

**COMMISSIONE PARLAMENTARE
PER L'INFANZIA**

RESOCONTO STENOGRAFICO

INDAGINE CONOSCITIVA

1.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 25 SETTEMBRE 2003

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE ANTONIO MONTAGNINO

**COMMISSIONE PARLAMENTARE
PER L'INFANZIA****RESOCONTO STENOGRAFICO****INDAGINE CONOSCITIVA**

1.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 25 SETTEMBRE 2003

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE ANTONIO MONTAGNINO

INDICE

	PAG.
Comunicazioni del presidente:	
Montagnino Antonio, <i>Presidente</i>	3
Sulla pubblicità dei lavori:	
Montagnino Antonio, <i>Presidente</i>	3
INDAGINE CONOSCITIVA SULLA COPER- TURA VACCINALE IN ETÀ PEDIATRICA E SULLA OSPEDALIZZAZIONE DEI BAMBINI AFFETTI DA MALATTIE IN- FETTIVE	
Audizioni del professor Alfredo Guarino, Pre- sidente della Società italiana di infettivolo- gia pediatrica (SIIP) e del professor Giu- seppe Giammanco, Professore ordinario di igiene presso all'Università di Catania:	
Montagnino Antonio, <i>Presidente</i> 3, 4, 7, 10, 12, 15	
De Franciscis Alessandro (Misto-UDEUR- PPE)	3, 11
Giammanco Giuseppe, <i>Professore ordinario di igiene presso l'Università di Catania</i>	7, 14
Guarino Alfredo, <i>Presidente della Società italiana di infettivologia pediatrica (SIIP)</i> .	4, 13

**PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE
ANTONIO MONTAGNINO**

La seduta comincia alle 13.

Comunicazioni del presidente.

PRESIDENTE. Comunico che, avendo acquisito le preve intese di cui all'articolo 144 del regolamento della Camera e dell'articolo 48 del regolamento del Senato, il programma dell'indagine conoscitiva sulla copertura vaccinale in età pediatrica e sulla ospedalizzazione dei bambini affetti da malattie infettive si intende integrato con l'audizione del professor Giuseppe Giammanco, Professore ordinario di igiene presso all'Università di Catania.

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che la pubblicità dei lavori della seduta odierna verrà assicurata anche attraverso impianti audiovisivi a circuito chiuso.

Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

(Così rimane stabilito).

Audizioni del professor Alfredo Guarino, Presidente della Società italiana di infettivologia pediatrica (SIIP) e del pro-

fessor Giuseppe Giammanco, Professore ordinario di igiene presso l'Università di Catania.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla copertura vaccinale in età pediatrica e sulla ospedalizzazione dei bambini affetti da malattie infettive, le audizioni del professor Alfredo Guarino, presidente della società italiana di infettivologia pediatrica (SIIP) e del professor Giuseppe Giammanco, professore ordinario di igiene presso l'università di Catania.

ALESSANDRO DE FRANCISCIS. Signor presidente, mi consenta di intervenire brevemente in apertura dei lavori odierni, a proposito dell'indagine conoscitiva in corso. Ricordo in merito che, in occasione della riunione dell'ufficio di presidenza di questa Commissione, integrata dai rappresentanti dei gruppi, tenutasi in data 4 febbraio, veniva costituito — ciò che rappresentava una novità per la Commissione medesima — un gruppo di lavoro avente ad oggetto la salute dei bambini in generale, che la presidente onorevole Maria Burani Procaccini chiese al sottoscritto di coordinare. Abbiamo svolto quella attività, insieme con il senatore Rotondo, con l'auspicio di ottenere sviluppi concreti inerenti al problema in esame. Esprimiamo, pertanto, la nostra soddisfazione nell'inaugurare questa nuova indagine conoscitiva, e nell'entrare *in medias res*. Abbiamo anche l'ambizione, per la piccola parte di attività che svolgiamo, di ricordare — mentre ci

uniamo ai ringraziamenti resi dalla presidenza ai primi ospiti auditi —, che lo spettro di attenzione del nostro lavoro è molto ampio ed articolato. Siamo perciò grati ai Presidenti dei due rami del Parlamento per averci autorizzato a procedere in materia; tuttavia, ritenendo restrittivo il termine « copertura vaccinale », auspichiamo di ampliare l'oggetto di indagine e gli aspetti critici correlati, sino a coprire interamente la problematica delle malattie infettive infantili, compresi ovviamente i profili attinenti alle vaccinazioni, strumenti fondamentali di prevenzione.

Ci auguriamo, dunque, che, nel muoverci secondo una prospettiva più ampia, i due ospiti qui presenti e quelli che successivamente verranno auditi dalla Commissione possano fornirci suggerimenti utili ad integrare i nostri programmi di lavoro, la cui conclusione, prevista alla fine di dicembre, dovrebbe accompagnarsi con la redazione di un documento finale.

Chiedo pertanto alla presidenza di procedere all'acquisizione progressiva di documenti o di eventuali contributi che gli auditi ci trasmetteranno, ritenendo fondamentale, come coordinatore del gruppo di lavoro sulla salute dei bambini, poter documentare, al Parlamento prima di tutto e poi alle autorità statali e regionali pertinenti nel settore, quanto sarà detto e promuovere iniziative significative a partire da alcune proposte che collegialmente presenteremo.

PRESIDENTE. Ringrazio l'onorevole De Franciscis, per le argomentazioni pertinenti ed utili portate all'attenzione della Commissione; ritengo, in ogni caso, che un'indagine conoscitiva su un tema così rilevante sia comunque finalizzata alla formulazione di una proposta tesa a modificare eventuali carenze presenti nell'utilizzo degli strumenti a tutela della salute infantile. La richiesta si intende pertanto accolta, non ritenendo che la presidente Maria Burani Procaccini, da me sostituita nella seduta odierna, possa essere contraria a questo accoglimento. Do immediatamente la parola al professor Alfredo Guarino affinché ci illustri la sua relazione.

ALFREDO GUARINO, Presidente della Società italiana di infettivologia pediatrica (SIIP). Ringrazio in primo luogo la Commissione per la sensibilità dimostrata di fronte a problemi in parte accantonati in questi anni. Esiste una spettacolarizzazione — di cui siamo consapevoli — nel campo delle malattie, la quale fa sì che ci sia molta attenzione verso alcune patologie rare, estreme e alle loro implicazioni (si pensi ai trapianti combinati), mentre se ne sottacciano molte altre, molto più frequenti, ad elevata valenza, capaci di colpire sia la vita dei cittadini sia la psicologia dei bambini e delle loro famiglie. Le infezioni sono cambiate negli ultimi anni e sono divenute meno gravi. Esse, in compenso, rimangono estremamente frequenti. Vorrei ricordare alcuni dati: le due infezioni più frequenti sono senz'altro le infezioni acute dell'apparato respiratorio e dell'apparato gastroenterico. Un bambino al di sotto dei tre anni di vita va incontro ad un episodio di gastroenterite ogni anno. Sono 40 mila i bambini che vengono ospedalizzati per gastroenterite acuta.

L'impatto sui costi è impressionante: si stima che quelli legati all'ospedalizzazione per la sola gastroenterite acuta siano pari a circa 60 milioni di euro all'anno. Ci sono, poi, i costi non legati all'ospedalizzazione. Essi sono rappresentati dai circa 800 mila casi di gastroenterite per anno, stimati nell'ordine di circa 500 milioni di euro. Bisogna tener conto che un bambino a casa necessita dell'assistenza dei genitori, che, pertanto, non vanno al lavoro.

Abbiamo, perciò, a che fare con problemi che sono considerati — a torto — banali, mentre non lo sono poiché frequenti e poiché colpiscono la vita dei bambini e quella delle loro famiglie.

Oltre a tali problemi ve ne sono altri, legati a nuove malattie — ad esempio l'AIDS — che in Italia ha colpito un numero elevatissimo di bambini stimato in oltre 1500, di cui circa 700 sono morti.

Vi sono, ancora, altri problemi, legati — per esempio — ai flussi di popolazioni provenienti da aree a rischio. Anche tale aspetto merita attenzione.

Vi è, pertanto, uno scenario molto ampio, con un grande impatto sulla vita dei cittadini ed in cui il bambino è obiettivamente a rischio. La situazione, rispetto a tale scenario, è preoccupantemente arretrata. Vi sono modelli assistenziali non particolarmente efficaci, poiché non aggiornati. Sono modelli vecchi, obsoleti. Ci troviamo, dunque, in una situazione complessiva di scarso coordinamento.

Vorrei fare un elenco di alcuni problemi ed arrivare ad alcuni punti nodali.

Un primo problema deriva dalla scarsa conoscenza della situazione epidemiologica nazionale. I medici presenti in questa Commissione conoscono il problema delle notifiche di malattie infettive contagiose.

Tale problema è comune a molti Stati ad alto standard socio-sanitario. Le leggi sanitarie obbligano i medici a notificare tali malattie, ma le notifiche non sono effettuate in pochissimi casi. Ricordo che nel corso del 2002 in Italia si è verificata la più grave epidemia di morbillo degli ultimi venti anni che ha colpito 40.000 bambini. Alcuni bambini sono morti. Vi sono state circa 500 ospedalizzazioni ed il fatto ha destato un grave allarme in tutte le organizzazioni scientifiche mondiali, anche riguardo alla prevista eradicazione del morbillo dal pianeta, in un arco di tempo che va dal 2007 al 2010 (ritengo che il professor Giammanco potrà essere più dettagliato sull'argomento).

Uno dei punti nodali è quindi la limitata conoscenza della situazione epidemiologica nazionale.

Al problema delle notifiche si è cercato, in diversi Stati, di porre riparo con un altro sistema: quello cosiddetto di sentinella epidemiologica. Tale sistema prevede che alcuni medici sentinella segnalino le malattie infettive, soprattutto quelle per le quali è prevista una copertura vaccinale. Si tratta di un sistema ancora poco organizzato, che funziona su base volontaria e che quindi non ha ricadute sul territorio.

Tornando all'esempio del morbillo, tale epidemia era stata segnalata dal sistema sentinella già in una fase molto iniziale. Di tali segnalazioni, tuttavia, non si è avuto

nessun riscontro e non sono stati presi dei provvedimenti che — forse — avrebbero potuto essere efficaci.

Vi sono, poi, una serie di problemi legati al ricovero ospedaliero. Sappiamo, dal piano sanitario nazionale 2003-2005, che sono falliti i tentativi di razionalizzare la rete ospedaliera pediatrica. Da un lato vi è un eccesso della rete ospedaliera, dall'altro, nel piano 2003-2005, è esplicitamente detto che il 30 per cento dei bambini è ricoverato in reparti per adulti. Ho lavorato in tali reparti e devo dire che ricoverare un bambino, soprattutto nelle prime fasi della sua vita, in un reparto per adulti comporta un impatto psicologico veramente insostenibile tremendo e deleterio per il bambino e per la sua famiglia.

Vi è un altro problema che voglio sottolineare: la concentrazione di ricoveri in alcuni periodi dell'anno. Sappiamo che le infezioni più frequenti, quelle dell'apparato gastroenterico e quelle dell'apparato respiratorio, si concentrano in alcuni mesi invernali. In tali situazioni il sistema ospedaliero arriva quasi al collasso, in quanto si verifica un'enorme richiesta di ricoveri. Tale richiesta potrebbe essere limitata, poiché vi è anche un eccesso di ricovero. Detto eccesso è legato, almeno in parte, all'assenza di indicazioni inequivocabili al ricovero.

Vi è, in altri termini, il problema delle linee-guida. Esse esistono, ma hanno una diffusione relativamente scarsa e non sono recepite. Sarebbe opportuno che la Commissione focalizzasse la sua attenzione su tale aspetto.

I percorsi dei pazienti con malattie infettive sono, in qualche modo, irrazionali. Si parla molto della devoluzione sanitaria in atto. Ciò crea un problema per le malattie infettive. Esse si « spostano » da regione a regione. Vi sono, di fronte a tale dimensione del problema ed alle somiglianze in diverse situazioni, atteggiamenti di risposta del sistema sanitario molto eterogenei. In pratica, si applicano comportamenti diversi, misure di isolamento che variano da situazione a situazione e che sono difficili da gestire, in presenza di strutture logistiche inadeguate. Dunque, la

situazione è, complessivamente, piuttosto pesante ed inadeguata, da diversi punti di vista.

Quali sono gli interventi che dovrebbero portare all'umanizzazione del ricovero di bambini?

Ho letto molti documenti, di tipo etico e politico, come la Carta di New York, quella di Ginevra e quella dell'UNICEF. Sono tutte dichiarazioni molto importanti ed autorevoli, che sottolineano il ruolo del bambino come soggetto a rischio e da proteggere. Si fa esplicito riferimento alla necessità di ricoverare il bambino in area pediatrica. L'area pediatrica è una struttura logistica, un ospedale pensato per il bambino, ma non solo. Si tratta della disponibilità di figure professionali specifiche per il bambino: pediatri, animatori, infermieri e psicologi con specifica competenza pediatrica. Ciò, di fatto, è ancora assente, se non in piccole aree, che finiscono col costituire, forse, dei privilegi. Dovremmo fare in modo che tali aree costituiscano lo standard dell'assistenza sanitaria.

In un recente viaggio negli Stati Uniti ho potuto constatare che nell'ospedale di Chicago sono in atto dei lavori non di ristrutturazione, ma di vera e propria ricostruzione: si tratta del *Children's hospital* di Chicago. Nel comitato che progetta l'ospedale vi sono bambini. È un'esperienza interessante.

Voglio segnalare anche in questa sede una presa di posizione molto forte da parte dell'Accademia americana di pediatria e della stessa UNICEF in cui si parla di *family center care*. Sono, cioè, gli stessi bambini che manifestano le loro esigenze. Ho parlato con i progettisti dell'ospedale di Chicago: mi hanno raccontato che i bambini hanno chiesto che le bocchette dell'ossigeno fossero mascherate nella stanza, perché, evidentemente, provocano loro un senso di angoscia.

Questa è un'altra delle questioni che meritano attenzione da parte della Commissione. Il problema del ricovero dei bambini affetti da malattie infettive non è limitato a patologie acute. Bisogna pensare ad un nuovo problema di dimensioni pro-

gressivamente crescenti, che riguarda bambini affetti da malattie croniche: mi riferisco a bambini con tumori, sottoposti a trattamento immuno-soppressivo, bambini trapiantati, bambini affetti da fibrosi cistica, bambini con gravi handicap neurologici. Questi bambini rischiano infezioni gravi, spesso causate da germi opportunisti. Si tratta di bambini lungodegenti che hanno particolare bisogno di essere protetti dalle infezioni e di vivere la gran parte della loro vita trascorsa in ospedale in un ambiente confortevole.

In proposito devo dire che l'ambiente ospedaliero è generalmente poco confortevole. Molte strutture sanitarie mancano dei requisiti minimi, di servizi igienici adeguati e di ambienti sufficientemente ampi e spaziosi. Su questo aspetto vanno complessivamente ridisegnati i percorsi assistenziali, in un'ottica che deve tendere all'umanizzazione del bambino.

Un altro punto fondamentale riguarda le competenze. Ho parlato prima della devoluzione sanitaria e devo dire che anche da questo punto di vista noi abbiamo bisogno di un coordinamento. Si assiste ad un proliferare di iniziative localistiche, di sistemi molto diversi, da realtà a realtà e in questo si nota — voglio sottolinearlo in maniera forte — un grosso *gap* tra le regioni settentrionali e quelle meridionali.

Le regioni meridionali sono molto più arretrate ma grosse mancanze si riscontrano a macchia di leopardo anche in alcune regioni del nord. Manca quindi un coordinamento e manca un organo preposto al monitoraggio delle infezioni e alla raccolta di notizie epidemiologiche che dovrebbe poi dare indicazioni agli operatori sanitari e alle strutture sanitarie. Circa un mese fa è stato deciso a livello europeo di creare una struttura analoga a quella esistente negli Stati Uniti. Mi riferisco al *Center for disease control*: è la più grossa struttura di infettivologia al mondo, con sede in Atlanta e ha recentemente gestito l'emergenza della SARS dando indicazioni preziose al mondo intero.

Opportunamente l'Europa si vuole dare un'organizzazione di questo genere attiva nel campo delle infezioni, ma abbiamo

bisogno di una struttura analoga anche in Italia. Esistono già diverse strutture, quali l'Istituto superiore di sanità o gli assessorati regionali, ma manca un coordinamento efficace e adeguato. Penso che su questo punto la Commissione debba riflettere e proporre procedure univoche.

Vorrei poi spendere una piccolissima e conclusiva parte del mio tempo sul tema delle vaccinazioni. L'argomento verrà trattato in dettaglio dal professor Giammanco, ma voglio dire che le vaccinazioni sono uno specchio abbastanza preciso di quello che succede nel campo delle malattie infettive. Vi sono regioni italiane in cui c'è una buona copertura vaccinale a fronte di alcune regioni che hanno una copertura del tutto insoddisfacente. Le infezioni viaggiano. L'esempio del morbillo è significativo: partito dalla Campania, altri focolai epidemici hanno interessato molte altre regioni. C'è poi il problema delle vaccinazioni obbligatorie e facoltative. Siamo l'unica nazione al mondo in cui esiste questa distinzione, che risulta problematica, e che per molti esperti appare poco opportuna in qualche maniera anche preoccupante per le famiglie.

Molte persone pensano che la vaccinazione sia peggiore della malattia e ciò forse dipende proprio dall'obbligatorietà della vaccinazione. Il presupposto per una efficace organizzazione delle vaccinazioni nasce dalla disponibilità di una rete, ma molti centri vaccinali non hanno i computers. Questo è un altro degli aspetti su cui la Commissione dovrebbe intervenire.

Voglio concludere indicando possibili percorsi che la Commissione potrebbe compiere. Il problema è ampio e ne ho ricordato soltanto alcuni aspetti principali. È evidente che occorre disporre di informazioni che possono essere acquisite ascoltando esperti nel settore delle malattie infettive, delle vaccinazioni, dell'organizzazione, dell'epidemiologia.

La Commissione potrebbe forse considerare di verificare, attraverso sopralluoghi, situazioni particolari, sia negative che positive. È evidente che in una situazione di modelli molto diversi la Commissione

potrebbe scoprire aree di bisogni o modelli risolutivi da considerare per un'ampia applicazione.

Concludo con una considerazione. Quando ho riflettuto sulla organizzazione della infettivologia in Italia ho visto una notevole mole di documenti, in cui le esigenze e i principi etici sono chiaramente delineati. Bisognerebbe in qualche maniera dare concretezza a questi interventi, riunendo le diverse esperienze, le diverse competenze e professionalità coinvolte in questo campo. Occorrerebbe arrivare ad una condivisione di interventi, nella convinzione, che è di tutti, che il bambino ospedalizzato con malattie infettive sia un tesoro da proteggere. Grazie.

PRESIDENTE. Sono io che la ringrazio, professor Guarino. Nel suo intervento molto esaustivo c'è l'analisi della situazione, ci sono delle sollecitazioni e delle proposte che sicuramente saranno tenute in gran conto dalla Commissione. La invito a presentare eventuali documenti in suo possesso. Credo che il suo richiamo alla Convenzione di New York sia stato quanto mai opportuno. È proprio per garantire il rispetto del diritto alla salute contenuto nell'articolo 24 della Convenzione che è stata decisa questa indagine conoscitiva. Siamo convinti che i pareri di coloro che affrontano quotidianamente e strategicamente i problemi della vaccinazione e dell'ospedalizzazione dei bambini affetti da malattie infettive saranno estremamente utili per il lavoro che dovremo compiere, al fine di ridurre le inefficienze e far sì che realmente il diritto alla salute sia effettivo. Do adesso la parola al professor Giuseppe Giammanco.

GIUSEPPE GIAMMANCO, *Professore ordinario di igiene presso l'università di Catania.* Riprendendo quanto già affermato dal professor Guarino, vorrei dare atto della particolare sensibilità che oggi esiste, un po' dappertutto, in termini di «umanizzazione» dei reparti di pediatri.

Per molti anni ho ricoperto l'incarico di direttore sanitario del policlinico universitario di Catania (incarico che ho abban-

donato poiché, essendo quest'ultimo diventato azienda, mi si richiedeva di lasciare l'insegnamento, cosa alla quale non avrei potuto rinunciare).

Insieme ai colleghi pediatri, fu creato intorno alla clinica pediatrica un parco giochi perché è vero che i bambini, non in fase acuta, devono vivere la loro vita in modo completo e, per un bambino, il gioco è essenziale (molto di più del lavoro per un adulto).

Recentemente, l'ospedale Vittorio Emanuele, il più grande di Catania, ha inaugurato il reparto di pediatria, totalmente ristrutturato, in cui, tanto per fare un esempio, le pareti nelle stanze sono di vari colori, così come i corridoi. Non è possibile che un bambino entri in un ambiente dipinto di bianco in cui le pareti sono alienanti! Quelli che possono sembrare dei dettagli, di fatto, sono un esempio del modo di venire incontro alle esigenze dei bambini, la cui salute mentale è senz'altro più importante di quella fisica (che, pur tuttavia, deve essere garantita e recuperata).

Passando a parlare dei vaccini, non credo che risponda a una mia pedanteria ma soltanto ad esigenze di chiarezza ricordare che i vaccini sono dei farmaci tutt'affatto particolari. A differenza dei farmaci curativi, infatti, non si somministrano a persone malate, bensì sane e, a differenza dei farmaci curativi, che quando sono efficaci contribuiscono spesso ad aumentare il numero dei malati (è un paradosso) i vaccini sono in grado di eliminare non solo la malattia ma anche la causa di quest'ultima.

Il vaccino, quando è efficace, diventa ad un certo punto inutile. Ne è prova il vaccino antivaioloso, che non si usa più da anni. Tale vaccino è stato talmente efficace che ne abbiamo potuto fare a meno. Non solo, infatti, è scomparsa la malattia ma è scomparso il virus del vaiolo (bioterroristi permettendo!).

Ciò che è stato ottenuto per il vaiolo grazie al vaccino antivaioloso può esser ottenuto anche per altre malattie, con altri vaccini. È stata, per esempio, già dichiarata eradicata la poliomielite in Italia così

come in larga parte d'Europa, ma continuiamo ad usare il vaccino antipolio esclusivamente perché in altri paesi sono ancora presenti i virus della poliomielite, che sono di tre tipi. In Italia, tuttavia, tali virus non esistono più. Nessun bambino, in Italia, può più ammalarsi di poliomielite grazie al vaccino (tranne nel caso di una poliomielite da vaccino).

A questo proposito è opportuno fare un po' di chiarezza. Quando si dice che gli unici casi di poliomielite avutisi negli anni scorsi (ma oggi non più) in Italia sono stati quelli da vaccino questa è sì una verità ma che qualcuno utilizza in maniera maliziosa, per non dire furfantasca.

Non credo che sia esagerato dire ciò se riflettiamo su un fatto. In media, prima della vaccinazione, tremila bambini l'anno (ma in alcuni anni epidemici si è arrivati anche a sette o ottomila) restavano con uno o più arti offesi a causa della paralisi infantile mentre, nel caso della paralisi da vaccino, il dato era di un bambino in media ogni due anni.

Non siamo quindi di fronte ad una mentalità ragionieristica o mercantile quando si afferma che, di fronte ad un bambino che contrae (o meglio, contraeva, poiché adesso si è cambiato vaccino) la poliomielite a causa del vaccino se ne risparmiano seimila. Tale confronto non è ragionieristico ma è la realtà, soprattutto se si riflette sul fatto che non c'è atto della vita umana, anche il più quotidiano, che sia esente da rischi.

Per il profano è difficile accettare un rischio che non sia pari a zero (cioè, in altre parole, accettare il concetto del rischio), ma sta di fatto che qualsiasi nostro atto non è esente da rischi. Basta consultare gli annuari statistici dell'ISTAT per leggere che ogni anno, in Italia, ci sono circa 180 persone che muoiono per soffocamento da cibo. Sarebbe paradossale affermare che, per evitare di morire a causa del cibo che finisce nella trachea invece che nell'esofago, non si debba mangiare. Sarebbe paradossale consigliare alle mamme di non allattare i loro bambini — la

maggior parte dei morti sono bambini — perché rischiano di morire soffocati dal latte che va loro « per traverso ».

Se quindi si considera il discorso con il filtro del buonsenso e non con quello del senso comune, si accetta il rischio di qualsiasi atto il cui vantaggio è di gran lunga superiore al rischio che si corre.

Nel caso dei vaccini, un altro punto a loro favore è che si tratta di prodotti biologici, di origine naturale. Il vaccino antimorbilloso, citato dal professor Guarino, non è altro che il virus del morbillo, il quale è stato attenuato (in pratica è come un leone al quale sono stati strappati i denti e che quindi non può più mordere ma solo leccare).

Quanto all'efficacia dei vaccini, per alcuni essa è vicina al cento per cento e la prova ne è che malattie gravi, che in passato uccidevano migliaia e migliaia di bambini l'anno, sono state debellate (per esempio, la difterite).

Da studente, da giovane laureato, ho ancora visto bambini morire di difterite (una morte atroce). Oggi nessun bambino ne soffre più e uno degli ultimi casi di morte a causa di tale malattia è stato a Milano ed ha riguardato una bambina il cui medico aveva falsamente attestato la vaccinazione: la bambina non era vaccinata!

Lo stesso discorso vale per la poliomielite. Si tratta di vaccinazioni obbligatorie e bene ha fatto il professor Guarino a sollevare questo aspetto che considero il primo e il più importante (e che mi permetto di suggerire alla Commissione di affrontare): vaccinazioni obbligatorie e vaccinazioni consigliate.

Noi igienisti preferiamo non parlare di vaccinazioni facoltative, perché all'orecchio della gente tale termine significa che la scelta è rimessa alla discrezione della persona, mentre è più giusto parlare di vaccinazioni consigliate. Questa è la dizione giusta, riportata anche nel piano sanitario nazionale e nel piano nazionale vaccini. Le vaccinazioni obbligatorie storicamente si giustificano per situazioni socio-economiche e culturali del passato ma oggi parliamo di vaccinazioni consigliate.

Esempi di vaccinazioni obbligatorie sono quella antidifterica, antitetanica, antipolio, antiepatite B, tutte malattie gravissime (anche se le prime due sono eradicabili, mentre gli unici casi di tetano in Italia possono ricondursi a soggetti al di sopra dei quarant'anni, non vaccinati quando tale vaccinazione non era obbligatoria). Le vaccinazioni consigliate sono molte altre ma, in buona parte, l'industria dei vaccini ha superato tale distinzione.

Oggi abbiamo dei vaccini combinati, multivalenti. Non si tratta del « prendi tre paghi due » ma del « prendi sei e paghi uno »! In pratica, con un'unica inoculazione, si può immunizzare un bambino contro sei diversi tipi di malattie contemporaneamente di cui alcune sono vaccinazioni obbligatorie mentre altre solo consigliate.

Quando la madre per prima si rivolge — già a partire dalle prime settimane di vita del bambino — al medico vaccinatore, e al pediatra di famiglia innanzitutto, (ella lo fa non più per curare il piccolo ma per un bilancio di salute: i nostri bambini, infatti, raramente si ammalano e, salvo le infezioni acute, gastroenteriche e delle prime vie respiratorie, si va dal medico solo per il bilancio di salute, se il pediatra è sensibile alla salute del bambino — ed i giovani pediatri lo sono sempre più —, consiglia subito la vaccinazione senza distinguere tra obbligatorie e consigliate. Il medico vaccinatore, oggi, consiglia, e offre attivamente, il vaccino esavalente; in più, offre e consiglia il trivalente morbillo-parotite-rosolia.

Ebbene, là dove sussiste una politica vaccinale intelligente e martellante nella sua applicazione, anche il morbillo sta scomparendo; si citava l'epidemia di morbillo di questa primavera, diffusasi a diverse regioni ma non alla Sicilia. Quest'ultima è riuscita a superare l'85 per cento di bambini vaccinati contro il morbillo; siamo vicini al 90 per cento di vaccinazioni contro questa malattia. Scatta, in tali situazioni, quella che viene definita immunità di massa; il vaccinato protegge anche il non vaccinato. Se si supera, per il morbillo, il 90 per cento dei vaccinati,

anche i non vaccinati non vengono attaccati dalla malattia per l'ovvio motivo che chi è vaccinato non si infetta e non può infettare. Se, ad esempio, in quest'aula, fossimo tutti vaccinati tranne uno, quell'uno non sarebbe soggetto ad infezione perché nessuno di noi potrebbe infettarlo.

Ma si deve porre attenzione a quanto i sociologi chiamano contratto sociale; nessuno può sottrarsi al dovere della vaccinazione sperando che un altro si vaccini e lo protegga: abbiamo tutti il dovere di cooperare a che si abbia il blocco della diffusione delle infezioni. Quando si dice che altri paesi — ed è stato giustamente osservato — non hanno l'obbligo della vaccinazione, bisogna intendersi. Noi latini, e noi italiani in particolare, abbiamo tante incoerenze ma gli anglosassoni, forse, non sono da meno; basti considerare che negli Stati Uniti, e nei paesi anglosassoni in genere, nessuna vaccinazione è obbligatoria ma si raggiunge quasi il 100 per cento dei vaccinati. Per quale motivo? Perché, se un bambino non è vaccinato, non può essere ammesso a frequentare l'asilo nido, viene respinto. I genitori possono non vaccinarlo — nessuno glielo impedisce — ma il piccolo non potrà andare alla scuola materna, né a quella elementare; di fatto, si tratta di un obbligo mascherato, ipocritamente mascherato. Il genitore è libero di non vaccinarlo ma il bambino, a scuola, non mette piede, dalla nascita fino alla morte. Allora stiamo attenti quando asseriamo che per il rispetto della libertà individuale bisogna abolire l'obbligatorietà per le vaccinazioni ancora obbligatorie; piuttosto, è preferibile dire che, per l'efficacia della lotta alle infezioni prevenibili con vaccino, è preferibile sostituire all'obbligo della vaccinazione la partecipazione informata e cosciente alle vaccinazioni. A tale riguardo, darei un altro modesto suggerimento ai lavori della Commissione: accertare quanto sia sentita dalla popolazione la necessità — e sottolineo il termine « necessità » — delle vaccinazioni, e quanto le strutture sanitarie si impegnino nell'educazione alla vaccinazione. Mi riferisco, perciò, da un lato all'offerta attiva e,

dall'altro, all'educazione, giustappunto, dei genitori a partecipare al raggiungimento dell'obiettivo — perseguito e perseguibile — di arrivare all'abolizione dei vaccini. Risultato possibile in breve tempo per la vaccinazione antipolio, che, tra pochi anni, non sarà più né obbligatoria né consigliata. Infatti, appena l'ultimo focolaio di polio sarà estinto in Afghanistan o in Pakistan — o in pochi altri paesi in cui sussistono ancora focolai di poliomielite —, non avremo più bisogno delle vaccinazioni perché non vi sarà più il rischio dell'importazione dei virus. Così sarà anche per altre malattie eradicabili quali il morbillo, la rosolia, la parotite e la varicella. È già in preparazione un vaccino tetravalente che combinerà il vaccino antivari-cella ai tre già combinati e che consentirà di combattere — ed in prospettiva eradicare — queste infezioni ancora largamente diffuse in molte regioni italiane. La regione siciliana, proprio da quest'anno, prima tra le regioni italiane, ha iniziato la vaccinazione estensiva contro la varicella, offrendo gratuitamente ed attivamente questo vaccino.

Concludo, dunque, il mio intervento e resto disponibile per le eventuali domande e per eventuali ulteriori contributi, anche per l'elaborazione dei documenti che la Commissione dovrà produrre.

PRESIDENTE. La ringrazio, professore Giammanco; ha posto un altro tassello rilevante ed importante nel quadro dei lavori dell'indagine.

Oggi, con il professore Guarino e con il professore Giammanco, abbiamo trattato aspetti concernenti il diritto alla salute dei bambini, l'accesso ai servizi sanitari — e quindi la funzionalità e l'adeguatezza degli stessi —, le cure per i bambini con tali patologie, nonché la questione, anch'essa relevantissima, della prevenzione. Quindi, ringraziando ancora gli auditi, rivolgo anche a lei, professore Giammanco, l'invito a farci pervenire eventuali documenti e specifiche proposte.

Comunico ai nostri ospiti, inoltre, che i resoconti dell'odierna audizione saranno attentamente letti, esaminati e valutati dai

componenti della Commissione quest'oggi assenti.

Chiedo, quindi, ai colleghi se desiderino intervenire ed aprire, così, il dibattito.

ALESSANDRO DE FRANCISCIS. Signor presidente, anzitutto voglio ringraziare i due professori auditi perché hanno posto da subito — con molto garbo ma anche con molta chiarezza — una serie di importanti questioni che, pertanto, mi inducono a rivolgere a ciascuno di loro alcune domande. Avevo auspicato che il tema dell'indagine conoscitiva — indagine i cui lavori principiano oggi — fosse più ampio e non si riducesse al solo argomento « copertura vaccinale » in senso stretto; spero sia così: al riguardo, il presidente mi ha rassicurato. Mi pare, peraltro, che il contributo da voi offertoci ci induca a sperare sia proprio così; un problema afferente alla copertura, tuttavia, è già emerso. Infatti, mi pare di capire, dall'intervento del professor Guarino, e poi da quello del professor Giammanco, che, in buona sostanza, noi, oggi, abbiamo una scarsa conoscenza della effettiva pratica vaccinale nel nostro paese. Mentre nella pubblica opinione si apre un dibattito culturale — forse diventerà anche politico ma, per adesso, è solo culturale — sul rapporto tra famiglie e vaccinazioni e tra medici e vaccinazioni, noi, comunque, ci troviamo nella condizione di non conoscere la realtà. Mi pare emerga, infatti, tale dato, sul quale vorrei — ve ne sarei grato — che ambedue tornaste. A fronte dell'azione delle società medico-scientifiche, della comunità internazionale e delle agenzie simili al nostro Istituto superiore di sanità — penso finanche ai programmi regionali di vaccinazione (come quello citato dal professor Giammanco per la varicella in Sicilia) —, diventa, però, molto difficile monitorare quanto succede dopo che queste politiche o queste scelte di politica sanitaria siano state varate. Il rapporto molto stretto di informazione che deve sussistere tra il livello centrale e le regioni rappresenta una questione prevista nella griglia iniziale di lavoro che si

era data la Commissione; alle regioni, oggi, è infatti data la principale e preminente responsabilità nel governo della sanità. A mio avviso, però, emerge un problema che va al di là del dato regionale.

Dobbiamo fare qualcosa per capire come migliorare l'acquisizione dei dati, sia rispetto alla effettiva pratica delle vaccinazioni, cioè la copertura vaccinale — mi riferisco al reperimento di informazioni relative alle percentuali di bambini di una certa popolazione raggiunti dalla vaccinazione preventiva —, sia alla disponibilità di strumenti che ci consentano correttamente di misurare e valutare la mole e la tipologia di malattie infettive presenti su un dato territorio (e su ciò il professor Guarino ha focalizzato buona parte del suo intervento). Mi ha molto colpito, professor Guarino, il suo accenno al fatto che i malati e le malattie oggi si « muovano »; ebbene, signor presidente, esprimendo una valutazione del tutto personale, a me pare ben strano che mentre si cercano riferimenti di tipo unitario ai livelli alti della « macrogeografia », si possa rischiare in futuro — il problema già esiste oggi nel nostro paese — che, invece, il problema delle malattie infettive venga gestito in modo differenziato, regione per regione.

Mi piacerebbe immaginare che, mentre la regione Campania o la regione Lombardia si organizzano come credono sul piano dell'assistenza, del reperimento delle risorse ed eventualmente, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza stabiliti a livello centrale nel paese, anche sul piano terapeutico, si possa poi, di fronte ad esigenze concrete e generalizzate — si pensi all'ipotesi in cui si diffondesse in una certa area un'epidemia capace di arrecare danni o pregiudizi alla popolazione pediatrica confinante —, recuperare una visione unitaria; diversamente il quadro sarebbe preoccupante. Ma il problema fondamentale da risolvere resta chiaramente la mancanza d'informazione. E credo che nel merito, la testimonianza del professor Greco dell'Istituto superiore di sanità e le eventuali integrazioni che scaturiranno anche dagli interventi previsti nel corso della seduta odierna, e per i prossimi

giorni, potranno fornire chiarificazioni utili a capire questo poderoso capitolo della epidemiologia, rispetto a cui il processo di acquisizione dei dati diventa, ripeto, essenziale. Unisco a quanto osservato una piccola testimonianza, considerato che ambedue gli auditi hanno reso le loro questo pomeriggio, rispetto ad una problematica epidemiologica legata alle vaccinazioni, già apertasi in Europa 20, 25 anni fa e dinanzi alla quale, per la verità, anche quel mondo anglosassone che il professor Giammanco invocava come modello per molti aspetti positivo dell'organizzazione sanitaria, incontrava difficoltà (ad esempio, nella notifica delle malattie infettive), per cui sia gli ordini professionali, sia le autorità sanitarie ai vari livelli dello Stato dibattevano sugli incentivi da offrire (alla classe medica, alle professioni infermieristiche, alle autorità scolastiche) per poter disporre di una conoscenza la più vicina e dettagliata possibile alla questione, legata appunto alla copertura vaccinale e al conteggio, alla misurazione delle malattie infettive.

La seconda domanda di interesse è legata all'ospedalizzazione, questione precedentemente trattata e che ritengo determinante, anche in ragione della mia specializzazione in pediatria: mentre si ha l'impressione, esaminando il piano sanitario nazionale, di una grande disponibilità di posti letto che potremmo definire genericamente pediatrici — abbiamo infatti molti reparti di pediatria diffusi nel paese —, si viene a registrare un duplice problema. In primo luogo, sembra di poter desumere da un quadro generale sul territorio una cattiva organizzazione di questi reparti, spesso sottutilizzati; in secondo luogo, è possibile riscontrare una serie di carenze davanti all'evenienza di specifiche circostanze come quella oggi al nostro esame, ovvero relativamente alla diffusione di alcune materie infettive richiedenti atteggiamenti, approcci del tutto particolari, sia per quanto riguarda le terapie sia per quanto riguarda la quarantena. Di fatto, allorché ci si trovi a fronteggiare situazioni simili, si scopre che le strutture specialistiche non esistono: riscontriamo

pertanto una situazione piuttosto bizzarra nel nostro paese, in base alla quale, da un lato, ci viene detto che esiste un eccesso di posti letto in pediatria, e quindi vi sarebbe da parte delle regioni italiane lo sforzo di razionalizzare questa offerta sul territorio, dall'altro, contemporaneamente, al levarsi della richiesta di posti letto dedicati a problemi importanti e specifici (vuoi perché legati alla stagionalità di alcune epidemie o perché correlati con l'effettiva capacità di accoglienza o di attrattività da parte delle strutture deputate — il professor Giammanco parlava dell'esigenza di luoghi «umanizzati», facendo riferimento alla specifica esperienza dell'ospedale Vittorio Emanuele di Catania), registriamo una grave deficienza. Allora, la preoccupazione — e il Parlamento legittimamente vuole saperne di più — è quella di capire cosa fare per contribuire a razionalizzare lo sforzo. È ovvio che dinanzi ad alcune particolari malattie infettive, rispetto a cui esistono anche modelli positivi — penso al caso dell'AIDS, e alle modalità con le quali, a suo tempo, si decise di fronteggiarlo, quando nella comunità scientifica e nel Governo della Repubblica si levò la spinta verso la definizione di centri di riferimento regionali —, potrebbe essere un'idea quella di immaginare collaborazioni su tutti i fronti — incluso anche, appunto, un intervento del Parlamento — per fare in modo che almeno in ogni regione italiana vi sia un centro di riferimento ben attrezzato, dotato della necessaria strumentazione pediatrica, umana e tecnologica, con esperti nel campo delle malattie infettive e attrezzature adeguate, pensate per i bambini ma capaci di dare risposte ai problemi che da queste malattie discendono.

PRESIDENTE. Ringrazio l'onorevole De Franciscis per il suo intervento; ritengo che la sua non sia semplicemente una curiosità ma rappresenti un'osservazione capace di muovere sollecitazioni importanti; cedo pertanto immediatamente la parola agli illustri ospiti per rispondere alle domande sollevate.

ALFREDO GUARINO, *Presidente della Società italiana di infettivologia pediatrica (SIIP)*. Torniamo nuovamente al punto fondamentale relativo alle vaccinazioni e più generalmente alle malattie infettive, ovvero la scarsa disponibilità di informazioni.

Abbiamo a che fare con una situazione di dimensioni molto considerevoli. L'anno scorso si è affrontata l'epidemia di morbillo, ed io, in merito, ho fatto precisamente riferimento alla presenza di alcuni morti e a 500 ospedalizzazioni, su un denominatore costituito da circa quarantamila casi di morbillo registrati. Il fenomeno si è concentrato in alcuni mesi. Quando si parla di circa un milione di casi di infezione respiratoria acuta, di decine di migliaia di casi di gastroenterite, è necessario tener conto di queste dimensioni concentrate nel tempo relative a fenomeni che si verificano pure in alcuni mesi. Dell'epidemiologia abbiamo poche informazioni, pervenute in ritardo, non esistendo un coordinamento, e mancando le reti di informazione che ci consentirebbero di conseguire un risultato in tempi rapidi. Paradossalmente, oggi ad un medico serve più un computer che un fonendoscopio. Servono informazioni, servono centri di riferimento. L'onorevole De Franciscis giustamente ha affrontato il problema della mancanza di informazioni sulle coperture vaccinali. Ebbene, l'ultimo dato che noi abbiamo è relativo al progetto Icona, elaborato dall'Istituto superiore di sanità sulla copertura vaccinale in Italia dal 1998 al 1999.

Quanto è successo dopo ci è sconosciuto. Abbiamo dati soltanto relativamente al morbillo e probabilmente la stessa epidemia in qualche modo ha contribuito a costituire una forma di vaccinazione nel paese. Il vero problema sta nel difetto di anagrafi vaccinali nazionali, ovvero lo strumento unico e necessario per disporre di informazioni globali nel nostro paese.

Aggiungo a questo un altro punto, che riguarda sempre il coordinamento: chi vaccina in Italia? Si torna ad uno degli aspetti cruciali della regionalizzazione. In

Italia vaccinano i pediatri di famiglia, i centri vaccinali, gli ospedali ed i servizi territoriali. Vi sono, pertanto, diversi servizi, che sono tra loro intersecati. In mancanza di un'anagrafe non si può sapere chi è vaccinato. È fondamentale riuscire a capire tale aspetto.

Voglio fare un commento su ciò che diceva il professor Giammanco sul vaccino della varicella. È giusto vaccinare contro il rischio della varicella. Il professore Giammanco lo sa e gli esperti raccomandano di effettuare una campagna vaccinale per la varicella, nel momento in cui si vuole coprire gran parte della popolazione. Qual è il rischio? Se si vaccinano alcuni, si potrebbe spostare la suscettibilità della varicella verso l'età dell'adulto, che si ammala di tale malattia in maniera più grave.

Anche ciò testimonia l'esigenza di un coordinamento. Campagne vaccinali - come ha fatto la regione Sicilia - dovrebbero essere collegate a tutte le altre che sono in corso in Italia.

Riguardo all'ospedalizzazione, l'onorevole De Franciscis ha fatto un'affermazione assolutamente appropriata. Vi sono molte strutture ospedaliere e pediatriche, ma vi è altresì un deficit di posti letto. Ciò, in parte, deriva dalla concentrazione di alcune infezioni che sono responsabili di un gran flusso di ricoveri in alcuni mesi, ed, in altra parte, da altri problemi.

Si ricovera troppo: riscontriamo un tasso piuttosto elevato di ricoveri inappropriati. Molto spesso il bambino viene portato in ospedale con una malattia infettiva; il medico, in assenza di linee-guida chiare, o, magari, perché ha molto da fare, lo accetta nel reparto, anche se non avrebbe bisogno dell'ospedalizzazione. L'alto tasso di ricoveri inappropriati è un problema anche europeo.

Vi è, ancora, un problema di organizzazione. Un modello organizzativo che potrebbe forse essere preso in considerazione è di predisporre ad un elevato tasso di ospedalizzazione durante i mesi ad alta incidenza di malattie infettive. Ciò potrebbe essere effettuato con la ricognizione di posti letto e con la destinazione di

specifici posti letto ad epidemie che sappiamo ripresentarsi ogni anno, potendo essere calcolate e gestite meglio. Si riscontra, perciò, nuovamente, l'importanza della rete e dell'informazione epidemiologica.

La situazione della regionalizzazione da devoluzione sanitaria determina la necessità di coordinamento. Penso - ma, ciò, ovviamente, è uno degli obiettivi che la Commissione deve chiarire - che abbiamo avuto un modello di grande efficacia - è riconosciuto in tutto il mondo -: quello dell'AIDS. Come funziona tale modello? Con una grande integrazione: scambio di informazioni e centri di riferimento, personale particolarmente qualificato. Tale tipo di modello potrebbe essere applicato ai diversi aspetti gestionali delle malattie infettive, sia ai casi di elevata complessità, sia al monitoraggio delle infezioni acute. Si tratta di una possibilità che potrebbe essere - eventualmente - confermata da altri esperti.

GIUSEPPE GIAMMANCO, *Professore ordinario di Igiene presso l'Università di Catania*. Per ciò che riguarda il problema della conoscenza della copertura vaccinale, va detto che le vaccinazioni obbligatorie sono registrate. Vi è un'apposita anagrafe. Chiunque vaccini è tenuto a comunicarlo alla ASL, al servizio d'igiene, che registra la vaccinazione. Il problema si pone per le vaccinazioni consigliate. Nelle regioni che offrono gratuitamente ed attivamente la vaccinazione - mi riferisco sempre alla Sicilia, per l'ovvio motivo che è la mia regione e la conosco meglio, ma lo stesso vale, ad esempio, per il Veneto -, si effettua la registrazione (il problema, in tal caso, è la raccolta ed elaborazione dei dati che, laddove manca il mezzo informatico, diviene complessa, ai fini della tempestiva messa a disposizione). Dove, invece, non si ha un'offerta attiva e gratuita della vaccinazione, essa non è registrata, se non dal medico vaccinatore.

Il vaccino antivaricella è regolarmente in commercio in Italia. Se un genitore

vuole vaccinare il suo bambino, nessuno glielo può impedire. Resta il fatto che se si vaccina il 20 per cento di bambini il restante 80 per cento corre più rischi rispetto a quando non si vaccinava, per i motivi che esprimeva il professor Guarino. Il 20 per cento vaccinato protegge se stesso, ma rallenta la diffusione del virus: i non vaccinati si infetteranno più tardivamente e subiranno una varicella più grave, ma - ripeto - non si può impedire ad un genitore di vaccinare suo figlio, per proteggere dalla varicella tardiva chi non vaccina.

L'ipotesi di non consentire la libera vendita del vaccino è stata proposta, ma è stata - ovviamente - subito scartata. Le ditte produttrici di tale vaccino - sono due - hanno tutto l'interesse a vendere ma, purtroppo, nessun interesse ad una strategia vaccinale correttamente impostata.

La scelta della Sicilia di vaccinare a tappeto, cioè di offrire attivamente e gratuitamente la vaccinazione antivaricella, è stata presa quando si è superato l'85 per cento di vaccinazioni antimorbillo e si è stati abbastanza sicuri che il genitore che aveva accettato di vaccinare il proprio contro il morbillo, avrebbe fatto altrettanto contro la varicella.

I modelli matematici, elaborati in Italia ed in altri paesi, dicono che se si supera l'80 per cento dei vaccinati contro la varicella, il rischio di scivolamento in avanti della malattia è praticamente nullo. Si ha, cioè, il massimo di vantaggio, con il minimo di svantaggi.

Credo, pertanto, che sia necessaria un'armonizzazione delle politiche vaccinali, fermo restando che ogni regione ha potestà in campo sanitario e compie le proprie scelte. L'esempio sollevato dal professor Guarino è opportuno per affermare la necessità di adottare politiche vaccinali coerenti e armonizzate, in Italia e - possibilmente - in Europa.

La risposta alla sua domanda, onorevole De Franciscis, è: sì, per alcune regioni e per determinate vaccinazioni è abba-

stanza facile conoscere le coperture vaccinali.

Sappiamo che per le vaccinazioni obbligatorie le coperture vaccinali sono alte e ne abbiamo la controprova epidemiologica, salvo qualche *défaillance* in Campania. Per le vaccinazioni consigliate non è così. Per alcune regioni abbiamo dei dati precisi, per altre si hanno soltanto delle stime.

PRESIDENTE. La ringrazio, professor Giammanco. Se i colleghi non desiderano intervenire ulteriormente, dichiaro con-

clusa questa audizione. Ringrazio i nostri ospiti per il prezioso contributo.

La seduta termina alle ore 14,15.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE
DELLA CAMERA DEI DEPUTATI

DOTT. VINCENZO ARISTA

*Licenziato per la stampa
il 10 ottobre 2003.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

€ 0,26

Stampato su carta riciclata ecologica



14STC0009130