovinciale e regionale dei nostri NAS; Roma rappresenta, ad esempio, un ambito provinciale, Taranto un ambito pluriprovinciale (perché comprende Taranto e Brindisi), mentre il Molise e l'Abruzzo rappresentano un ambito regionale, perché hanno un NAS per tutta la Regione. Bisogna inoltre considerare la quantità e la qualità delle attività economiche e la presenza/forza dei NAS. È molto più facile, per il NAS dell'Abruzzo, andare a controllare le strutture ricettive per anziani, perché probabilmente non ha di fronte la qualità e la quantità delle attività economiche alimentari che ci sono in Emilia-Romagna. Per quanto riguarda la presenza e la forza dei NAS, si tenga presente che il Molise dispone di 16 unità per tutta la Regione, mentre il Lazio ne ha 90. A questo bisogna anche aggiungere, per una questione di correttezza nei confronti della Commissione, che noi abbiamo dei marescialli molto esperti nel settore sanitario; essi pertanto perseguono determinati obiettivi, mentre in altri ambiti abbiamo invece una presenza mag-

giore sulla sicurezza alimentare. Negli ultimi tempi abbiamo comunque cercato di omogeneizzare e di amalgamare queste presenze. È inutile soffermarsi ancora sulla diversificazione dei nostri compiti istituzionali; ci occupiamo infatti di sicurezza alimentare, di professioni/arti sanitarie, di farmaceutica, di sanità pubblica e privata, di antidoping e di animali d'affezione. Se poi in una determinata Regione l'autorità giudiziaria è particolarmente attenta alle strutture ricettive per anziani, essa ci delega determinate cose e noi lavoriamo di più; ci sono inoltre denunce, esposti, iniziative, fonti confidenziali e l'Arma territoriale che, con le sue 5.000 stazioni, fornisce delle informazioni su questi aspetti. A livello nazionale nel biennio 2010-2011 sono stati effettuati, nelle strutture ricettive per anziani in generale, quasi 5.000 controlli, di cui 1.473 casi sono risultati non conformi, 902 sono stati segnalati all'autorità amministrativa e 740 sono stati segnalati all'autorità giudiziaria; vi sono stati inoltre 14 arresti, 1.444 sanzioni penali, 1.438 sanzioni amministrative e 150 adozioni di provvedimenti di chiusura. I dati che forse interessano di più sono quelli che riguardano il benessere degli ospiti: 16 volte abbiamo dovuto effettuare una denuncia per sequestro di persona, 129 volte per abbandono di incapace, 51 volte per maltrattamenti, 236 volte per esercizio abusivo della professione sanitaria e 53 volte perché all'interno le strutture avevano dei farmaci guasti o imperfetti. Quest'ultima situazione si verifica spesso; succede infatti che troviamo dei farmaci scaduti da due, tre o quattro mesi, che continuano ad essere somministrati ai malati o alle persone assistite. Vi sono stati inoltre 32 casi di lesioni personali e colpose e, purtroppo, 13 casi di omicidio colposo. Le violazioni delle leggi nazionali e regionali per inadeguatezze strutturali-organizzative sono in tutto 834, un numero considerevole. Il dato relativo solo ed esclusivamente alle residenze sanitarie assistenziali indica 590 controlli, 154 casi non conformi, 89 casi segnalati all'autorità amministrativa, 122 casi segnalati all'autorità giudiziaria, nessun arresto, 267 sanzioni penali, 107 sanzioni amministrative e 12 adozioni di provvedimenti di chiusura. Vi sono inoltre 29 casi di abbandono di incapace, 9 casi di maltrattamenti, 56 casi di esercizio abusivo della professione sanitaria, 7 casi di farmaci guasti o imperfetti, un caso di lesioni personali colpose e un caso di omicidio colposo; vi sono infine 57 casi di violazione delle leggi per inadeguatezze strutturali-organizzative. C'è poi un dato che, come dicevo, bisogna leggere con molta attenzione. L'abbiamo voluto suddividere per Regione; esso non rende il vero dato (bisognerebbe andare a verificare quando sono stati fatti i controlli e perché), ma offre comunque un quadro nazionale delle strutture ricettive per anziani che presentano dei problemi. Io ritengo che quello che abbiamo fatto con 5.000 controlli in due anni rappresenti uno sforzo notevole e considerevole. C'è poi un ulteriore quadro relativo alle residenze sanitarie assistite, con i numeri dei controlli, così come li ho esposti precedentemente.

Vorrei terminare con due foto, che rappresentano un auspicio e un augurio: vorrei che le residenze sanitarie assistite e le strutture ricettive

per anziani possano essere realmente come in queste due foto, e non solo per motivi di pubblicità.

PRESIDENTE. Ringrazio lei, signor generale, e tutti i suoi uomini per il lavoro davvero incredibile che svolgete, con risorse umane ed economiche evidentemente limitate rispetto alla mole straordinaria di lavoro e alla professionalità e precisione con cui siete nelle condizioni di rappresentarla in sedi istituzionali, come qui al Senato della Repubblica.

SACCOMANNO (*PdL*). Signor Presidente, nel ringraziare il comandante Piccinno, vorrei svolgere due prime riflessioni, molto comuni probabilmente. Una prima riflessione di base, che mi preoccupa, è che c'è un'insufficienza globale delle istituzioni, anche nel seguire la propria offerta sociale, tanto in ambito sanitario quanto nei diversi settori della società. I meccanismi probabilmente non sono quelli adeguati. Il Parlamento indubbiamente è in ritardo. Non cito il Governo in questo caso, perché si tratta di un Governo tecnico che si è insediato da poco tempo; ma, come istituzioni, il Governo e il Parlamento sono in enorme ritardo, tanto che al generale dei NAS viene chiesto se i controlli vengano effettuati e se ci siano veramente dei meccanismi di controllo. Tutto questo è inserito in un meccanismo di reciproca sfiducia delle istituzioni. Sono poche quelle che si salvano, perché non si fidano l'una dell'altra, presentano dei ricorsi reciproci e tutto ciò che viene accertato è alla fine diluito da controperizie e quant'altro. Il nostro perito di base, in questo caso il NAS, oltre il proprio lavoro spesso non trova la soddisfazione del risultato conseguenziale allo sforzo fatto. Questo sistema in qualche modo va rivisto; diversamente, non ne usciremo. C'è poi la carenza di forze sul territorio, che ha delle conseguenze drammatiche: 1.000 persone sono niente. Da assessore alla sanità della Regione Puglia – ci sono dei colleghi che possono confermarlo, perché hanno avuto i miei stessi compiti – avevo 104 persone che collaboravano con me, per un servizio certamente importante (e neanche bastavano). Mille persone sono veramente poche, visto che devono eseguire compiti molto differenziati l'una dall'altra, seppure con lo stesso intento, lo stesso progetto ed il medesimo percorso. Tale dato dà insicurezza perché evidenzia che lo Stato impiega sulla sicurezza sanitaria ed alimentare una forza estremamente ridotta. Le mie osservazioni non mirano a valutare negativamente le azioni dei NAS. Anzi ritengo che il Nucleo antisofisticazione e sanità faccia molto più di quello che potrebbe: a mio avviso, infatti, è inimmaginabile riuscire a realizzare tutto quello che voi fate solo con mille unità a disposizione.

Tale dato evidenzia anche un altro aspetto in termini di efficienza. In realtà, i carabinieri sono già sottoposti alla «legge dei parroci» perché proprio come i parroci periodicamente devono cambiare destinazione, non possono rimanere marescialli per un certo periodo di tempo nello stesso luogo e così via; tuttavia, in un giro di responsabilità così importante, è fondamentale che vi sia una mobilità del personale. Personalmente conosco tutte persone bravissime, ma penso anche che le occasioni vadano evi-

tate: talvolta le persone che rimangono a lungo negli uffici, nelle strutture e nei dipartimenti dello Stato, con gli stessi compiti e le medesime relazioni, registrano picchi di efficienza, ma molto spesso non hanno un percorso estremamente efficiente. Ciò non dipende dalla debolezza di nessuno, ma dal fatto che siamo uomini. Non voglio portare alcuna giustificazione, ma intendo sottolineare che con mille unità tutto ciò è molto difficile, anche perché bisogna tenere conto delle esperienze, delle conoscenze, della formazione e di tanto altro. A mio avviso, si tratta di un aspetto veramente importante.

Per quanto riguarda le questioni sanitarie, vorrei porre una domanda al generale Piccinno. Non so se rispetto all'*intramoenia* e all'*extramoenia* siano stati effettivamente controllati i medici. Non so se viene formulata una accusa o se viene solo avanzata una richiesta (non so dare il nome giusto all'osservazione). Ci si chiede se le Regioni e le strutture del territorio offrano realmente ai medici la possibilità di svolgere l'attività *intramoenia*; se il nostro stesso meccanismo organizzativo talvolta non favorisca determinate licenze; quanti siano gli ospedali al Sud realmente attrezzati. Voi avete il potere di controllare chi, in base alle varie situazioni, si comporta in modo corretto, ma purtroppo noi dobbiamo domandarci se lo Stato si comporta in modo corretto con i professionisti che vorrebbero essere un po' meno facilitati nella scorrettezza (non so esprimermi in altro modo). Ci si lamenta del fatto che alcuni medici non sono effettivamente nelle condizioni di svolgere attività *intramoenia*: occorre porsi un quesito di questo tipo. Osservando gli stipendi dei medici che svolgono prestazioni in *intramoenia* risulta un'enorme differenza tra le varie Regioni (mi riferisco agli stipendi dei medici che prestano tale attività correttamente e non a quelli che sono scorretti) e ciò vuol dire che determinati professionisti non vengono messi nelle condizioni di svolgere l'attività in regime di *intramoenia*.

Noi dobbiamo arrivare al controllo del pubblico che però non sempre è così duro come lo è talvolta con il privato. Ho assistito a transazioni drammatiche tra pubblico e privato; ho visto arresti, denunce per fatturazioni più elevate e così via. Come ho denunciato altre volte in Commissione, molti di questi fatti si concludono prima che arrivino al vostro esame perché l'azienda privata, accreditata o altro, avvia una transazione con lo Stato, cioè con la parte pubblica, quella che dovrebbe eseguire il controllo reale della situazione; infatti, in ballo vi sono milioni di euro. Quindi, vi è una transazione nell'ambito della quale tutto ciò che è stato fatturato viene sanato, in realtà arrecando un grave danno allo Stato perché magari non è mai stato somministrato quel tipo e quel grado di cura. Dunque, insieme all'Arma dei carabinieri dobbiamo trovare la norma, il percorso, che chi ha in carico la responsabilità del controllo possa seguire. Questo è ciò che manca e che rappresenta uno degli aspetti più gravi. Ripeto che se i NAS disponessero di più unità potrebbero eseguire maggiori controlli, a cominciare dalle apparecchiature. In realtà, non si riescono neanche a controllare gli accreditamenti e soprattutto cosa avviene nel pubblico che è la grande macchina sanitaria.

Dunque, queste sono le carenze esistenti: voi ci date uno stimolo, ma ogni volta che lo ascoltiamo ne usciamo sempre più umiliati perché come legislatori non siamo capaci e conseguenti ai richiami che ci formulate oppure lo Stato è realmente fermo su se stesso e lascia crollare la situazione.

Per quanto riguarda le residenze sanitarie assistenziali (RSA), sottolineo che innanzitutto si parla di un aspetto socio-sanitario. Anche in questo caso, vi è un dato economico fondamentale: quanto viene pagato dal sistema salute e quanto invece viene pagato dal sistema sociale reale, come dovrebbe essere. Infatti, sono molte le scappatoie che consentono di riversare nel calderone della salute ciò che dovrebbe essere un impegno sociale, senza che vi siano quei controlli e quei percorsi che invece la parte sanitaria di per sé dovrebbe garantire. Dovremmo avere la capacità di agire perché mi sembra che in Italia, per quanto riguarda le RSA, «chi prima arriva meglio alloggia»: mi riferisco, ad esempio, ai sistemi di gara, alle strutture che vengono accreditate solo perché la domanda giunge prima di altre; mi chiedo se questo sistema sia corretto, se tutte le Regioni abbiano legiferato in tal senso. A mio avviso, è comunque illegittimo che 80 posti di RSA vengano dati solo perché, ad esempio, Saccomanno o Piccinno sono arrivati per primi e hanno una palazzina o un terreno e così via; in sostanza, all'interno della congruità prevista dal cosiddetto decreto Bindi, qualcuno si colloca semplicemente perché arriva prima e non sulla base di una gara. Quest'ultima, peraltro, darebbe allo Stato anche maggior potere per incidere e controllare. Si tratta di una carenza che io rilevo e conosco bene e che ritengo meriti una riflessione. Le Regioni non possono creare *ad libitum* un parco nel quale chi arriva prima pianta una tenda. Ciò non è possibile. Questo è uno dei grandi *business* del momento, su cui società buone e società cattive si stanno lanciando. Chiedo dunque al generale Piccinno se può suggerirci un meccanismo da adottare; noi dobbiamo riuscire ad individuare delle norme, nello spazio di un Governo tecnico. In ogni caso, tutto ciò non può più essere consentito. Il primo aspetto è rappresentato dalle gare; in seguito verificheremo gli altri punti che ho evidenziato.

Concludo ringraziando nuovamente il generale Piccinno per quanto i NAS stanno facendo.

D'AMBROSIO LETTIERI (*PdL*). Signor comandante, ancora una volta unisco il mio ringraziamento a quello degli altri colleghi: grazie all'Arma dei carabinieri, fedele nei secoli e testimone ancora una volta di una tenace attività. Non si tratta soltanto di un'attività di contrasto ad atti criminosi, che sono tanto più insidiosi quanto più feriscono doppiamente l'uomo, come contribuente e come paziente o malato; si tratta anche, in questa storia, di una battaglia e di una crociata per la cultura della legalità. Lo ha detto il presidente della Corte dei conti Giampaolino, in quello che purtroppo è diventato un rituale stanco che si ripete ogni anno in occasione dell'inaugurazione dell'anno giudiziario della Corte dei conti. Lo sentiremo anche nelle varie assemblee regionali della Corte dei conti, dove nel fine settimana si celebreranno apposite riunioni. Sen-

tirò dunque questa stanca cantilena, che avvilita tanto più la nostra comunità nazionale quanto più essa è assediata e insidiata da una crisi gravissima, che rende intollerabile il saccheggio delle risorse economiche. Chi delinque in sanità delinque due volte. Chi come noi, per un verso o per l'altro, sul versante della sanità concentra gran parte dei propri interessi e del proprio impegno politico (e prima magari anche professionale) ha contezza di quali sono gli effetti negativi e distorsivi che determinano la cattiva amministrazione e l'uso scellerato – ahinoi sempre più spesso – delle risorse, come ci racconta la cronaca giudiziaria nazionale del Nord e del Sud (perché nessun territorio è indenne), con metodi assolutamente impropri per coagulare il consenso politico, che passano attraverso l'utilizzo di risorse economiche per finalità non commendevoli.

Sono d'accordo con quello che ha detto il collega Saccomanno a proposito della legge dei parroci. Se devo dire la verità, ho contezza di storie finanche gloriose di stoici e storici marescialli dei Carabinieri, che, nonostante una lunghissima permanenza nell'ambito della medesima postazione di servizio, non sono mai venuti meno ai livelli di efficacia ed efficienza della loro azione, anche quando essa era orientata sul versante della polizia giudiziaria. Tuttavia, se dovesse essere vera l'esigenza della cosiddetta legge dei parroci, credo che varrebbe la pena di applicarla ancor prima e ancor più ai magistrati, poiché, in gran parte delle attività che lei ci ha relazionato e rendicontato con puntualità apprezzabilissima, credo che i NAS operino in nome e per conto dell'organo inquirente. È probabile che l'esigenza di adeguare gli organici di quest'ultimo prevalga rispetto alla legge dei parroci applicata all'Arma dei carabinieri; è probabile che l'esigenza della legge dei parroci prevalga, nella sua applicazione, sul versante della mobilità dei magistrati inquirenti all'interno del territorio nazionale piuttosto che sul versante dell'Arma dei carabinieri. La realtà è che molto spesso le indagini sono lunghe, le conclusioni perdono quel filo di Arianna che unisce l'alfa e l'omega di un'indagine e il tutto si conclude quando magari il danno è compiuto.

Avverto anch'io l'esigenza di ricevere una proposta da parte di chi, vivendo da uomo delle istituzioni al di fuori della politica, probabilmente ha una visione complessiva di questo quadro, che presenta qualche aspetto particolarmente inquietante. Questa Commissione valuterà tale proposta al fine di rappresentarla all'Assemblea del Senato in termini di impegno a potenziare e ad evitare l'offesa che fatti di questo genere vengano a galla soltanto quando c'è l'intervento degli organi di polizia giudiziaria su mandato dell'organo inquirente. Credo infatti che questo rappresenti un fallimento per lo Stato; quando interviene la magistratura, è già troppo tardi. Ecco allora la necessità, cui lei ha fornito un ottimo spunto, della separazione tra l'attività di gestione e l'attività di controllo, che io trovo assolutamente necessaria in questo e in tanti altri ambiti dove l'intreccio dei due profili e delle due responsabilità diventa esso stesso un elemento di deterrenza per il conseguimento di risultati.

Vorrei chiederle tuttavia se, oltre a questo aspetto, ve n'è qualche altro sul quale si possa intervenire, pur sapendo che questa è una battaglia

per la legalità e non ci si può limitare a fare una legge. Oggi in Aula ci occuperemo, ad esempio, di provvedimenti anticorruzione e quant'altro; tuttavia mi rendo conto che non è una legge che può modificare l'approccio culturale della nostra comunità, rispetto ad un sistema che è fessurato e lesionato, talvolta anche in modo profondo, in alcuni punti vitali e nei gangli essenziali che disciplinano le attività. Si è parlato dell'*intramoenia*, un argomento del quale ci occuperemo anche in un'altra Commissione di questo Senato per le iniziative che il Governo dei tecnici e il ministro Balduzzi intendono adottare sul decreto legislativo n. 502 del 1992. Mi pongo allora una domanda, che si ricollega a quanto è stato detto poc'anzi: nell'ambito dell'attività investigativa che avete svolto anche in Puglia, le risorse economiche stanziare a beneficio delle Regioni per strutturare i presidi pubblici, adeguandoli alle esigenze atte allo svolgimento della cosiddetta attività intramuraria, sono state utilizzate per quella o per altre finalità? Oppure non sono state utilizzate e sono giacenti nei bilanci? Avete per caso allungato lo sguardo, nell'ambito delle Regioni nelle quali avete concentrato l'attività sull'*intramoenia*, per capire i motivi per cui le Regioni non si sono adeguate? I soldi che erano stati destinati con vincolo su questo specifico capitolo hanno trovato la loro giusta destinazione oppure sono giacenti su qualche conto corrente o sono stati destinati ad altro? Perché e su quali presupposti? Tali presupposti sono legittimi? Indubbiamente vi è una cultura della legalità nell'ambito dell'esercizio delle professioni sanitarie, però c'è anche la necessità di mettere i professionisti della sanità nelle condizioni di adeguarsi alle leggi e di poter svolgere la loro funzione in strutture adeguate a norma di legge. Altrimenti il risultato è che chi vuole svolgere l'attività *intramoenia* e non ne ha la possibilità, essendo talvolta anche un'eccellenza (affido tale riflessione anche alla valutazione della Commissione), si mette in pensione. Quando va in pensione l'eccellenza di uno specifico ambito specialistico, a patirne è anche il servizio pubblico, perché quella struttura, che vive di DRG, vede calare il proprio fatturato e vede appesa ad un filo finanche la propria esistenza. Secondo me è necessario che queste valutazioni vengano approfondite in sede politica; ma sul versante investigativo sarebbe assolutamente utile che lei, signor comandante, ci fornisse qualche aiuto e qualche indicazione, anche con riferimento a quest'ultimo aspetto relativo alle risorse per l'adeguamento delle strutture alle attività intramurarie.

Concludo estendendo il mio convinto ringraziamento a lei e a tutti i 1.000 uomini che accompagnano il faticoso percorso di attività investigativa e di prevenzione, poiché accadono dei fatti per i quali certe volte rimaniamo offesi tutti.

PRESIDENTE. Do ora la parola alla senatrice Poretti, relatrice, insieme al senatore Gramazio, dell'indagine sulle RSA.

PORETTI (PD). Signor Presidente, credo che dobbiamo fissare delle regole dal punto di vista dei nostri lavori. Avrei voluto porre alcune domande, ma non so se riusciremo tutti ad intervenire e a dare al generale

Piccinno il tempo di rispondere. Mi scuso, ma sono abituata a parlare in modo diretto. Pertanto, sottolineo che se iniziamo a fare dei comizi queste audizioni non ci porteranno lontano.

Innanzitutto, rispetto alle RSA, vorrei sapere dal generale Piccinno se le ispezioni vengono eseguite sulla base di segnalazioni interne oppure esterne, dei parenti; vorrei sapere, in sostanza, con quali modalità arrivano le segnalazioni oppure se i NAS hanno un altro metodo per avviare le ispezioni. Vorrei sapere, inoltre, se si riscontrano differenze fra il pubblico e il privato, anche se – come giustamente evidenziato dal generale Piccinno – non si può parlare di statistiche. Di ciò mi rendo conto anche se ritengo che i dati siano comunque consistenti.

Vorrei sapere chi, oltre ai NAS, può eseguire controlli ed ispezioni nelle RSA. Immagino, poi, che le leggi regionali siano differenti le une dalle altre. Ne abbiamo avuto alcuni esempi rispetto al pagamento delle rette e in particolare della quota che spetta ai Comuni (di cui ci siamo occupati in una precedente audizione) perché sono risultate differenze regionali non di poco conto; come noto, l'ultima pronuncia del TAR del Veneto ha rimesso in discussione il pagamento della quota sociale, cioè della quota dei Comuni. Vorrei sapere, però, se si rilevano differenze tra le leggi regionali anche rispetto ad altri aspetti di tipo sanitario. Chiedo se i requisiti per gli accreditamenti delle strutture sono diversi tra le varie Regioni e, in particolare, rispetto al numero dei degenti se esiste un tetto massimo per RSA e vi è una proporzione tra degenti e personale sanitario, infermieristico e medico; vorrei sapere se al riguardo si registra un'omogeneità a livello nazionale oppure se ogni Regione agisce per proprio conto.

Inoltre, per quanto concerne gli accrediti effettuati a livello regionale, vorrei sapere se tutte le Regioni hanno predisposto le leggi oppure se qualche Regione non ha ancora ottemperato, se vi sono accreditamenti fatti in deroga.

Infine, in una precedente audizione ci è stato segnalato che in alcuni casi, al momento del ricovero dell'assistito, vengono fatti firmare documenti (una sorta di fideiussione) in cui i parenti o comunque gli accompagnatori si impegnano a pagare la cosiddetta quota sociale. Vorrei chiedere al generale Piccinno se ha avuto notizie al riguardo e che situazioni si sono create là dove le persone non hanno voluto sottoscrivere tali documenti oppure li hanno sottoscritti senza rendersi conto di quello che stavano facendo.

MASCITELLI (*IdV*). Generale Piccinno, ritengo che la rappresentazione sintetica – per evidenti ragioni di tempo – che lei ha fornito alla Commissione sia estremamente preziosa. Mi lasci dire senza alcuna retorica che fate onore a tutti gli italiani per lo straordinario lavoro che state portando avanti.

La sua relazione ha stimolato diverse domande. Innanzitutto, più che della «legge dei parroci» mi vorrei preoccupare della «legge dei padrini

politici», cioè di coloro che incancreniscono la sanità nell'invaderne le competenze costituzionali di tutela del sacrosanto diritto alla salute.

Quindi, concentro la mia attenzione su due aspetti della sua relazione che sono estremamente significativi. In primo luogo, nell'elencazione di tutte le attività che il suo Comando ha portato avanti, lei ha fatto riferimento anche alle gare di appalto artefatte. Noi sappiamo che questa è una terra incognita perché i risultati in termini di recupero di risorse da voi straordinariamente conseguiti probabilmente rappresentano soltanto la punta di un *iceberg* di un fenomeno drammaticamente diffuso.

I relatori della nostra inchiesta sui fenomeni della corruzione, i senatori Cosentino e Bianconi, nella relazione che ci hanno presentato come schema di osservazione hanno fatto riferimento a due fenomeni degenerativi delle gare di appalto: il primo è l'uso o meglio l'abuso delle proroghe che consente il compiacimento nei confronti di situazioni conniventi; il secondo è l'utilizzo delle associazioni temporanee di imprese che, come un sistema di scatole cinesi, determina un oligopolio in questo settore.

Ciò detto, vorrei sapere se sulla base dell'esperienza maturata in questi anni lei ha potuto verificare che questo sistema, che crea quasi una cappa omertosa nel settore della sanità, viene infranto dando luogo all'attività straordinaria del suo Comando e viene stimolato dalle attività della magistratura (dimostrando quindi che vi è un'azione più repressiva che preventiva), dalle segnalazioni disperate delle imprese sane che si trovano lese nel loro diritto alla concorrenza oppure dai nuclei ispettivi regionali che dovrebbero avere la funzione di verifica e di controllo; questa sarebbe almeno una spia, un termometro, di una qualche funzionalità nel sistema complessivo di controllo. Vorrei capire, sulla base della sua esperienza, come si può sradicare il fenomeno delle gare di appalto truccate nel settore della sanità.

In secondo luogo, è stato posto un quesito drammaticamente importante: se esistono i controlli sulla sanità nelle Regioni. Le chiedo, signor generale, se sulla base della sua esperienza può tentare di rispondere a tale domanda, valutando se nel panorama regionale del nostro Paese le leggi istitutive dei controlli regionali della sanità esistono, se sono efficaci o se sono buone sulla carta ma nei fatti non vengono applicate per convenienze di diverso genere.

Infine, vorrei sapere se lei ha avuto sentore di esperienze positive a seguito di eventuali convenzioni che le Regioni possono contrarre con la professionalità del comando dei NAS. Attraverso queste convenzioni le Regioni, almeno quelle «sane», conferiscono ai NAS una funzione di controllo vero, reale, efficace ed effettivo sul settore della sanità. Vorrei sapere dunque se queste convenzioni esistono e se hanno apportato sin qui fenomeni positivi di efficacia.

GRAMAZIO (*PdL*). Signor Presidente, l'audizione di oggi ci dà spazio per poter confrontare l'attività dei NAS ad ogni livello. Sicuramente apprezziamo il lavoro che i NAS svolgono a tutela non solo del Servizio sanitario, ma della salute stessa. Noi spesso plaudiamo quando leggiamo

che alimenti contraffatti sono stati sequestrati a seguito di queste iniziative di controllo dei NAS.

Mi vorrei soffermare su due aspetti: l'intervento dei NAS su ordine della magistratura ordinaria e della magistratura amministrativa. Penso, ad esempio, ad un intervento di questi giorni a Roma, con il sequestro delle cartelle cliniche al San Camillo-Forlanini; si parla addirittura di 700 cartelle cliniche. Quando penso a questi sequestri, penso che il NAS deve poi operare per spiegare queste cartelle cliniche, che finiscono negli uffici, e penso a quanti operatori dei NAS sono assorbiti da tale lavoro. Pensando poi alle sole 1.000 unità, comprendo quello che senza dubbio avviene: minore utilizzo di operatori in questo senso per i controlli che spettano ai NAS.

Vorrei ora sottolineare, come ha fatto la collega Poretti, il problema delle RSA. Si tratta di un problema che sicuramente vivete diversamente Regione per Regione, perché i regolamenti, le leggi e le delibere danno finalità diverse da Regione a Regione. Noi abbiamo la necessità di conoscere il vostro intervento, non solo sulla base delle denunce dei parenti. Infatti i NAS non possono effettuare controlli a tappeto nelle RSA di tutta Italia; essi quindi intervengono sulla base delle denunce, che arrivano anonime, che vengono presentate alle stazioni dei Carabinieri dei singoli territori o che vengono presentate alla magistratura, la quale poi incarica i NAS di effettuare i controlli. Spesso però c'è confusione tra RSA, casa di cura e casa di riposo. Questa confusione, che noi viviamo adesso nel controllo, avendo sentito in questi giorni come Commissione le varie campagne regionali, crea anche un'attenzione diversa. Noi abbiamo l'interesse a verificare come funzionano le RSA; però nelle RSA si confondono questi ruoli. Quando ciò accade, l'operatore NAS a che cosa fa riferimento? Verifica solo se la donna viene trattata male, se l'anziano non si può muovere, se le medicine sono scadute, se l'alimentazione è insufficiente o se l'operatore che lavora in quella struttura è privo di particolari e specifiche professionalità? Quindi c'è tutto, di tutto e contro tutto.

Le domande che pongo riguardano l'attenzione che sicuramente va rivolta sia da parte nostra, come Commissione di indagine, che da parte delle Regioni, per le proprie competenze. Alcune Regioni stabiliscono ad esempio qual è il totale di RSA che servono sul territorio. Non si fanno le gare, come diceva prima il collega Saccomanno: chi arriva prima e ha una clinica o una palazzina la trasforma in struttura per anziani o in struttura di ricovero. Anche da questo punto di vista bisogna verificare come funziona il sistema e come funzionano i controlli. Una delle cose che mi ha colpito – ma già lo sapevo – è che il nucleo del NAS in Italia è insufficiente. Io proporrò alla Commissione, alla fine di questa indagine, di avanzare una richiesta o una segnalazione affinché anche il Senato nel suo complesso intervenga al fine di potenziare ulteriormente il nucleo, anche perché le competenze non sono più quelle di cinque o sei anni fa, ma si sono allargate notevolmente. Penso ai farmaci o all'alimentazione; sono tutti servizi che il NAS svolge solo con 1.000 uomini. Noi vi facciamo sicuramente i nostri elogi per il lavoro che svolgete; però sappiamo anche

che, nelle attuali necessità, ci deve essere un lavoro sul territorio molto più forte. L'insufficienza degli uomini può permettere quello che avviene nel settore sanitario, nel settore dell'alimentazione o nel settore dei farmaci.

*SUI LAVORI DELLA COMMISSIONE*

GRAMAZIO (*PdL*). Signor Presidente, data l'importanza dell'audizione odierna, chiedo che venga prevista un'altra seduta in cui i senatori che oggi non hanno avuto la possibilità di intervenire possano formulare i loro quesiti ed il generale Piccinno possa fornire le risposte.

PRESIDENTE. Senatore Gramazio, la Presidenza si attiverà con il Comandante del nucleo dei NAS, in modo da concordare una nuova audizione nella quale potranno essere fornite le risposte alle domande che sono state formulate e si potrà completare il dibattito.

Allo stesso tempo, vorrei chiedere ai due relatori, il senatore Gramazio e la senatrice Poretti, di attivarsi per preparare un itinerario di sopralluoghi da sottoporre alla Commissione.

Essendo oggi presente il *quorum* di cui all'articolo 11, comma 2, del Regolamento interno, propongo alla Commissione di attivare i poteri dell'articolo 82 della Costituzione, ai fini dello svolgimento di questi sopralluoghi, anche a sorpresa ove lo si reputerà necessario. Se non vi sono obiezioni, così rimane stabilito.

Ringrazio i nostri ospiti e rinvio il seguito dell'audizione ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 15,10.*



