

**COMMISSIONE PARLAMENTARE  
PER L'INFANZIA**

# **RESOCONTO STENOGRAFICO**

**INDAGINE CONOSCITIVA**

**5.**

**SEDUTA DI GIOVEDÌ 6 NOVEMBRE 2003**

**PRESIDENZA DEL PRESIDENTE MARIA BURANI PROCACCINI**

COMMISSIONE PARLAMENTARE  
PER L'INFANZIA

RESOCONTO STENOGRAFICO

INDAGINE CONOSCITIVA

5.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 6 NOVEMBRE 2003

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE MARIA BURANI PROCACCINI

INDICE

	PAG.		PAG.
<b>Sulla pubblicità dei lavori:</b>		<b>diatrice dell'università di Milano, professore Nicola Principi:</b>	
Burani Procaccini Maria, <i>Presidente</i> .....	3	Burani Procaccini Maria, <i>Presidente</i> .....	3, 5, 6, 8 9, 10, 13, 14, 15
<b>INDAGINE CONOSCITIVA SULLA COPERTURA VACCINALE IN ETÀ PEDIATRICA E SULLA OSPEDALIZZAZIONE DEI BAMBINI AFFETTI DA MALATTIE INFETTIVE</b>		De Francisca Alessandro (Misto-UDEUR-PpE) .....	8, 11, 13, 14
<b>Audizione del responsabile del servizio di epidemiologia e sanità pubblica della direzione prevenzione della regione Veneto, Giovanni Gallo; del direttore generale della direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute, Filippo Palumbo, e del direttore della clinica pe-</b>		Gallo Giovanni, <i>Responsabile del servizio di epidemiologia e sanità pubblica della direzione prevenzione della regione Veneto</i> .....	6, 13
		Palumbo Filippo, <i>Direttore generale della direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute</i> .....	3, 10
		Principi Nicola, <i>Direttore della clinica pediatrica dell'università di Milano</i> .....	5, 12
		Rotondo Antonio (DS-U) .....	9



PRESIDENZA DEL PRESIDENTE MARIA  
BURANI PROCACCINI

**La seduta comincia alle 14,25.**

*(La Commissione approva il processo verbale della seduta precedente).*

**Sulla pubblicità dei lavori.**

PRESIDENTE. Avverto che, se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori sarà assicurata anche mediante l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso.

*(Così rimane stabilito).*

**Audizione del responsabile del servizio di epidemiologia e sanità pubblica della direzione prevenzione della regione Veneto, Giovanni Gallo; del direttore generale della direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute, Filippo Palumbo, e del direttore della clinica pediatrica dell'università di Milano, Nicola Principi.**

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, l'audizione del responsabile del servizio di epidemiologia e sanità pubblica della direzione prevenzione della regione Veneto, Giovanni Gallo, del direttore generale della direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute, Filippo Palumbo, e del direttore della clinica pediatrica dell'università di Milano, Nicola Principi.

Saluto e ringrazio i nostri ospiti per la loro presenza e do la parola al professore Palumbo.

FILIPPO PALUMBO, *Direttore generale della direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute.* Signor presidente, onorevoli deputati, vorrei brevemente fare il quadro della situazione circa l'ospedalizzazione dei bambini nel nostro paese; a tal fine, citerò alcuni dati essenziali e possibili linee evolutive.

Attualmente, nel nostro paese, ogni anno — mi riferisco al dato del 2001 —, nella fascia di età compresa da zero a 14 anni, sono dimessi poco meno di 920 mila soggetti, con un tasso di ospedalizzazione riferito a questa fascia di età del 110 per mille. Per offrire un termine di paragone, nella popolazione generale il tasso di riferimento si attesta intorno al 180-200 per mille (mentre ricorderete che la normativa prevede una tendenziale regressione del tasso nazionale). In questa fascia di età, dunque, si registra un tasso di circa il 110 per mille, però, con una grande variabilità. Infatti, nel primo anno di vita, il tasso di ospedalizzazione è ben del 547 per mille, altissimo (si tiene conto, infatti, degli eventi connessi al momento del parto); ma il dato crolla già a partire dal secondo anno di vita, quando passa dal 547 al 111 per mille. Ancora crolla tra i cinque ed i quattordici anni, quando scende al 68,2 per mille, mantenendosi stabile, poi, negli anni successivi, sino ai 17-18 anni. Quindi, tali dati, riportati in sintesi, confermano la linea di tendenza epocale in base alla quale l'esperienza di ospedalizzazione nei bambini del nostro paese è sempre più sporadica e meno sistematica.

Può essere interessante notare come quasi il 50 per cento dei ricoveri rientrino in circa dieci DRG, ovvero in dieci rag-

gruppamenti di patologie; il motivo di ricovero più frequente — circa l'11 per cento del totale — è costituito da fenomeni connessi ad esofagiti, gastroenteriti od altri problemi dell'apparato digerente; seguono, poi, i problemi della patologia neonatale, neonati a termine con affezioni maggiori; le classiche tonsillectomia ed adenoidectomia (il 6 per cento del totale); quindi, l'otite media e le infezioni delle alte vie respiratorie, la bronchite e l'asma, convulsioni e cefalea, polmonite semplice e pleurite, e via dicendo. Ricordo anche la presenza di appendicectomia; cito tale malattia perché fa parte dell'esperienza comune di tante famiglie italiane (ma oggi rappresenta solo il 2 per cento circa dei casi totali al di sotto dei 14 anni). Quindi, in queste dieci classi rientra il 50 per cento dei casi.

I dati testimoniano come sia evidente che oggi l'assistenza ospedaliera riveste un ruolo molto diverso dal passato. Vi sono pertanto due grandi filoni: uno, riferito in generale ai temi delle acuzie: le dieci classi dianzi ricordate sono quasi tutte riferite alla copertura di fasi acute che debbono essere trattate in ospedale. L'altro grande campo è il tema delle affezioni rare che spesso comportano approfondimenti diagnostici — e talvolta presidi ed interventi terapeutici — di particolare complessità. Tali cure, pur in genere impostate in centri dedicati, in centri di eccellenza, in molti casi continuano, poi, ad essere trattate e prese in carico anche da realtà ospedaliere minori (auspicabilmente, in collegamento con i centri di eccellenza).

Questa, grosso modo, è la situazione; devo osservare che il fenomeno del riassetto della rete ospedaliera coerente con questi dati è omogeneamente diffuso nel paese, pur con qualche incertezza. Nel senso che ancora oggi, in qualche realtà regionale, abbiamo una numero di posti letto pediatrici eccedente rispetto al fabbisogno risultante da questi dati; vi è, quindi, un lavoro di completamento della rete. Aggiungerei, però, a tale dato quantitativo una notazione di carattere quali-

tativo con la quale poi concludo questo mio piccolo contributo ai lavori della Commissione.

Oggi, il vero problema è di una ricollocazione della missione della pediatria ospedaliera in quanto quest'ultima, classicamente, è nata in una fase storica in cui si candidava a gestire uno spazio dedicato dell'ospedale nel quale veniva assicurata una presa in carico totale. Oggi, invece, gli spazi dedicati alla pediatria si sono ridotti e vi è una collaborazione molto forte con le altre discipline specialistiche; tuttavia, quanto manca è un possibile ruolo della pediatria ospedaliera di tutore del minore ricoverato per qualsiasi motivo in ospedale. Il tema sul quale occorrerà riflettere è come «rifinalizzare» il ruolo della pediatria ospedaliera proprio con questa sua missione di garante complessivo di ciò che, nell'ambito ospedaliero, viene previsto e realizzato per i minori. Passare da una logica, per così dire, verticale — in cui la pediatria si pone accanto all'otorinolaringoiatria, alla cardiologia, alla chirurgia e via dicendo — ad una logica di tipo trasversale in cui la pediatria assicura una conduzione complessiva del paziente pediatrico in ospedale in un rapporto positivo e collaborativo con le altre discipline.

Va anche detto — e concludo il mio intervento — che una interessante esperienza è poi condotta nelle grandi realtà pediatriche, quindi nei grandi dipartimenti di pediatria operanti presso alcune grandi aziende ospedaliere e presso alcune facoltà universitarie. Ambiti in cui, soprattutto nel corso degli ultimi 15-20 anni, si è assistito ad uno sviluppo di una capacità molto forte di legare la dimensione specificamente pediatrica con quella specificamente specialistica. Queste realtà universitarie complesse offrono ottimi esempi di specialità prevalentemente dedicata ai temi della pediatria; ovviamente, non si tratta di un modello replicabile in tutti gli ospedali. Offre, però, materiali, indicazioni e linee guida che preziosamente andrebbero, poi, assunti anche dalle altre strutture ospedaliere.

**PRESIDENTE.** La ringrazio per la concisione ma anche per aver messo il dito nella piaga; in effetti, è una questione che avvertiamo un po' tutti, sia chi sia estraneo all'ambiente ospedaliero sia chi, invece, operi nel settore.

Do ora la parola al dottor Principi.

**NICOLA PRINCIPI, Direttore della clinica pediatrica dell'Università di Milano.** Vorrei riagganciarci all'intervento che mi ha preceduto, che ho trovato molto pertinente soprattutto in relazione a quelle che sono le esigenze di ospedalizzazione del settore infettivologico, di cui, in particolare, mi occupo.

Come è stato giustamente osservato, per l'assistenza pediatrica, almeno per quella di secondo e di terzo livello, l'ideale sarebbe il policlinico pediatrico. Realtà di questo genere sono presenti in tutti i paesi in avanzato sviluppo riguardo all'assistenza sanitaria, compresa l'Italia. Però, occorre segnalare che ci sono molte carenze anche in regioni con elevata assistenza sanitaria, dove manca proprio un policlinico pediatrico.

Vorrei tornare sul discorso relativo all'ospedalizzazione, ricordando le problematiche dei bambini affetti da malattie infettive. Il primo problema è rappresentato dal fatto che una parte non trascurabile dei bambini viene ricoverata in strutture che non sono pediatriche. Questo è un punto fondamentale. Per malattie infettive che hanno un notevolissimo impatto clinico ed emozionale (l'esempio più chiaro è quello della meningite), la stragrande maggioranza dei bambini viene ricoverata in reparti per adulti.

Ciò ha delle conseguenze sia assistenziali sia psicologiche estremamente importanti: il bambino ricoverato in mezzo agli adulti è seguito da medici e da infermieri che non hanno alcuna pratica pediatrica, i quali, forse, qualche volta, dimenticano che l'approccio diagnostico e terapeutico del bambino, soprattutto di quello più piccolo, è completamente diverso da quello dell'adulto ed, inoltre, non sono in grado di circondare il bambino di quelle modalità di assistenza che permettono un'uma-

nizzazione del ricovero, che si ritiene essenziale per avere, in tempi estremamente brevi, un esito favorevole. Si pensi a come sono costruiti i reparti di malattie infettive per adulti: in essi, il paziente è, di fatto e giustamente, segregato dal resto dell'ambiente; mettere un bambino in quelle condizioni significa creargli difficoltà nei rapporti con la madre e con tutta la famiglia, la cui presenza ed assistenza sono assolutamente indispensabili.

È indubbiamente necessario tener conto, oltre che dell'aspetto tecnico ed infettivologico, anche di quello psicologico e dei fondamentali bisogni assistenziali. Quindi, occorrerebbe modificare la tendenza, da parte delle strutture assistenziali italiane, a ricoverare in reparti per adulti i bambini con malattie infettive di un certo genere.

Altrettanto importante è la problematica relativa alla patologia infettiva minore, che, dall'elenco che è stato fatto, rappresenta una delle cause principali di ricovero (si pensi alle malattie gastroenteriche, come le diarree acute di origine infettiva, o alle infezioni respiratorie, siano esse alte o basse, come le polmoniti). In genere, i bambini affetti da tali patologie vengono ricoverati in reparti pediatrici, i quali, però — bisogna farlo presente — hanno strutturazioni che non sono tali da consentire alcuna limitazione del possibile contagio. In altre parole, è molto comune che un bambino che ha l'influenza finisca ricoverato a pochi centimetri di distanza da un altro bambino affetto da gastroenterite e, così, nel giro di ventiquattr'ore, si verifica lo scambio delle malattie infettive, per cui quello che aveva influenza si prende la gastroenterite e viceversa.

Questo discorso è assolutamente diffuso anche in strutture — come la clinica pediatrica che dirigo, la quale è stata ristrutturata pochissimi anni fa e che si trova a Milano (e, quindi, non in un paesino o in un borgo sperduto) — ove non esiste alcuna possibilità di limitazione del contagio, nemmeno nell'accesso (dico sempre al mio direttore generale che, se mai qualcuno ci farà causa, avrà ragione). Infatti, essendo l'atrio della clinica adibito

a sala d'attesa del pronto soccorso, accade regolarmente che un bambino con l'influenza che aspetta di essere visitato trasferisca automaticamente la sua infezione a tutti gli altri bambini venuti per altri motivi. Questo discorso ha delle ricadute estremamente negative, laddove si verifichi — come è stato ricordato prima — il ricovero in ospedale di bambini con patologie complesse rare, che richiedono attenzioni particolari. Si pensi, ad esempio, al bambino con patologia neoplastica; il bambino che ha un tumore — che è immunodepresso, a causa della malattia e delle terapie cui è sottoposto, e che, quindi, può andare incontro ad infezioni — finisce spesso di fianco a quello che ha l'influenza, senza alcuna possibilità di differenziazione delle situazioni cliniche e con gravissimi rischi di peggioramento della situazione clinica.

Risulta necessario, quindi, intervenire anche in queste situazioni, pur considerando che si tratta di un intervento piuttosto pesante, in quanto bisogna modificare le strutture murarie e dare un assetto logistico diverso ai ricoveri.

Credo che si debba pensare a muoversi in questa direzione, almeno per quei bambini affette dalle patologie più gravi (neoplastica, fibrosi cistica), che sono a maggior rischio di contrarre infezioni, i quali, se finiscono in un ospedale per la loro patologia, spesso ne escono con una complicità, anziché con una limitazione del danno.

**PRESIDENTE.** Do ora la parola al dottor Gallo.

**GIOVANNI GALLO,** *Responsabile del servizio di epidemiologia e sanità pubblica della direzione prevenzione della regione Veneto.* Vorrei presentare, essenzialmente, le iniziative intraprese dalle regioni nel campo delle vaccinazioni.

Con la modifica del titolo V della Costituzione, si è avuta una maggior competenza delle regioni e delle province autonome nel campo della programmazione e pianificazione delle attività di contrasto alle malattie.

Le malattie infettive si differenziano dalle altre perché esse non conoscono confini regionali, perciò è necessario, in maggior grado rispetto ad altre patologie, un coordinamento fra gli interventi delle singole regioni. Per tale motivo, gli assessori ed i presidenti, già nel settembre scorso, hanno individuato un documento con le principali priorità nel campo delle malattie infettive. Tra tali priorità, le due principali riguardavano le vaccinazioni, prevedendo, in particolare, che si sviluppi una programmazione unificata attraverso la predisposizione di un piano di promozione delle vaccinazioni e, come azione prioritaria, un piano per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita.

I motivi che riconoscono la vaccinazione come elemento principale sono essenzialmente due: le vaccinazioni, ancora oggi, risparmiano alcune migliaia di morti; non ce ne rendiamo conto, poiché le malattie sono eliminate o controllate proprio dalle vaccinazioni; se queste ultime non vi fossero, torneremmo molto indietro.

Altro aspetto importante è che vi sono notevoli differenze regionali. Di fatto, i sistemi garantiscono l'assistenza in modo molto diverso, tra le regioni.

Per alcune malattie, prevenute con vaccinazione, vi sono livelli di copertura che si differenziano di oltre trenta punti percentuali, nelle diverse regioni. Si tratta di un aspetto che sottolinea la gravità del problema e la necessità di un coordinamento.

Come dicevo, uno degli aspetti sui quali si stanno impegnando le regioni è la predisposizione di un piano italiano di promozione delle vaccinazioni. Attualmente, è in fase di istruzione da parte del coordinamento interregionale controllo malattie infettive e vaccinazioni, che vede, oltre ad esperti delle regioni e delle università, quelli del Ministero della salute e dell'Istituto superiore di sanità.

L'istruzione di tale documento è in fase abbastanza avanzata e prevede una prima parte che si occupa, essenzialmente, dei principi e dei punti chiave, che rendono bene la filosofia del nuovo modo di ap-

procciare le vaccinazioni. I primi tre punti riguardano, infatti, la necessità di una strategia comune: mirano alla definizione di un livello uniforme di assistenza, all'eliminazione delle differenze regionali, che, come dicevo poc'anzi, oggi sono molto marcate, e la definizione di piani d'azione comune.

Vi è, poi, il tentativo di migliorare la qualità del servizio. I risultati riscontrati sono, infatti, anche conseguenza di una non adeguata qualità del servizio vaccinale, anche se molti risultati positivi sono stati ottenuti. Si prevede la definizione di programmi integrati ed un miglioramento complessivo della qualità dei servizi vaccinali, assieme ad una maggiore capacità di promozione delle vaccinazioni, da parte dei servizi (è uno dei temi cruciali).

Altro aspetto affrontato dal piano è l'individuazione di standard di riferimento (per il momento, solo in termini qualitativi) da mettere a disposizione dei servizi, per tentare di fornire indicazioni per il loro miglioramento, oltre ad elementi per un possibile confronto tra gli stessi servizi.

In particolare, i summenzionati standard cercano di tenere conto di due aspetti particolari, recentemente apparsi sullo scenario: la necessità di puntare ad un'adesione consapevole alle vaccinazioni, superando il concetto dell'obbligo vaccinale, e la possibilità che le vaccinazioni possano essere eseguite da professionisti sanitari, non medici. Sono due opportunità, due linee generali che devono essere sviluppate da tutti i servizi.

Importante è altresì il piano di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (la gravità di tali malattie è già stata esposta da miei colleghi, in precedenti audizioni). In estrema sintesi, il piano dovrebbe garantire che nessun bambino nasca con la rosolia congenita o muoia di morbillo (si tratta di evenienze ancora presenti nel nostro paese). Ciò rappresenta, di fatto, la principale priorità in campo vaccinale nel nostro paese, attualmente.

Il piano ha un altro obiettivo: rappresentare un'occasione, una specie di programma — guida volto al miglioramento

dei servizi vaccinali. Credo che ciò sia l'elemento più importante che tale piano sviluppa: il consolidamento, attraverso un'azione pratica e non enunciazioni esclusivamente di principio, dei servizi vaccinali nel nostro paese, garantendo che le misure che si sono dimostrate efficaci nel migliorare le coperture vaccinali diventino un'attività quotidiana da parte di tutti i servizi.

Tali misure sono, principalmente, il miglioramento della sorveglianza delle malattie infettive, sia in termini di malattia, sia come coperture vaccinali, sia come frequenza di eventi avversi; la conduzione di tutte le azioni che si sono dimostrate efficaci nell'aumentare le coperture; la realizzazione di anagrafi vaccinali; la conduzione di un programma di formazione complessiva rivolto ai servizi ed un programma di informazione e di promozione delle vaccinazioni rivolto alla popolazione. Il piano di eliminazione può rappresentare l'occasione per migliorare, nell'arco dei due o tre anni del suo sviluppo, i servizi.

Altro punto importante, che costituisce una delle linee di sviluppo di tutta l'azione vaccinale delle regioni, è l'idea che le stesse vaccinazioni siano un diritto. A nostro avviso, occorre riuscire a garantire che i servizi di sanità pubblica assicurino la fruizione di tale diritto da parte di tutti i bambini, prevedendo una serie di obblighi a carico dei servizi. Gli obblighi principali, che possono essere individuati, credo, anche in termini normativi potrebbero essere la gratuità delle vaccinazioni previste come necessarie per la popolazione nazionale e che esse avvengano senza ostacoli, di ordine amministrativo o di altra natura. Deve essere eseguito un regolare monitoraggio dei programmi di vaccinazione, che riguardi sia le coperture vaccinali sia la frequenza delle malattie e degli eventi avversi e che fornisca un rapporto annuale.

I servizi saranno, poi, obbligati a garantire la conduzione di tutte le azioni che si sono dimostrate avere evidenza di efficacia nell'aumentare le coperture vaccinali. Inoltre, sarebbe necessario condurre programmi nazionali di promozione delle

vaccinazioni, a sostegno delle campagne straordinarie (oggi, quella contro il morbillo) e, in futuro, a sostegno delle nuove vaccinazioni che potrebbero essere introdotte.

Come affermato da altri colleghi, è altresì fondamentale la promozione di un sistema integrato di anagrafi vaccinali e che il calendario delle vaccinazioni necessarie sia periodicamente rivisto, in collaborazione fra Ministero della salute e regioni, per definire i nuovi livelli di assistenza che debbono essere garantiti.

Un ultimo aspetto è la necessità di individuare risorse specifiche per le vaccinazioni, in modo da avere la disponibilità di fondi vincolati per condurre le attività ritenute prioritarie e necessarie. Grazie.

**PRESIDENTE.** Do la parola ai colleghi che desiderano intervenire.

**ALESSANDRO DE FRANCISCIS.** Non so se gli illustri ospiti oggi intervenuti in Commissione abbiano avuto modo di consultare gli atti della nostra indagine conoscitiva, avviata ormai già da alcune settimane. I colleghi che invece hanno seguito questi lavori sin dall'inizio avranno, come me, apprezzato il fatto che, forse, ci troviamo ad un giro di boa della nostra attività.

Trattando costantemente il tema delle malattie infettive e delle relative vaccinazioni, abbiamo iniziato ad affrontare concretamente la questione dell'ospedalizzazione dei minori affetti da patologie infettive, cioè l'altro argomento di interesse di questa indagine. Esprimo apprezzamento per i nostri ospiti che, con le loro autorevoli dichiarazioni, ci aiutano ad avere una migliore visione in prospettiva della situazione.

La questione in gioco è sì tecnica ma anche politica; infatti, sia pure con garbo, tutti e tre i nostri ospiti hanno fatto riferimento, seppur in modo diverso, al fatto che nel nostro paese i problemi della sanità hanno un incardinamento prevalentemente a livello regionale, con il tentativo della Conferenza Stato-regioni di omoge-

neizzare il settore, almeno a livello di alcune questioni preminenti, come il campo delle malattie infettive che ovviamente non ha confini: dalla sala di attesa del policlinico di Milano alla nostra realtà quotidiana in tutto il paese.

Ancora una volta emergono dagli interventi odierni, chiaramente non concordati, la preoccupazione e la necessità — di cui la Commissione deve farsi carico — di assumere delle iniziative a livello parlamentare tese a garantire l'omogeneità del settore sanitario italiano, almeno rispetto ad alcune priorità come le malattie infettive in età infantile.

In tal senso, mi rivolgo ai nostri ospiti, ed in particolare al dottor Palumbo (che ebbi modo di conoscere ai tempi della sua esperienza presso l'osservatorio epidemiologico campano), il quale ha citato elementi quantitativi che ci forniscono un'indicazione del tasso di ricoveri della popolazione sotto i quattordici anni nel nostro paese; sono poi stati forniti anche alcuni elementi diagnostici (in particolare facendo riferimento ai DRG) la cui precisione, in verità, mi sembra un po' grossolana, ma che comunque servono ad inquadrare la situazione almeno per linee generali.

Ebbene, premesso ciò, vorrei sapere se unitamente ai dati quantitativi siano disponibili anche dei dati qualitativi, magari di provenienza del Ministero della salute, relativi alle fasce di età dello sviluppo.

Queste considerazioni si collegano all'intervento del professor Principi il quale, segnalando il tema del ricovero improprio di bambini in strutture di tipo non pediatrico, di fatto evidenzia un dato comune, presente in tutti e tre gli interventi dei nostri ospiti; mi riferisco ad una distribuzione — direi a macchia di leopardo — di centri di eccellenza e degli altri centri, che di eccellenza non sono, presenti nel nostro paese. A mio avviso, la regionalizzazione pressoché completa della materia sanitaria (spero non si giunga ad una sua completa devoluzione alle regioni) forse da handicap potrebbe trasformarsi in vantaggio se, attraverso una cabina di lavoro, si potessero evidenziare e valorizzare i centri di eccel-

lenza ed allo stesso tempo supportare quei centri che, invece, non sono di eccellenza, aiutandoli a migliorare le proprie funzionalità relative ad una sorta di « copertura in rete » dei bambini ammalati o che comunque sono seguiti da strutture pediatriche.

Ai nostri ospiti chiedo, quindi, che ci forniscano non solo degli elementi qualitativi riguardo a tali temi ma anche dei suggerimenti su come il Parlamento possa aiutare, stimolare quei centri che non manifestano elementi di eccellenza.

Il professor Principi ha sottolineato un tema che è all'attenzione della nostra Commissione ormai da sei settimane. Nel paese purtroppo è invalsa una certa abitudine: sia per i bambini sospettati di aver contratto patologie infettive sia per quelli che sono effettivamente affetti da tali patologie, e per i quali si deve dunque ricorrere a reparti specializzati per i trattamenti del caso (approccio iniziale, isolamento ed eventuale terapia), accade spesso, troppo spesso, che tali bambini siano invece affidati a reparti non specializzati nel trattamento di pazienti ancora in età evolutiva.

Il professor Principi, oltre ad esser direttore di una clinica pediatrica, è stato uno dei precursori della necessità di attenzione ai problemi dell'infettivologia nell'età evolutiva; pertanto credo che egli possa sicuramente fornirci dei suggerimenti sulle misure da adottare. È ragionevole immaginare che il Parlamento, con gli strumenti di cui dispone, possa fornire un adeguato impulso affinché in ogni regione d'Italia vi sia perlomeno un centro di eccellenza che, certo, risponda ai criteri quantitativi e qualitativi indicatici dal dottor Palumbo, ma che rappresenti anche un riferimento sicuro per quelle necessità di assistenza verso i problemi dell'età evolutiva, ormai uno standard in altri paesi occidentali?

Rispetto alle patologie infettive minori, chiedo al dottor Principi quali siano le possibili soluzioni alla necessità di ottimizzare le risorse; in particolare in materia di offerta di posti letto pediatrici. Lo stesso dottor Palumbo, infatti con molto

garbo, ha evidenziato nel suo breve ma intenso intervento che in alcune regioni vi è forse un'eccedenza di posti letto pediatrici. Forse allora si possono recuperare delle risorse ed utilizzarle meglio laddove ve ne è maggior necessità. Chi conosce i problemi della pediatria nel nostro paese sa bene che un'altra necessità è anche quella di ridurre i ricoveri impropri per le patologie minori.

Infine mi rivolgo al dottor Gallo, che per la prima volta interviene presso questa sede; egli ha evocato un fantasma che inseguivamo da alcune settimane: da fonti dell'Istituto superiore di sanità e da ambienti accademici ci giunge notizia di un lavoro avviato in sede di Conferenza Stato-regioni riguardante la materia della prevenzione, in particolare di alcune patologie prioritarie come il morbillo. Vi chiedo se possiate fornirci un utile contributo per la nostra conoscenza magari fornendoci indicazioni sulle bozze di tale lavoro. Mi rivolgo anche alla presidente: possiamo far sì che la nostra Commissione venga a conoscenza di questa attività? Se il lavoro fin qui compiuto è valido, forse potremmo offrire un cassa di risonanza presso il Parlamento e, affinché questo possa giungere a conclusione, potremmo dare adeguato impulso nelle sedi proprie: Conferenza Stato-regioni e lo stesso Parlamento. Se, al contrario, il lavoro non è valido potremmo utilizzare le nostre prerogative parlamentari per migliorarlo ed accelerarne la conclusione.

**PRESIDENTE.** Invero, onorevole De Franciscis, avevo pensato all'opportunità di un eventuale intervento nel senso testé indicato a proposito di tali linee guida, in modo da poterne velocizzare il percorso. Sarebbe, infatti, utile ricevere il vostro concreto apporto in modo da unire gli sforzi, noi utilizzando la nostra azione di intervento su Parlamento e Governo e voi la vostra esperienza e scienza.

**ANTONIO ROTONDO.** Desidererei ricevere qualche notizia ulteriore circa il calo dell'ospedalizzazione in età pediatrica; vorrei sapere, infatti, se i dati più

recenti lo confermino anche per gli ultimissimi mesi. Se in ipotesi fosse confermato, gradirei conoscere quali valutazioni si possano fare circa l'appropriatezza dei ricoveri effettuati. Il 50 per cento dei ricoveri è attribuibile, grosso modo, a dieci gruppi di patologie; domanderei, dunque, se, al riguardo, rispetto al passato, sia cresciuta o diminuita l'appropriatezza dei ricoveri stessi.

Vorrei, altresì, sapere dal professore Principi se il problema da lui lamentato circa l'ospedalizzazione dei bambini nei reparti per adulti si stia accentuando negli ultimi tempi o meno.

Nell'accordo dell'agosto 2001 in sede di Conferenza Stato-regioni si è convenuto di ridurre i posti letto complessivi; dal 5 per mille per acuti si è, infatti, passati ai 4 posti letto per mille. Chiederei, quindi, se tale riduzione abbia influito in maniera particolare sui reparti pediatrici. Gradirei conoscere, infatti, se il calo dei numeri di posti letto per acuti si sia ripercosso in maniera maggiore sulla disponibilità di posti letto pediatrici.

**PRESIDENTE.** Il professore Principi sottolineava l'opportunità di non ricoverare i bambini nei reparti per adulti. È fondamentale, ma come fare? Potete suggerire al Governo qualche soluzione che possa, pur non entrando nelle linee guida dianzi citate, costituire il contenuto di un atto di indirizzo riguardante le strutture ospedaliere che le regioni devono approntare? Anche se la decisione spetta alla Conferenza Stato-regioni, può ben esserci una linea già indicata dal Governo grazie ad un nostro atto di indirizzo. Non si tratterebbe, in fin dei conti, di separare completamente il bambino dall'adulto ma di operare qualche intervento. Ricordo, al riguardo, che il vecchissimo ospedale aveva almeno i famosi « padiglioni malattie infettive », che erano civilissimi e che avevano da una parte il settore pediatrico, dall'altra, il settore per adulti. Assetto poi scomparso nel corso degli anni (facciamo sempre un passo avanti per farne poi due indietro...) Vi chiedo dunque come tecnicamente si possa intervenire; è bene, in-

fatti, indicare il problema ma è bene anche ipotizzare una soluzione. Leggevo proprio oggi un giornale che riportava le malattie da ospedale, malattie tanto più odiose se ad essere esposto a contrarle è un bambino, un essere debole, in alcuni casi debolissimo (il bambino oncologico, per esempio).

Do la parola ai nostri ospiti per le risposte.

**FILIPPO PALUMBO**, *Direttore generale della direzione generale della programmazione sanitaria della Ministero della salute.* Per quanto riguarda la richiesta di informazioni sugli aspetti qualitativi, distinguerei due approcci, entrambi sul campo. Il primo è il tentativo che si è fatto, già con il decreto legislativo n. 502 del 1992, di individuare dei sistemi organici di monitoraggio della qualità. Mi riferisco ai decreti ministeriali che ricapitolano una serie di indicatori qualitativi rispetto ai quali sviluppare una analisi soprattutto per confronti tra regioni.

Questo filone si è poi completato con quanto previsto dalla normativa in materia di federalismo fiscale nella quale, come ricorderete, la misura di decentramento sostanziale del fondo sanitario nazionale, e anche la fine del vincolo di destinazione delle risorse, veniva accompagnata dalla previsione della messa in piedi di un cosiddetto sistema di monitoraggio e garanzia che consentisse allo Stato di monitorare gli aspetti quantitativi e qualitativi della erogazione dei LEA nelle varie regioni.

Per quanto riguarda questi due impianti, devo osservare che i precedenti decreti sugli indicatori qualitativi sono stati, in effetti, puntualmente emanati e pubblicati; però, il loro utilizzo è molto residuale. Infatti, non a caso anche gli operatori del settore stenterebbero a ricordare una pubblicazione o una rassegna critica in cui, per esempio, si veda mappata la posizione di ogni regione rispetto a questi indicatori. Ciò significa che sono stati prodotti ma il loro utilizzo si è rivelato non utile, non sufficiente; si tratta, quindi, di un lavoro ancora da compiere.

ALESSANDRO DE FRANCISCIS. Ciò, ai sensi del decreto n. 502?

FILIPPO PALUMBO, *Direttore generale della direzione generale della programmazione sanitaria della Ministero della salute*. Si tratta dell'articolo 20, comma 3, e 14, comma 1, del decreto n. 502 del 1992.

Il sistema di monitoraggio in garanzia è molto recente, essendo stato varato circa due anni fa. Ancora, quindi, non abbiamo dati per potere esprimere un giudizio su tale sistema previsto dal federalismo fiscale; valuteremo la sua resa quando sarà prodotto.

Oggi, dunque, non esistono dati sistematici di carattere qualitativo; esistono una miriade di pubblicazioni che si riferiscono a singoli aspetti valutativi. Tutto il filone della VRQ, ovvero della verifica e revisione di qualità, ha trovato anche applicazioni in ambito pediatrico e vi è stato un fiorire di indicazioni della letteratura su modalità anche semplici di accertare la qualità. Per fare un esempio, l'adeguata dotazione, in una realtà ambulatoriale ospedaliera, di sfingomanometri dedicati ai bambini è un indicatore oggettivo di qualità. Se mancano, significa che l'ospedale non lavora bene.

È un filone interessante, questo, che potrebbe essere sviluppato.

Per quanto riguarda, invece, l'altro approccio anch'esso strategico — quello della promozione della qualità —, esso mira ad enfatizzare il ruolo dei centri di eccellenza, per tutelarli ma anche per farne ambiti esemplari rispetto agli altri luoghi di cura del sistema.

Da tale punto di vista, un elemento interessante risiede nella circostanza che nell'accordo del 24 luglio ultimo scorso, in cui sono state individuate cinque priorità nell'attuazione del piano sanitario nazionale, Stato e regioni hanno convenuto che, tra queste cinque priorità, fosse compresa, in generale, quella dei centri di eccellenza. Tranne che per alcuni grandi campi diagnostico terapeutici — i trapianti, la cardiocirurgia —, il termine « centri di eccellenza » è per la gran parte rivolto al settore delle malattie rare e,

quindi, di quelle in età evolutiva. Ovviamente, esistono tali centri anche per adulti; però, in realtà, pur non sapendo percentualizzare, devo fare presente che gran parte dell'ambito dei centri di eccellenza è rivolto proprio alle cure in età evolutiva.

Per promuovere questa rete di eccellenza sono nate anche alcune iniziative; recentemente, per esempio, si è avviata un'iniziativa di collaborazione sistematica degli ospedali pediatrici dedicati. Come direzione generale del Ministero stiamo anche promuovendo l'adesione a questa rete dei dipartimenti pediatrici complessi in modo da costituire un punto di collaborazione costante che produca materiale culturale, linee guida ed esperienze ripetibili anche in altri luoghi del sistema.

L'accordo recente ha portato anche ad una allocazione di risorse in quanto, coerentemente con la decisione di assumere tra le cinque priorità anche i centri di eccellenza, la Conferenza Stato-regioni, nella seduta del 2 ottobre, ha deliberato di dedicare a queste cinque linee guida (e quindi anche ai centri di eccellenza) l'utilizzo delle risorse per i cosiddetti obiettivi di piano. Si tratta delle risorse accantonate ai sensi del comma 34 dell'articolo 1 della legge 662 del 1996, circa 2 mila miliardi annui (il cosiddetto fondo del 3 per cento). Al riguardo, le regioni devono impegnarsi a produrre specifici programmi che, ovviamente, non sono sostitutivi della ordinaria assistenza ma hanno il compito di essere propositivi, costituendo occasione di formazione, di definizione di programmi, di implementazione di nuovi modelli assistenziali.

E si tratta di una cifra cospicua (ad esempio, 200 miliardi per la Campania e 300 per la Lombardia). Il 2003, per la verità, sarà un anno di programmazione leggera, essendo stato il provvedimento assunto in ritardo, ma, certamente, il 2004 ed il 2005 saranno anni di progettualità specifiche, nel senso che il Ministero della salute sarà molto attento a valutare i programmi regionali perché siano meno generici e più dettagliati. L'attività regio-

nale per la promozione dei centri di eccellenza avrà anche un punto di verificabilità, nel senso che potremmo prendere visione e analizzare i suddetti programmi regionali. Il Ministero crede molto nella capacità dei centri di eccellenza di promuovere una qualità diffusa e sarebbe certamente sbagliato puntare alla qualità solo nei centri di eccellenza. È però indubitabile che l'esperienza « apripista » dei centri di eccellenza si riverbera positivamente fin nello studio del pediatra di famiglia.

Alla domanda relativa ai *trend*, ossia se si possa considerare stabilizzato il *trend* in diminuzione, non mi sento di dare una risposta per vari motivi. Innanzitutto per il fatto che le innovazioni tecnologiche della diagnostica o di presidi o di farmaci per la terapia sono in costante evoluzione, il che significa che il *setting* assistenziale ospedaliero, che oggi possiamo considerare appropriato, domani potrebbe non esserlo più; la tecnologia e la diagnostica, infatti, ci consentiranno di trattare i casi in ambiente ambulatoriale o, in qualche occasione, addirittura domiciliare. Voglio dire che la frontiera dell'appropriatezza, spostandosi continuamente, rende difficile la stima.

Vi è, poi, un altro fenomeno che, nel tempo, comincerà a pesare, costituito dall'esistenza di una nuova popolazione di riferimento, rappresentata dai minori delle famiglie degli immigrati. Si tratta di un universo di riferimento nel quale sarebbe sbagliato utilizzare criteri di appropriatezza del tutto sovrapponibili, perché vi sono situazioni familiari diverse o difficili nelle quali, a volte, l'ospedale rappresenta un caposaldo ancora indispensabile. L'augurio è che il radicamento sociale di queste fasce di popolazione porti a renderle del tutto omogenee.

L'impegno a continuare la battaglia sull'appropriatezza è costante e devo dire che su ciò siamo un po' aiutati anche da una dialettica professionale molto forte tra pediatri di famiglia e pediatri ospedalieri. Gli ampi margini di interlocuzione tra di essi ci assicurano sulla vigilanza, anche sociale, dell'inappropriatezza. Sta certa-

mente anche noi, come istituzioni sanitarie, trasformare questa competizione in qualcosa di positivo, al fine di migliorare la qualità dell'assistenza per i nostri pazienti.

NICOLA PRINCIPI, *Direttore della clinica pediatrica dell'Università di Milano*. Circa la domanda posta dal senatore Rotondo — interessato a sapere se le modificazioni della numerosità dei posti letto pediatrici e di quelli per gli adulti avevano portato ad una diversa distribuzione del numero dei casi pediatrici ricoverati in reparti per adulti — faccio presente che la situazione è rimasta praticamente invariata. Infatti, circa un 40 per cento dei ricoveri pediatrici sono costantemente effettuati in reparti per adulti. Si tratta, quindi, di una situazione stabile che può cambiare solo attraverso una radicale modificazione dell'approccio al bambino che viene ospedalizzato.

Per l'individuazione di ciò che occorre mettere in atto riguardo alle problematiche di ricovero dei bambini nei reparti per adulti ed alle difficoltà di controllo delle patologie infettive nei reparti di pediatria, credo che alcune indicazioni possano derivare dalle esperienze precedenti. Un valido esempio, per la definizione del modo migliore di affrontare una problematica pediatrica circa le malattie infettive, è rappresentato dall'AIDS; quando, infatti, all'interno della legge n. 135 del 1990, è stato deciso di individuare i centri di riferimento per l'assistenza e la cura dei pazienti affetti da tale malattia sono stati compresi anche i centri pediatrici, poi identificati all'interno di strutture pediatriche, e sono stati allocati i fondi per l'identificazione della parte muraria all'interno delle strutture stesse. Questo sistema ha dato risultati eccellenti, perché i bambini affetti da AIDS sono stati seguiti dai pediatri ed hanno trovato in quell'ambiente assistenza, legata alla loro età e alle loro esigenze, con una struttura muraria che permette di tenerli isolati per quello che è giusto fare (e non con le stesse logiche dell'adulto, che sono molto più restrittive e coercitive).

Per quanto riguarda la logica di controllo delle infezioni minori ed il ricovero in reparti non specializzati o comunque non particolarmente dedicati alle malattie infettive, credo che, anche qui, si possa tentare una migliore definizione delle strutture murarie, degli spazi e delle modalità di controllo. Si potrà, poi, intervenire più pesantemente attraverso l'applicazione delle linee guida da rispettare per la riduzione del contagio, indicate da documenti italiani e dalla letteratura internazionale.

Credo che si avrebbe l'auspicata riduzione del rischio di contagio se, da un lato, si riuscisse a far sì che in ogni ospedale dove esiste un reparto di pediatria le linee guida per la riduzione del contagio venissero sistematicamente applicate, sia dal personale di assistenza, sia dagli stessi genitori, e, dall'altro, si effettuasse un sistematico intervento di tipo edilizio. Le due vie, insieme, sarebbero, senza dubbio, la soluzione migliore.

**GIOVANNI GALLO**, *Responsabile del servizio di epidemiologia e sanità pubblica della direzione prevenzione della regione Veneto*. Riferisco sullo stato dei documenti. Il primo, quello delle priorità, è alla Conferenza Stato – regioni, come livello di avanzamento, l'altro, quello del piano morbillo, è già passato in sede tecnica, ed anch'esso è alla Conferenza Stato-regioni. Si tratta di due documenti completi che, per quanto riguarda gli aspetti delle regioni, sono già stati approvati dalla conferenza dei presidenti.

Per quanto riguarda il terzo, il piano di promozione delle vaccinazioni, esso si trova ancora nella fase di iniziale di istruttoria tecnica, nel gruppo del coordinamento, che lo sta predisponendo.

Non è stato ancora visionato dall'insieme dei referenti delle regioni, quindi, è ancora abbastanza indietro come parte istruttoria; se si desidera – facendo presente che è in una fase molto preliminare e non è stato ancora condiviso da tutti i referenti delle regioni – possiamo farne avere copia alla Commissione.

**ALESSANDRO DE FRANCISCIS**. Vorrei sapere se è possibile acquisire il materiale che si trova su Internet.

Seconda questione, di merito, sul morbillo: lei, dottor Gallo, ha citato il piano per l'eradicazione del morbillo, contenuto in uno dei documenti; se ho capito bene è fermo nella conferenza Stato – regioni, e non è stato ancora attivato.

Possiamo fare qualcosa affinché la situazione si sblocchi?

**GIOVANNI GALLO**, *Responsabile del servizio di epidemiologia e sanità pubblica della direzione prevenzione della regione Veneto*. È stato approvato dai presidenti delle regioni che, quindi, sono impegnate a condurlo in porto. Ciò, indipendentemente dal fatto che vi sia un passaggio ulteriore, a livello della Conferenza Stato-regioni.

**ALESSANDRO DE FRANCISCIS**. La parte Stato è rappresentata dal Governo? Si può chiedere al Governo se ha svolto il proprio ruolo per il piano di eradicazione del morbillo, signor presidente?

**PRESIDENTE**. Certamente possiamo chiederlo.

**ALESSANDRO DE FRANCISCIS**. Mi pare di capire che le regioni hanno approvato il testo, ma esso non è andato in pubblicazione.

**PRESIDENTE**. Noi disponiamo anche dello strumento della lettera da inviare al ministro, concordata ed approvata dalla Commissione.

Potrebbe essere formulata nel senso che state indicando. Secondo me, è una maniera immediata di intervenire sul problema.

**ALESSANDRO DE FRANCISCIS**. Su tale tema, signor presidente, con l'ausilio degli uffici, possiamo compiere un passo in avanti.

Ora acquisiamo la parte indicata dal dottor Gallo e, poi, eventualmente, scriviamo una lettera, per capire se tale iter, per la parte di competenza del Governo, è completo.

Pongo, poi, una domanda che mi viene sollecitata dal secondo intervento del professor Principi, il quale, parlando dell'AIDS, e di come fu approcciato in ambito pediatrico, fa un esempio che reputa di scuola: egli sostiene che è stato l'approccio migliore possibile. In buona sostanza, su un'emergenza data, riconosciuta, descritta e verso la quale fu elaborato un piano di intervento medico, furono individuati dei centri di eccellenza e si stanziarono risorse affinché tali centri di eccellenza potessero rispondere all'emergenza AIDS.

Farei una riflessione « ad alta voce », affinché rimanga agli atti e possa essere da noi utilizzata nella redazione del documento finale di questa indagine: disponendo delle risorse, potremmo o impegnarle verso le regioni o « giocare » sulle leggi finanziarie (è un problema politico che attiene, ovviamente, al Parlamento nel suo complesso). Sia per il reperimento dei fondi sia, eventualmente, per le norme — il professor Principi faceva esplicito riferimento ad interventi edilizi, sulla struttura ospedaliera — potremmo immaginare la necessità e l'allocazione (o localizzazione) di alcuni centri di eccellenza per il ricovero di bambini affetti da malattie infettive, con l'aiuto degli esperti che si stanno spendendo con noi, in quest'indagine conoscitiva, ed anche quantificare il tipo di interventi che potremmo suggerire. Non possiamo deliberare tali interventi, poiché è il Parlamento ad avere tale competenza; possiamo suggerire al Governo di indicare, tramite la Conferenza Stato-regioni, alle amministrazioni regionali alcuni percorsi.

Qualora fosse necessario, potremmo ripercorrere la strada a suo tempo seguita per l'AIDS.

**PRESIDENTE.** Mi sembra di aver capito dalla relazione che esiste un fondo,

del 3 per cento, destinato alle eccellenze. In tale fondo dovrebbero essere reperite le risorse. Compito nostro è indicarle.

Vi suggerisco anche un'altra linea, che dovremmo sollecitare nel nostro documento. È vero che ci stiamo occupando, in questa sede, di sanità, ma non dimentichiamo che vi è sempre l'aspetto sociale legato alla sanità.

Un centro di eccellenza regionale per le malattie infettive per il bambino significa che i genitori che non abitano nei pressi di tale centro (facendo l'esempio della regione Lazio, pensiamo a genitori che provengono dalla provincia di Rieti) non possono essere vicini al bambino stesso.

Credo, pertanto, che dobbiamo anche contemplare la necessità di strutture di appoggio, di possibilità che il sociale, legato all'ospedalizzazione, possa intervenire a fianco delle strutture di eccellenza. Si tratta di un aspetto che dobbiamo assolutamente sottolineare.

**ALESSANDRO DE FRANCISCIS.** Mi è parso di capire, dall'audizione odierna — molto proficua — che, in sostanza, l'*optimum* sarebbe la struttura posta nel grande ospedale Ormai, infatti, il *trend* è verso la valorizzazione dei grandi ospedali (non si può più pretendere — lo dico ai tanti di noi che hanno amici sindaci, parroci o vescovi — che si abbia il piccolo ospedale in tutti i paesi).

Come dicevano, poc'anzi, il dottor Palumbo ed il professor Principi, pur con diverse accentuazioni, è importante che il reparto di pediatria — ormai di fatto strutturato in una forma dipartimentale (vi collaborano l'internista ed il chirurgo, il radiologo e l'analista, eccetera) — segua il bambino arrivato nell'ospedale anche quando necessita di ricovero.

Il problema è che, in molte parti del paese, per diverse centinaia di chilometri di distanza, non vi sono né il buon ospedale né il buon reparto di pediatria ma solo (come nel caso della Campania, che a me — essendo deputato di tale regione — è noto) un grande ospedale infettivologico.

È chiaro che quando la capienza dell'ospedale più piccolo è satura, il bambino

che arriva in quello grande — faccio esplicito riferimento all'ospedale che avevo proposto alla presidenza di visitare, il Cotugno di Napoli — non trova ciò che lei dice, signor presidente. Trova i cameroni dell'adulto, l'infermiere dell'adulto ed, al mattino, il medico dell'adulto che — ancorché ogni medico sia chirurgo — manca di quelle competenze specifiche che la comunità pediatrica esige per i bambini.

Perciò insistevo col dottor Palumbo per avere delle chiavi di lettura del problema. Egli ci ha fornito alcuni elementi.

Dobbiamo studiare il territorio nazionale. Credo che il Parlamento, se ha ancora una funzione (tutti noi riteniamo che la posseda e che essa sia alta e prestigiosa), possa aiutare ad omogeneiz-

zare le risposte ed a perequare il tipo e la qualità dell'assistenza sanitaria che dobbiamo assicurare in tutto il paese.

**PRESIDENTE.** Ringrazio gli intervenuti e dichiaro conclusa l'audizione.

**La seduta termina alle 15,30.**

---

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

**DOTT. VINCENZO ARISTA**

---

*Licenziato per la stampa  
il 5 dicembre 2003.*

---

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

€ 0,26

*Stampato su carta riciclata ecologica*



\*14STC0009940\*