

Legislatura 16^a - 12^a Commissione permanente - Resoconto sommario n. 260 del 14/06/2011

IGIENE E SANITA' (12^a)

MARTEDÌ 14 GIUGNO 2011

260^a Seduta

Presidenza del Presidente

TOMASSINI

indi del Vice Presidente

GRAMAZIO

Intervengono il sottosegretario di Stato per la salute Eugenia Maria Roccella e il sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri Belsito.

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, la professoressa Miriam Guana e la dottoressa Antonella Cinotti, rispettivamente presidente e vice presidente della Federazione nazionale Collegi Ostetriche (FNCO).

La seduta inizia alle ore 14,30.

IN SEDE CONSULTIVA SU ATTI DEL GOVERNO

Schema di piano sanitario nazionale 2011-2013 (n. 370)

(Parere al Ministro per i rapporti con il Parlamento, ai sensi dell'articolo 1, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Esame e rinvio.)

Il relatore, senatore **CALABRO'** (PdL), fa presente preliminarmente che lo schema di Piano sanitario nazionale 2011-2013 è stato trasmesso alle Camere (corredato dai pareri delle confederazioni sindacali maggiormente rappresentative) ai sensi dell'articolo 1, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. Quest'ultimo dispone un obbligo di motivazione per i casi in cui il Governo, nell'adozione definitiva (d'intesa con la Conferenza unificata Stato-regioni-province autonome-città ed autonomie locali) del Piano, si discosti dal parere espresso dalle Commissioni parlamentari competenti per materia.

Lo schema in esame formula, nel capitolo 1 e, in particolare, nel paragrafo 1.5, una valutazione generale del sistema sanitario italiano.

Si afferma che esso, contraddistinto "dall'unicità dell'assicuratore pubblico e dalla compresenza equilibrata seppur variabile di erogatori pubblici e privati, si colloca in una posizione di assoluto rispetto nelle graduatorie internazionali circa la tutela della salute della popolazione, la qualità complessiva delle prestazioni ed il livello di spesa in rapporto al prodotto interno lordo". Il documento rileva altresì che, secondo le statistiche OCSE, il tasso in Italia della spesa sanitaria, pubblica e privata, in rapporto al PIL (8,9 per cento) si colloca ad un livello di poco superiore a Regno Unito e Spagna, ma al di sotto

di Francia e Germania.

Di fronte a tale "valutazione favorevole", in termini di costo-benefici, emergono - afferma lo schema di Piano - "seri elementi di criticità", quali: l'inappropriatezza di alcune prestazioni, come il ricorso improprio - soprattutto in alcune regioni - ai ricoveri ospedalieri ed al pronto soccorso, "dovuto all'organizzazione ancora insufficiente della medicina generale e al livello medio dei servizi territoriali e di assistenza domiciliare integrata"; le lunghe liste di attesa; l'ingiustificato livello di spesa farmaceutica per abitante in alcune regioni; un livello qualitativo dei servizi sanitari molto differenziato, circostanza che spinge spesso i cittadini a rivolgersi alle strutture di regioni diverse da quella di residenza, al fine di usufruire di cure adeguate. In questo quadro generale, occorre tener conto - ricorda il documento - anche dei fattori negativi, in specie nel lungo periodo, per la spesa sanitaria, rappresentati dall'invecchiamento della popolazione e dall'incremento delle patologie croniche; peraltro, il medesimo progresso della medicina, pur elevando il livello delle cure, tende a determinare un aumento dei costi.

Le azioni per lo sviluppo del Servizio sanitario nazionale sono individuate nel capitolo 2 nei seguenti termini: sviluppo della prevenzione; azioni per il controllo dei determinanti ambientali; azioni per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro; miglioramento della sanità pubblica veterinaria e del benessere animale; sinergie per la sicurezza degli alimenti e della nutrizione; ricorso alla valutazione d'impatto sulla salute (*health impact assessment*), intesa a rilevare gli effetti, positivi e negativi, sullo stato di salute della popolazione, derivanti da politiche o progetti, in settori anche non sanitari (quali l'ambiente, l'urbanistica, i trasporti o la viabilità); perseguimento dell'integrazione, nelle attività di diagnosi e di cura, tra le strutture ospedaliere, gli ambulatori, i laboratori, l'assistenza erogata dai medici di base e quella domiciliare; miglioramento degli interventi riabilitativi; ricorso a procedure di valutazione delle conseguenze assistenziali, economiche, sociali ed etiche provocate dalle tecnologie sanitarie (*health technology assessment*); investimenti per l'ammodernamento strutturale e tecnologico del Servizio sanitario nazionale.

Riguardo alla suddetta integrazione nelle attività di diagnosi e di cura, il documento sostiene, tra l'altro, che la continuità delle cure debba essere garantita, già durante il ricovero ospedaliero, da un'attività di valutazione "multidimensionale", la quale prenda in esame sia le condizioni cliniche sia quelle socio-assistenziali del paziente, allo scopo di definire, in accordo con il medico di base e durante il ricovero stesso, il percorso assistenziale più idoneo. Lo schema di Piano osserva altresì che l'organizzazione territoriale può comprendere "posti letto territoriali/servizi residenziali" gestiti da medici di base e da personale infermieristico, all'interno di apposite strutture di cure intermedie.

I livelli essenziali di assistenza sono oggetto del capitolo 3 dello schema di Piano, in cui si afferma l'esigenza sia di un processo di aggiornamento dei medesimi - nonché delle condizioni di "appropriatezza" o "non appropriatezza" nell'erogazione delle relative prestazioni - sia di un monitoraggio sull'attuazione. Il documento si sofferma in particolare sul problema delle liste d'attesa e individua, al riguardo, dieci obiettivi da raggiungere nel triennio 2011-2013 (paragrafo 3.1.1).

Il capitolo 4 concerne alcune "tematiche di sistema" (ricerca ed innovazione sanitaria, applicazione della tecnologia dell'informazione e della comunicazione in ambito sanitario, assistenza farmaceutica, dispositivi medici, accreditamento delle strutture di offerta, assistenza sanitaria nel settore materno-infantile ed in favore degli anziani), mentre le successive parti del documento riguardano, in prevalenza, aspetti metodologici o di settore.

Il senatore **COSENTINO** (PD) rinnova la richiesta - già avanzata nella seduta del 17 maggio scorso durante l'indagine conoscitiva sulla Croce Rossa Italiana - che la Commissione possa accedere ai dati riguardanti il Programma Nazionale Esiti (PNE), ritenendo che una mancata disponibilità del Ministro ad accogliere tale richiesta possa determinare una grave violazione delle prerogative della stessa Commissione. Difatti, la disponibilità di queste informazioni consentirebbe alla Commissione di offrire un contributo più incisivo nel merito del Piano sanitario nazionale di cui si è avviato l'esame.

Esprime quindi l'auspicio che il Presidente possa farsi interprete di questa esigenza, segnalando al Ministro della salute la rilevanza della richiesta formulata.

Il **PRESIDENTE** fa presente al senatore Cosentino di aver avuto dei contatti di natura informale con lo stesso Ministro per quanto riguarda l'accesso al Programma Nazionale Esiti; non ha alcuna obiezione a che tale richiesta possa essere rinnovata, sebbene non vadano trascurate le difficoltà che potrebbero aversi nell'accesso a dati che sono nella concreta disponibilità delle stesse Regioni.

Il senatore **COSENTINO** (*PD*) ribadisce l'estrema rilevanza di tale richiesta, sostenendo che una risposta negativa da parte del competente Dicastero aprirebbe una questione di rilievo istituzionale dal momento che, a suo giudizio, si determinerebbe una grave violazione delle stesse prerogative costituzionali riservate al Parlamento ed alla Commissione che deve essere posta nelle condizioni di poter disporre di dati ed informazioni così importanti. Ritiene pertanto che, coinvolgendo principi di ordine costituzionale così fondamentali, una mancata disponibilità dello stesso Ministro a dare seguito alla richiesta della Commissione dovrebbe essere portata all'attenzione del Capo dello Stato.

Inoltre, occorrerebbe che lo stesso Ministro della salute si rendesse disponibile ad un'audizione sui contenuti dello stesso Piano sanitario nazionale, audizione che sarebbe a supporto della richiesta di dati che è stata in precedenza richiamata. Qualora, invece, la richiesta di accesso al PNE non fosse accolta, la stessa audizione del Ministro avrebbe inevitabilmente caratteri diversi.

Il **PRESIDENTE** rassicura il senatore Cosentino che si farà carico di rappresentare al Ministro della salute le considerazioni prospettate sia in merito alla rilevanza dell'accesso ai dati del PNE sia con riguardo all'audizione dello stesso Ministro per quanto attiene ai contenuti del Piano sanitario nazionale, audizione che potrebbe svolgersi già nella seduta di domani o in alternativa nel pomeriggio di martedì 21 giugno. Tiene comunque a precisare che l'accesso a dati che sono affidati alla disponibilità delle Regioni dev'essere valutata con estrema attenzione, visti i numerosi conflitti che si sono innescati in tale ambito. A tale riguardo ricorda, ad esempio, che la Conferenza dei Presidenti delle Regioni espresse, in un documento illustrato alla Commissione da alcuni tecnici, un parere sostanzialmente critico e negativo su un'importante iniziativa legislativa, quale quella diretta al riordino del Servizio farmaceutico.

Il seguito dell'esame è quindi rinviato.

IN SEDE CONSULTIVA

Schema di decreto legislativo recante meccanismi sanzionatori e premiali relativi a regioni, province e comuni (n. 365)

(Osservazioni alla Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale. Esame e rinvio)

Il **PRESIDENTE** ricorda preliminarmente che l'esigenza di designare un correlatore del provvedimento in titolo, scelto tra le file dell'opposizione, verrà rimessa anche alle valutazioni dell'Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi, convocato alle ore 15,45.

Il relatore, senatore **CALABRO'** (*PdL*), illustra lo schema di decreto legislativo recante una serie di meccanismi sanzionatori e premiali con riferimento all'amministrazione degli enti territoriali (regioni, province e comuni). Sullo schema in esame non è stata raggiunta l'intesa in sede di Conferenza unificata Stato-regioni-province autonome-città ed autonomie locali; lo schema è stato, di conseguenza, trasmesso alle Camere insieme con una relazione deliberata dal Consiglio dei Ministri (in base alla procedura prevista dalla disciplina di delega).

Il Capo I disciplina i meccanismi sanzionatori: l'articolo 1 prevede che le regioni assoggettate, nella legislatura (regionale) in corso alla data di entrata in vigore del presente decreto o in una legislatura successiva, ad un piano di rientro dal disavanzo sanitario siano tenute a redigere un inventario di fine legislatura. Quest'ultimo deve risultare certificato dagli organi di controllo interno regionale entro venti giorni dal provvedimento di indizione delle elezioni.

La redazione del suddetto inventario è, invece, facoltativa per le altre regioni.

L'articolo 2 introduce la fattispecie di "grave dissesto finanziario", con riferimento ad alcune ipotesi di mancata redazione o attuazione, da parte della regione, del piano di rientro dal disavanzo sanitario e di conseguente incremento delle aliquote fiscali. Si rientra nella nozione di "grave dissesto finanziario" soltanto qualora si verificano congiuntamente le ipotesi di cui alle lettere *a)*, *b)*, e *c)* del comma 1.

Alla fattispecie in esame - considerata "grave violazione di legge" ai sensi dell'articolo 126, primo comma, della Costituzione - consegue la proposta di rimozione del Presidente della Giunta regionale (proposta che il Presidente del Consiglio formula al Presidente della Repubblica secondo la procedura di cui al comma 3 del presente articolo 2). Il Presidente rimosso è interdetto da qualsiasi carica in enti vigilati o partecipati da enti pubblici per un periodo di dieci anni. Occorrerebbe forse meglio specificare la nozione di "carica" nonché l'ambito degli enti (o amministrazioni) interessati. Inoltre, qualora, entro dieci anni dalla rimozione, il medesimo soggetto si presenti a qualsiasi carica pubblica elettiva, al partito politico, lista o coalizione interessato è decurtato del trenta per cento il rimborso per le spese elettorali relative alla campagna per il rinnovo del Consiglio regionale. Sembra di intendere che la riduzione del rimborso riguardi il rinnovo del Consiglio della regione dalla presidenza della cui Giunta fosse stato rimosso il soggetto in esame. Occorrerebbe forse chiarire i criteri di individuazione temporale del rinnovo interessato dalla riduzione del rimborso e se il termine di dieci anni (decorrente dalla rimozione) sia posto con riferimento alla data di presentazione della candidatura oppure alla data di svolgimento dell'elezione.

La fattispecie di "grave dissesto finanziario" determina altresì - in base al successivo articolo 3 - la decadenza dei direttori generali, amministrativi e sanitari degli enti ed aziende del Servizio sanitario regionale, nonché di quelli dell'assessorato regionale competente, previa verifica delle rispettive responsabilità del dissesto. Ai soggetti così rimossi si applica anche l'interdizione da qualsiasi carica in enti vigilati o partecipati da enti pubblici per un periodo di tempo da sette a dieci anni.

Come detto, occorrerebbe forse meglio specificare la nozione di "carica" nonché l'ambito degli enti (o amministrazioni) interessati. Si osserva, inoltre, che la norma prevede la decadenza dei direttori summenzionati "previa verifica delle rispettive responsabilità del dissesto", mentre la disciplina, ivi richiamata, di cui all'articolo 2, comma 79, lettera a), della legge 23 dicembre 2009, n. 191, contempla la decadenza automatica dei medesimi, per alcune fattispecie (mancata predisposizione del piano di rientro dal disavanzo sanitario o presentazione di un piano inadeguato); queste ultime, in parte, si sovrappongono alle ipotesi rientranti nella nozione di "grave dissesto finanziario". Occorrerebbe forse porre un coordinamento normativo più chiaro, nonché definire una procedura, ai fini della rimozione dei direttori in oggetto.

Gli altri articoli del Capo I non appaiono di diretto interesse per la presente Commissione, in quanto essi riguardano le province ed i comuni, nonché il patto di stabilità interno degli enti territoriali (patto distinto dal "patto per la salute").

Il Capo II definisce i meccanismi premiali: l'articolo 8 e l'articolo 9, comma 1, concernono il suddetto patto di stabilità interno, mentre il comma 2 dell'articolo 9 prevede che, entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente decreto, l'Osservatorio dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture indichi alle regioni i prezzi di riferimento alle condizioni di maggiore efficienza dei beni, prestazioni e servizi, sanitari e non sanitari, individuati, da parte dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, tra quelli di maggiore impatto, in termini di costo a carico del Servizio sanitario nazionale. Si dispone che, qualora gli acquisti si discostino dai suddetti prezzi di riferimento, il legale rappresentante dell'ente ne faccia segnalazione alla Corte dei conti. La formulazione dei prezzi di riferimento è contemplata dal presente comma 2 nelle more del perfezionamento delle attività riguardanti la determinazione annuale - da parte del medesimo Osservatorio - di costi standardizzati per tipo di servizio e fornitura. Occorrerebbe forse specificare se l'obbligo summenzionato di segnalazione sussista anche in questa successiva fase.

Il comma 3 dell'articolo 9 prevede la definizione, secondo la procedura ivi stabilita, di forme premiali, applicabili a decorrere dal 2012, a valere sulle risorse ordinarie per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, per le regioni che istituiscano una centrale regionale per gli acquisti e l'aggiudicazione di procedure di gara per l'approvvigionamento di beni e servizi, per un volume annuo non inferiore ad un determinato importo. Si rileva, sotto il profilo letterale, che la locuzione "entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto legislativo" non è adoperabile in sede di novella.

Gli articoli 10 e 12 prevedono meccanismi premiali per le azioni di contrasto dell'evasione fiscale, mentre l'articolo 11 concerne alcuni profili della collaborazione tra lo Stato e le province nella gestione di tributi.

Il Capo III è costituito dal solo articolo 13, il quale specifica che il presente schema si applica alle regioni a statuto speciale ed agli enti locali rientranti nelle stesse, secondo le procedure ed i tempi stabiliti dall'articolo 27 della Legge 5 maggio 2009, n. 42 (che fa riferimento, in via preliminare, all'adozione di norme di attuazione degli statuti speciali delle suddette regioni).

Auspica infine che la Commissione possa fornire un utile contributo sugli argomenti indicati nel provvedimento illustrato.

Il seguito dell'esame è quindi rinviato.

SULLA PUBBLICITA' DEI LAVORI

Il **PRESIDENTE** comunica che è stata chiesta la trasmissione audiovisiva a circuito chiuso per la procedura che sta per iniziare e che la Presidenza del Senato ha già preventivamente fatto conoscere il proprio assenso. Inoltre, della stessa procedura sarà pubblicato il resoconto stenografico.

La Commissione prende atto.

PROCEDURE INFORMATIVE

Seguito dell'indagine conoscitiva sul percorso nascita e sulla situazione dei punti nascita con riguardo all'individuazione di criticità specifiche circa la tutela della salute della donna e del feto e sulle modalità di esercizio dell'autodeterminazione della donna nella scelta tra parto cesareo o naturale. "NASCERE SICURI": audizione di esperti

Riprende l'indagine conoscitiva sospesa nella seduta del 7 giugno scorso.

La professoressa GUANA, dopo aver espresso il proprio apprezzamento per l'indagine conoscitiva avviata dalla Commissione, illustra l'esperienza dei corsi di preparazione al parto negli ospedali e nelle diverse realtà territoriali, con particolare riferimento al loro numero, al tasso di adesione, alle criticità emerse e agli aspetti qualitativi. In particolare, evidenzia come solo il 35,5 per cento delle donne in gravidanza partecipa ai corsi di accompagnamento alla nascita e come le donne acquisiscono informazioni su tali corsi dai familiari, amiche, ostetriche e consultori familiari. I fattori che facilitano la partecipazione delle donne dipendono dalla possibilità di essere seguite dall'ostetrica, dal livello d'istruzione e di occupazione, nonché dalla età.

Un altro aspetto rilevante è costituito dalla promozione dell'allattamento al seno che rientra tra le competenze ed i doveri dell'ostetrica, attraverso un adeguato percorso formativo teorico-pratico. E' infatti condiviso a livello internazionale che l'allattamento al seno comporta dei vantaggi per la salute sia della madre che del bambino. Anche l'assistenza alla fase *post partum* richiede notevole attenzione poiché si tratta di un momento caratterizzato da forti emozioni e cambiamenti fisici. In tale contesto, ricorda come nel passato la figura dell'ostetrica condotta aveva un ruolo sociale sul territorio e nella comunità, costituendo il punto di riferimento per la donna. Negli ultimi anni le ostetriche, i ginecologi ed i pediatri stanno sostenendo modelli assistenziali diretti ad un'adeguata presa in carico della madre e del bambino dopo la dimissione ospedaliera.

La dottoressa CINOTTI espone la situazione delle case da parto sul territorio nazionale, ricordando come alcune aziende hanno creato spazi diversi da quelli ospedalieri, denominati case di maternità. In tal senso, la FNCO si rende disponibile a realizzare un'indagine quantitativa e qualitativa su tali strutture, di cui un esempio apprezzabile è rappresentato dal centro nascita Margherita dell'Azienda ospedaliero-universitaria Careggi di Firenze. Infatti, tale centro nascita ad oggi rappresenta l'unico modello operante a totale autonomia gestionale dell'ostetrica.

Il senatore **GRAMAZIO** (PdL) ricorda che il Ministero della salute ha promosso una campagna specifica in favore dell'allattamento al seno, campagna intorno alla quale devono essere sviluppate idonee iniziative da parte delle stesse strutture ospedaliere.

Nel chiedere ulteriori ragguagli ai soggetti auditi su tale argomento, ricorda come in passato anche l'ARES Lazio si fece artefice di tale sensibilizzazione, contribuendo ad invertire una impostazione che in precedenza metteva più in luce i rischi dell'allattamento al seno.

La senatrice **BASSOLI** (PD) ritiene utile che anche i rappresentanti della FNCO avanzino suggerimenti su come promuovere la partecipazione e la diffusione di corsi di preparazione al parto, i quali, come appreso nella seduta odierna, registrano una percentuale ancora troppo bassa di adesione soprattutto nelle Regioni meridionali. Occorrerebbe, peraltro, comprendere se soprattutto nel Mezzogiorno vi sia anche una carenza delle stesse strutture consultoriali necessarie a diffondere questo tipo di servizio.

Per quanto riguarda le case di maternità il contributo della FNCO potrebbe essere prezioso per disporre finalmente di un censimento di tali strutture anche per comprendere come sono organizzate, disciplinate e come realmente esse funzionano. A tal fine, chiede al Presidente di estendere tale richiesta al Ministero della salute che al fine di sapere se esperienze di questo tipo consentano effettivamente alle donne di partorire nelle migliori condizioni di salute e benessere.

Il senatore **GUSTAVINO** (UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI), dopo aver espresso apprezzamento verso le campagne per l'allattamento al seno - con l'avvertenza che le stesse non devono in qualche modo innescare pericolosi fondamentalismi o colpevolizzazioni verso quelle donne che non possono allattare - sottolinea come, anche nel corso di questa audizione, siano state segnalate le profonde differenze regionali, differenze che non sempre sono spiegabili con ragioni di tipo economico. Nel merito, chiede il contributo dei rappresentanti della FNCO per comprendere in che modo le ostetriche possano partecipare alla certificazione dei punti nascita e se sono praticabili corsi di preparazione al parto a distanza, anche attraverso *internet*.

Il **PRESIDENTE**, dopo aver espresso il proprio apprezzamento nei confronti delle considerazioni espresse dalla FNCO nella seduta odierna, ricorda come qualunque parto possa dichiararsi spontaneo solo dopo che è avvenuto, trattandosi di un evento che fino all'ultimo non è esente da rischi e complicanze.

Per quanto concerne l'esperienza delle case della maternità, concorda sul livello di eccellenza del centro nascita Margherita di Firenze; **tuttavia, occorre verificare il costo** e la domanda di questo tipo di servizio, per valutare se esso è in grado di dare quella particolare assistenza che le donne in gravidanza richiedono.

Ritiene condivisibile che prosegua la sensibilizzazione nei confronti dell'allattamento al seno, evitando di colpevolizzare quelle donne che sono impossibilitate ad allattare il proprio bambino. Esprime quindi un giudizio favorevole nei confronti dei corsi di preparazione al parto, anche se occorre monitorare la loro adeguatezza qualitativa e soprattutto la capacità di formare un'alleanza tra l'assistente e la donna, alleanza che dovrebbe essere mantenuta durante tutto il percorso.

Rassicura infine la senatrice Bassoli, che, anche per il tramite dei consulenti della procedura informativa, si farà carico di richiedere al Ministro della salute maggiori elementi informativi sulle case di maternità, sulla campagna di allattamento al seno e sui corsi di preparazione al parto.

La professoressa GUANA evidenzia come la campagna in favore dell'allattamento al seno dimostri come sia necessaria la formazione professionale dei soggetti coinvolti, anche nell'ottica di un percorso olistico, nel quale si valorizzino sia i profili di salute che quelli di natura emozionale e psicologica.

Per quanto riguarda poi i corsi di accompagnamento alla nascita rappresenta un indubbio vantaggio il fatto che siano state emanate di recente delle apposite linee guida sulla gravidanza fisiologica.

La dottoressa CINOTTI, nel ribadire come il rispetto della volontà della donna sia basilare, osserva come la parto-analgesia richieda operatori preparati e competenti, mentre l'insorgenza di complicanze e rischi nella fase del parto giustifica che l'assistenza sia il più possibile curata.

Conferma la disponibilità della FNCO a collaborare nel prosieguo dell'indagine conoscitiva, segnalando l'esigenza di prestare la dovuta attenzione anche alla fase *post partum*.

Il **PRESIDENTE** comunica che la documentazione fornita dai soggetti auditi sarà disponibile per la pubblica consultazione.

La Commissione prende atto.

Il **PRESIDENTE**, dopo aver ringraziato i soggetti auditi per il contributo dato ai lavori della Commissione, dichiara quindi chiusa l'audizione e rinvia il seguito dell'indagine conoscitiva.

Il seguito dell'indagine conoscitiva è quindi rinviato.

La seduta termina alle ore 15,55.