

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE
FRANCESCO PAOLO LUCCHESI

La seduta comincia alle 12,50.

Audizione del presidente dell'Istituto superiore di sanità, professor Enrico Garaci, sui risultati dell'indagine epidemiologica sulla mortalità estiva in Italia.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione, ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento, del presidente dell'Istituto superiore di sanità, professor Enrico Garaci, sui risultati dell'indagine epidemiologica sulla mortalità estiva in Italia. Avverto che il professor Garaci ha delegato a rappresentarlo il dottor Donato Greco e la dottoressa Susanna Conti, rispettivamente direttore e primo ricercatore del centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, ai quali rivolgo il benvenuto e do la parola.

DONATO GRECO, *Direttore del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute*. Signor presidente, il ministro della salute a ferragosto del 2003 ci ha chiesto di portare evidenza sul sospetto eccesso di mortalità che sarebbe stato causato dalla particolarissima ondata di calore avvenuta in quel periodo. Abbiamo raccolto dati da ventuno anagrafi comunali delle città capoluogo di regione o province autonome ed essi hanno dimostrato in maniera chiara e forte un notevole eccesso di mortalità nelle persone anziane e fragili.

Una stima svolta dal nostro ufficio statistico, diretto dalla qui presente dottoressa Conti, evidenzia che circa ottomila

persone anziane sono decedute in anticipo, persone quindi, spesso con patologie, morte per effetto del calore, elemento determinante anche se non diretta causa del decesso.

Intendo ricordare che il nostro ufficio, come organo tecnico-scientifico del servizio sanitario, risponde al ministero, alle regioni ed alle aziende per le varie richieste. In questa sfera il Ministero della salute ha predisposto una sperimentazione in quattro regioni, Lombardia, Liguria, Lazio e Piemonte e nelle relative città capoluogo, Milano, Genova, Roma e Torino (tra le più colpite dal fenomeno e già coperte da un programma speciale di intervento gestito da comuni e regioni), concordata con il ministro del *welfare*, onorevole Maroni. Tale sperimentazione prevede un inserimento nel programma di assistenza agli anziani fragili che comuni e regioni hanno già sviluppato. La sperimentazione sarà orientata alla valutazione di un modello di assistenza sociosanitaria peculiare, testata proprio nella città di Milano quando il professor Sirchia era assessore ai servizi sanitari del comune. La figura del controllo sociosanitario è una figura intermedia che si pone in posizione di vicinanza presso l'anziano fragile ed i servizi sociosanitari esistenti sul territorio.

Per la sperimentazione sono stati allocati quattro milioni di euro per due anni, due milioni per il settore sociale e due milioni per la salute, così da valutare un modello di assistenza. L'Istituto superiore di sanità ha incaricato di svolgere una supervisione, da noi ordinariamente realizzata per molte altre sperimentazioni che il Ministero della salute in piena autonomia, concordate con le regioni, può sviluppare.

Sarebbe utile avere maggiori dettagli sull'eccesso di mortalità, in quanto il solo elemento della cifra complessiva non consente un'analisi approfondita che può essere realizzata esaminando il contenuto dei dati. La dottoressa Conti ha anche predisposto una relazione che possiamo consegnare alla Commissione.

SUSANNA CONTI, *Primo ricercatore del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute*. Ho preparato una documentazione rappresentata da una relazione scientifica privata dei tecnicismi che hanno interesse scientifico per la pubblicazione sulla rivista ma non rilievo di sanità pubblica, con tabelle e figure che rendono particolarmente evidente la situazione che a grandi linee ha già delineato il professor Greco.

Questa estate si è determinato un grande allarme sociale quando sono pervenute le notizie dalla Francia. Quindi, subito dopo ferragosto, precisamente giovedì 18 agosto, siamo stati allertati al fine di predisporre un'indagine e ci siamo trovati nella condizione di dover coniugare il rigore scientifico e metodologico con l'urgenza di provvedere.

A tal punto, essendo il nostro Istituto superiore di sanità e rivestendo carattere nazionale, abbiamo scelto di analizzare le ventuno città capoluogo di regione e di province autonome; tra l'altro, la scelta delle città ha un suo fondamento. Senza tediarvi con i dettagli, dalla letteratura scientifica — molti sono gli studi condotti a livello internazionale — sappiamo che esiste il cosiddetto fenomeno dell'isola del calore urbano. Durante le tante ondate di calore che hanno investito altri paesi, è stato osservato come il fenomeno riguardi le città; quindi, abbiamo considerato le ventuno città capoluogo di regione o province autonome (tra esse, tra l'altro, tutte le sette città che superano il milione di abitanti).

L'indagine ha conosciuto due fasi; durante la prima, abbiamo interrogato le anagrafi dei comuni per avere dati ufficiali. Ebbene, nonostante gli immaginabili problemi legati al periodo di ferie, ab-

biamo ottenuto una buona risposta da tutte le periferie; abbiamo, così, potuto ricevere i primi dati riferiti al periodo che va dal 1° giugno al 15 agosto. Dati che sono stati presentati dal ministro il giorno 11 settembre in occasione di una conferenza stampa, ma che erano già pronti, in realtà, ai primi di settembre. Dopodiché, è seguita la seconda fase.

Per riassumere, tra il 2002 ed il 2003, abbiamo registrato, in tutte le fasce d'età, nell'arco dell'intero trimestre estivo, 3.134 decessi in più; per avere un ordine di grandezza, da 20 mila si è passati a 23 mila decessi. Dei 3.134 decessi aggiuntivi, ben 3.027 hanno riguardato ultrasessantacinquenni e, di questi, 2.876 erano ultrasettantacinquenni. Quindi, abbiamo osservato come oltre il 90 per cento dell'eccesso di mortalità si è registrato a carico delle persone ultrasettantacinquenni. Ciò, di nuovo, rappresenta un fenomeno noto a livello epidemiologico in quanto tali persone presentano un sistema omeostatico non efficiente ed hanno, altresì, altre patologie, nonché taluni *impairment* cognitivi per cui non si rendono conto delle situazioni. Vi sono, perciò, tutta una serie di motivazioni.

Per quanto riguarda la distribuzione spaziale e temporale, questa non è stata omogenea; tra l'altro, abbiamo avuto modo di correlare tali dati afferenti alla mortalità con quelli relativi alla temperatura minima, massima ed all'umidità, messi a disposizione dall'UCEA, l'Ufficio centrale di ecologia agraria del Ministero delle politiche agricole e forestali. Abbiamo constatato come gli eccessi maggiori di mortalità si siano registrati, in assoluto, nelle tre città del nord-ovest, a Torino, Milano e a Genova; in particolare, nei primi quindici giorni di agosto, nelle suddette città, si sono osservati valori assai alti. A Torino, il 108 per cento; praticamente, perciò, il numero dei deceduti è più che raddoppiato.

Abbiamo, peraltro, potuto osservare come anche città del sud con un clima abitualmente fresco — quali l'Aquila e Potenza, che si trovano, rispettivamente, a 700 metri e ad 800 metri sopra il livello

del mare —, hanno risentito delle alte temperature, con eccessi di mortalità notevoli.

Per quanto riguarda le altre città del sud, debbo precisare che in molte di esse, nella seconda quindicina di agosto — quindi, alla fine di un'estate molto calda —, si sono osservati eccessi di mortalità (tipicamente, a Bari).

Tra l'altro, ho partecipato, ieri, in Campidoglio, ad un *meeting* di esperti proprio sull'argomento della mortalità estiva; erano presenti anche esperti internazionali. Sono state mostrate talune carte meteorologiche, dalle quali risultava come, nella prima quindicina di agosto, un'ondata grossa di calore avesse coperto la Francia e il nord-ovest dell'Italia; dopo 15 giorni, la parte rossa, raffigurante detta ondata, si era spostata al sud.

Un altro elemento riscontrato, importante ai fini della sanità pubblica, è che l'effetto dell'ondata di calore sulla mortalità è piuttosto breve — il cosiddetto tempo di ritardo —, nell'ordine di pochi giorni. Ciò costituisce un'indicazione di sanità pubblica importante perché mostra che si deve agire velocemente. Abbiamo preparato una documentazione che mostra la correlazione tra la mortalità e le temperature; correlazione chiarissima, al di là del tecnicismo statistico. Emerge in modo evidente come, con i picchi delle temperature, si siano avuti anche i picchi di mortalità.

Un altro elemento molto importante, che ha caratterizzato la nostra ondata di calore, è stato il seguente: le alte temperature si sono registrate non solo durante il giorno ma anche durante la notte. Ciò è particolarmente dannoso per la salute, in quanto non permette all'organismo di avere la possibilità di un recupero.

Vorrei concludere chiarendo che noi abbiamo portato anche a livello internazionale l'esperienza tecnico-scientifica avuta; infatti, si è ritenuto, da parte dell'Organizzazione mondiale della sanità, che quello degli effetti delle ondate di calore sulla salute fosse un problema emergente. Quindi, abbiamo partecipato ad un *meeting* a Bratislava, dove, agendo

nel gruppo di lavoro, ho portato il contributo di questa esperienza italiana. Sono stati preparati degli atti per la prossima conferenza — la conferenza quadriennale governativa, che si svolgerà alla fine di giugno a Budapest — quando, nell'agenda dei ministri, verrà posto all'attenzione proprio il problema delle conseguenze sulla salute degli eccessi di calore. Questione circa la quale è stato importante l'apporto tecnico-scientifico che anche a livello internazionale è stato portato dal nostro istituto.

Lascero all'attenzione della Commissione tutta la documentazione in materia.

PRESIDENTE. Do ora la parola ai deputati che desiderano intervenire.

GIACOMO BAIAMONTE. Anzitutto, vorrei ringraziare l'Istituto superiore di sanità e i presenti relatori per il loro operato sul territorio, i collegamenti avuti e le indagini svolte.

Come giustamente sottolineava la dottoressa, il tutto ha preso avvio da un problema che, verificatosi in Francia, ha avuto una ricaduta sul nostro paese, tant'è che poi siamo dovuti intervenire per fronteggiare l'emergenza.

Però, date le statistiche — in base alle quali si registra un aumento dell'età media collegato all'aumento degli anziani ultrasessantacinquenni —, mi chiedo perché l'attività di prevenzione e la raccolta di dati epidemiologici non vengano svolte anche per quanto riguarda le perfrigerazioni durante il periodo invernale. I dati dovrebbero farci riflettere molto in quanto non preoccupa soltanto il periodo estivo; sono i picchi di temperatura, in un senso o nell'altro, che possono causare tali episodi.

Da un certo punto di vista, mi spiego la circostanza, essendo anch'io medico, pur se operante in una branca chirurgica. Nel nostro paese, non essendoci reparti a lunga degenza che possono venire incontro all'esigenza degli anziani, non si ha una giusta visione del problema. Il tutto, però, è aggravato dalla mancanza di organizzazione sul territorio; infatti, mi permetto di

sostenere — credo non vi siano dati che lo smentiscano — come le scuole di geriatria italiane siano tra le migliori in Europa. Perché non viene effettuato — sia dal Ministero sia dall'Istituto superiore di sanità — un collegamento con le scuole di geriatria? Per un certo periodo, si era ventilata la possibilità di creare la figura del medico geriatra di famiglia, che avrebbe potuto seguire meglio i soggetti anziani, prevenendo le problematiche e permettendo di rimandare la realizzazione di reparti a lunga degenza per gli anziani.

Perché non viene ripresa e portata avanti tale ipotesi, per i soggetti che hanno oltrepassato una certa età e possono soffrire un'esposizione maggiore verso alcune patologie (che, oltretutto, possono rappresentare il fattore scatenante — sia a causa della diminuzione delle difese, sia per patologie preesistenti — di una minore resistenza alle perfrigerazioni o ai colpi di calore, nel periodo estivo)?

GRAZIA LABATE. Devo dare atto che se, dall'agosto 2003, l'Istituto superiore di sanità non avesse monitorato, con attenta sorveglianza — sia dal punto di vista scientifico sia da quello statistico —, il fenomeno verificatosi nel nostro paese, probabilmente non avremmo avuto la possibilità di identificare le città in cui i picchi sono stati più elevati. Sia il dottor Greco sia la dottoressa Conti ci hanno spiegato che gli eccessi di mortalità si sono verificati in quattro città capoluogo di provincia: tre nel nord-ovest e la capitale. Apprezziamo molto tali rilevazioni. Leggeremo con attenzione la documentazione statistico-scientifica.

Essendo l'Istituto superiore di sanità organo di consulenza del Ministero, tutto ciò dovrebbe costituire il *background* su cui il Ministero del lavoro e delle politiche sociali e quello della salute, in connessione con le realtà a rischio per il 2004 (come la dottoressa Conti sosteneva, l'effetto calore urbano si concentra in alcune città con determinate caratteristiche: penso al rilievo ed al peso dei centri storici di tali città), possano, in base ad un'analisi scientifica e statistica rigorosa, individuare po-

litiche adeguate alla soluzione del problema.

Nel giugno 2003 avevamo ricevuto, come Commissione affari sociali, il rapporto sullo stato di salute degli italiani del 2002. In tale rapporto vi erano un'ampia analisi ed una descrizione degli effetti che (non solo nel nostro paese, ma anche in Europa e nel resto del mondo) possono essere provocati dai cambiamenti climatici. Si richiamavano le conseguenze di picchi di ondate di caldo e di freddo.

Il professor Greco ha affermato che nel 2003 sono stati osservati 8.063 morti in più, rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, con caratteristiche accentuate per le fasce di popolazione anziana e con alcune patologie di base. Si tratta di un rapporto morte/stato di salute della popolazione anziana.

Parlo del problema con cognizione di causa, perché la mia città — Genova — all'immediato verificarsi dei picchi ha, contemporaneamente all'Istituto superiore di sanità, istituito una commissione scientifica di indagine, guidata da un esperto in problemi di salute degli anziani, non solo per verificare l'andamento statistico, ma anche per effettuare le correlazioni che la dottoressa Conti ci riferiva (e che troveremo nel rapporto) tra effetto del calore, patologie di base degli anziani deceduti e tipo di strutture e luoghi nei quali tali anziani sono deceduti oppure si sono salvati.

Se si tiene presente tutto ciò, la prima osservazione da compiere è che quando si compilano correttamente — sul piano epidemiologico e scientifico — rapporti sullo stato di salute della popolazione e si enucleano i possibili effetti derivanti da determinati fattori climatici, è evidente che dovrebbe scaturire un sistema di allerta.

I sistemi sanitari pubblici (ormai a conoscenza di tale stato di fatti) ed anche le realtà istituzionali che hanno la responsabilità di governo delle politiche della salute non devono aspettare l'effetto, ma devono mettere in campo strategie di prevenzione del fenomeno.

Scientificamente, infatti, si conosce tutto sull'andamento di tale fenomeno. Trovo che l'effetto-Francia sia stato un detonatore per la situazione italiana. Di fronte al fenomeno ricordato siamo intervenuti tempestivamente. Va dato atto all'Istituto superiore di sanità di aver compiuto perfettamente il proprio dovere, anche tenuto conto (come affermava la dottoressa Conti) del periodo estivo, veramente cruciale per tutta la realtà amministrativa italiana.

Quando chiamo in causa le capacità di mettere in campo politiche di salute pubblica, dal punto di vista preventivo, mi riferisco alle responsabilità di governo e ministeriali, che devono allertare i propri organismi tecnici in tempo utile per prevenire il fenomeno.

Il rapporto — lo ripeto — è stato letto da tutti i colleghi. Questa Commissione forse era già sensibilizzata sul problema, perché stava lavorando su un provvedimento per la costituzione di un fondo nazionale per le persone non autosufficienti. Ci domandavamo quali politiche mettere in campo per la salute ed il *welfare*, affinché all'allungamento medio della vita corrisponda un'effettiva qualità della vita stessa.

Vorrei chiedere agli esperti presenti in questa sede quali misure possono essere messe in atto, in rapporto alle conoscenze scientifiche di cui disponiamo sull'effetto calore — o raffreddamento, come diceva l'onorevole Baiamonte —, per consentire al sistema non tanto di reagire di fronte alle emergenze, ma di essere allertato e di mettere in atto politiche atte a far fronte efficacemente a tali fenomeni.

Le analisi svolte dall'Istituto superiore di sanità e da alcuni comuni capoluogo ci hanno fornito importanti conoscenze su detti fenomeni. Nella mia città, l'analisi del fenomeno — con i picchi riscontrati — ci rivela che laddove l'anziano, pur affetto da alcune patologie di base (cronico-degenerative, cardiovascolari o, addirittura, broncopolmonari), ha ricevuto una pronta e tempestiva assistenza nel proprio domicilio, non è deceduto. Si è riscontrato un maggior numero di decessi in realtà di tipo

ospedaliero (abbiamo, al riguardo, ravvisato che molti ospedali italiani non sono a norma, dal punto di vista dell'impiantistica del condizionamento d'aria).

Abbiamo poi visto che il picco elevato si è presentato anche nelle strutture private accreditate con il servizio sanitario nazionale, in cui gli elementi di verifica e di controllo delle dinamiche degli standard di qualità offerti, sia sanitaria sia professionale, sono comunque presenti.

L'incrocio di questi dati (situazione epidemiologica e stato di salute, effetto dei picchi, analisi e controllo del tipo di patologie e di risposte date) ha messo a fuoco un quadro molto evidente della nostra realtà. Peraltro, per nostra fortuna, nella città di Genova è stato istituito un *team* di lavoro con l'Istituto superiore di sanità per il quale il comune già dalla scorsa settimana ha potuto presentare, come ha fatto ieri anche il comune di Roma, tutto il piano di interventi necessari. Ciò ovviamente non riguarda l'Istituto superiore di sanità, bensì il dibattito istituzionale all'interno di questa Commissione e, quindi, le conseguenze da trarre in materia.

Emergono alcune priorità. Ringrazio il professor Greco che ci ha parlato delle sperimentazioni avviate in quattro regioni nelle città capoluogo insieme ai due ministeri, indicandoci anche l'ordine di grandezza economico-finanziario di questa sperimentazione: quattro milioni di euro per due anni. Ora, se l'Istituto superiore di sanità — che ha svolto con efficacia questa indagine in accordo addirittura con alcune entità territoriali, rilevanti a causa del picco di morti verificatosi in quelle zone nel periodo considerato — ha portato a conoscenza dei due ministeri questo rapporto, mi domando quale discussione si sia avuta sulla base di questo stesso rapporto, per cui alla fine si è avuta la decisione di effettuare una sperimentazione con 90 «angeli custodi», provenienti dal volontariato, per tutta l'Italia (di cui 11 a Genova per 30.400 persone) che le regioni debbono formare per renderli disponibili. Vi sarebbe a disposizione anche un numero verde attraverso il quale l'anziano, un suo familiare o un suo vicino di casa potrebbe

avere da parte dell'«angelo custode» le informazioni utili nel caso in cui l'anziano avesse bisogno di assistenza.

Sono molto preoccupata: dopo tutta questa analisi, la montagna sembra avere partorito il topolino, perché le evidenze nelle città dove sono state compiute le analisi incrociate con l'Istituto superiore di sanità mettono in chiaro che cosa invece bisognerebbe fare. Certamente nessuno può negare che siano molto utili una maggiore efficienza del sistema e un maggior coordinamento, tutte cose a noi note; ma che il risultato di questo rapporto siano quattro milioni di euro per 90 «angeli custodi» mi fa inorridire, perché conosco il rapporto sulla città di Genova, per la quale si chiedeva di raddoppiare il numero dei centri di assistenza domiciliari (perché il comune, rispetto al fabbisogno, serve soltanto il 10 per cento della popolazione interessata); di rafforzare tutto il sistema di allerta sanitario ospedaliero, il che vuol dire usare anche gli strumenti che la legge ci consente, cioè istituire unità di crisi mobili nei dipartimenti di emergenza e urgenza (che non significano altri posti letto o reparti *ex novo*, in quanto si chiudono o si spostano una volta conclusa l'emergenza).

Vi era quindi un piano dettagliato su cosa fare; domando allora come sia stato possibile che due ministeri abbiano varato questo tipo di proposta. Lo chiedo con passione e non per una differenza politica o ideologica, perché i dati certi si conoscono. Occorre intervenire e il ministro Sirchia sa che la sperimentazione milanese è stata utile soltanto per località in cui è assente ogni servizio, dove si può avere un sistema di allerta immediato collegato con l'assessorato alle politiche sociali o con il centro socio-sanitario più prossimo al quartiere in cui si verifica il fenomeno. Ma la realtà è che questa funzione di maggior coordinamento può avere efficacia e giustifica l'utilizzo di queste risorse nella misura in cui agisce su una struttura in grado di intervenire; se invece la struttura non è in grado di intervenire perché, come è noto a tutti, i minori trasferimenti ai comuni mettono in discussione proprio

quei comuni dove la prevalenza della popolazione anziana richiede più servizi e più risposte di tipo socio-sanitario, rischiamo di non far fruttare quei quattro milioni per l'abbisogna, quindi anche per un intervento di emergenza, su effetti cioè che non sono permanenti durante tutto l'anno, ma (proprio perché hanno una loro episodicità ben definita) hanno bisogno di concentrazione di risorse, mezzi e anche di un supporto tecnico-scientifico.

Mi interesserebbe pertanto comprendere il rapporto esistente tra documentazioni, analisi scientifiche, evidenze sul campo e decisioni prese dai due ministeri di concerto.

Concludo ricordando che ho chiesto questa audizione proprio perché conosco la serietà e la qualità del lavoro dell'Istituto superiore di sanità e, quindi, mi attendevo che, facendo patrimonio comune di conoscenza, essa ci potesse aiutare non solo nel richiedere agli organi istituzionali competenti la ripresa della discussione sulla legge per le persone non autosufficienti, ma anche per supportare la richiesta che abbiamo avanzato di ascoltare il ministro in audizione per verificare la congruità delle politiche messe in atto.

GIULIO CONTI. Ringrazio i tecnici dell'Istituto superiore di sanità per il lavoro svolto. Certamente ci siamo trovati di fronte ad un fenomeno che, per la sua eclatanza e per l'eccezionale ondata di calore, non era stato previsto da alcuno, non dall'Istituto superiore di sanità, tantomeno dai ministeri competenti. Tuttavia, questo fenomeno può ripetersi, perché l'aumento della temperatura nel mondo mi pare sia un fattore ormai consolidato e una nazione evoluta come la nostra dovrebbe realizzare un progetto serio per fronteggiare questa evenienza, che non sarà più eccezionale, ma destinata a ripresentarsi con sempre maggiore frequenza.

Innanzitutto, non credo che i due ministeri interessati riescano a presentare un progetto idoneo a provvedere ai fenomeni che si potranno verificare qualora si ri-

presenti una nuova ondata di calore, perché non ritengo che la struttura sanitaria nazionale sia in grado di intervenire su tutto il territorio con urgenza. Certo, sarebbe meglio se si sviluppasse un progetto di assistenza per le persone non autosufficienti con cospicui finanziamenti e si restituisse importanza alla geriatria, creando reparti specializzati per certi tipi di cure, invece di riunire gli anziani e i più giovani all'interno degli ospedali, operando grandi discrepanze anche dal punto di vista curativo, poiché l'anziano senza cure adeguate viene messo da parte, con l'augurio prevalente che la soluzione finale al problema sia il suo decesso.

Parlo in qualità di medico. La mia esperienza mi ha condotto a lavorare in ospedali nei reparti di pronto soccorso. Si tratta di una questione da valutare molto seriamente. Ritengo che i provvedimenti presi a Genova, di cui prima si è parlato per la risonanza avuta, siano stati casuali (anche se decisamente positivi), dettati dalla fortuna di aver avuto un tecnico capace di valutare la situazione, una deputata competente ed un sindaco sensibile.

La casualità però non serve, se non come segnale di allerta per altri comuni. Mi auguro che la questione abbia maggiore diffusione sul territorio al di là dei quattro capoluoghi di regione osservati dall'istituto. Parlando di territorio intendo dire che dobbiamo coinvolgere la protezione civile, che non deve occuparsi soltanto di terremoti, frane o allagamenti, ma anche di questi fenomeni.

La legge che in questi giorni vede attuazione nei comuni italiani, anche in quelli più piccoli, prevede che ogni comune debba avere un centro organizzativo per la protezione civile. Ne parlo con cognizione di causa perché sono sindaco di un comune di tremila abitanti che ha già realizzato questo intervento in occasione del fenomeno del caldo. La protezione civile nel mio paese ha semplicemente deciso di portare l'acqua alle persone anziane bisognose. Il sindaco quindi ha fatto comprare e distribuire acqua minerale nella case degli anziani che ne avevano fatto richiesta. Si tratta di una azione

sciocca, perché non serviva solo acqua ma anche sali minerali, o cure urgenti per i sofferenti di malattie cardiocircolatorie, ma in quel momento estremamente necessaria.

Questi problemi sul territorio devono essere affrontati dalla protezione civile. Le grandi città come Roma, Milano o Torino provvederanno autonomamente, ad esempio, con una maggiore diffusione del servizio 118, assente o molto carente nei piccoli centri (ricordiamo che in Italia vi sono circa ottomila comuni). Non so chi sia deputato a realizzare un progetto di questa natura, se uno dei due ministeri, tutti e due o l'Istituto superiore di sanità con un incarico da parte dei ministeri competenti per realizzare un'attività riguardante più autorità sanitarie e di prevenzione e soccorso.

Il fenomeno in questione — siamo obiettivi — non ha riguardato soltanto l'Italia. Il riflesso sulla Francia è noto a tutti, ma ritengo che si siano avute conseguenze gravi anche in nazioni dove non sono state realizzate affatto statistiche di questo tipo, come la Spagna, il Portogallo, la Grecia, la Turchia o le città dei paesi dell'ex est europeo, dove si è verificato anche il completo abbandono degli anziani malati.

Il discorso deve certamente essere ampliato a livello europeo, ma dobbiamo iniziare dal nostro paese.

È molto delicato, inoltre, l'argomento dell'osservazione dei vostri lavori da parte dei ministeri, ma quando si compiono questi studi (si tratta di una opinione personale dettata dal buon senso) è necessario che gli uffici dei ministri o dei sottosegretari li valutino. Non servirebbero a nulla se si trattasse soltanto di lavori ben fatti dal punto di vista editoriale senza che nessuno li utilizzasse per prendere provvedimenti. La loro utilità sarebbe limitata a fini statistici.

Auspico, signor presidente, e mi auguro che gli altri membri della Commissione siano concordi, la convocazione di audizioni dei due ministri o dei due sottosegretari responsabili su questa tematica, così da sollecitarli a comprendere che la

prevenzione è molto importante. Bisogna dare spazio al progetto di allargare il finanziamento del fondo nazionale per non autosufficienti. Inoltre, il ministro della salute e la Conferenza Stato-regioni debbono prevedere di creare reparti di geriatria, laddove (in quasi tutta Italia) sono stati chiusi.

Aggiungo, infine, che, se è vero che l'ondata di calore è dannosa soprattutto per gli anziani, essa crea problemi di gravità assoluta anche ai bambini da zero a due anni. Il colpo di calore, non quello di sole, è un dramma per il bambino che si trova in spiaggia. Le mamme che portano i bambini in spiaggia non sanno che, su una massa corporea del 70 per cento di acqua, il sole determina una disidratazione immediata e pericolosissima. I bambini che piangono in spiaggia con mamme disperate che cercano di tranquillizzarli con il ciuccio o lo zucchero (peggiorando così la situazione) hanno disidratazione, che provoca una diminuzione di massa liquida nel corpo del bambino molto grave. Si tratta di fenomeni che portano i bambini a crisi isteriche o di pianto violento difficili da diagnosticare e curare e sono stati molto numerosi nella estate passata. Sarebbe molto importante avviare una indagine statistica su questi aspetti anche per allertare medici, ospedali e dirigenti delle strutture sanitarie.

DONATO RENATO MOSELLA. In primo luogo ringrazio l'Istituto superiore di sanità per il lavoro offerto, che ci riserviamo di approfondire. Stiamo svolgendo questa audizione anche se i lavori della Camera dovrebbero prevedere l'interruzione dei lavori delle Commissioni quando viene posta la questione di fiducia. Siamo comunque presenti ed attenti perché la questione ci tocca profondamente, anche per il lavoro che in Parlamento ci trova impegnati sul fronte della non autosufficienza, di cui conoscete ampiamente i risvolti.

Abbiamo alcuni dubbi sulle soluzioni, anche analizzando i dati che confermano le preoccupazioni emerse dopo l'ultima estate in cui erano scattati gli indicatori di

allarme ed erano state svolte considerazioni di carattere scientifico e politico.

La preoccupazione che ancora manteniamo risiede nella circostanza che stiamo andando incontro ad un'altra estate probabilmente a rischio — molti indicatori segnalano che potrebbe ripetersi a breve la stessa esperienza — senza avere individuato soluzioni radicali che riguardino la popolazione più debole. I deboli tra i deboli, oggi, sono gli anziani, soprattutto se non autosufficienti; per costoro, oltre alle difficoltà del clima, si aggiungono anche quelle dello stato e della condizione.

Come si sa, in termini percentuali sul numero complessivo di non autosufficienti (giovani, persone in età lavorativa e anziani), il 49 per cento sono ultrasessantenni e, perciò, anziani che hanno superato l'età critica.

Quindi, sostanzialmente, noi manteniamo una forte riserva, pur di fronte alla bontà dello studio condotto e dinanzi all'esigenza, manifestata in questa sede, circa l'ampliamento dello studio, che ben potrebbe allargarsi sino a ricomprendere anche all'infanzia. Vorremmo, però, che si fermasse molto l'attenzione sulle fasce più deboli della popolazione; tra queste, includiamo anche quanti vivono in condizioni abitative molto precarie. Nel nostro paese — sembra passi sempre inosservato —, abbiamo ancora insediamenti post-terremoto e alcune località vivono maggiori disagi. Anche dai dati poc'anzi riferiti — ad esempio, il fatto che Potenza e l'Aquila non siano state risparmiate dalle ondate di calore —, si inferisce quanto il rischio si distribuisca, sul territorio del paese, veramente a macchia di leopardo. Ne segue che non si può fare una previsione solo per il nord-ovest, solo per il sud, e via dicendo.

Vorremmo veramente che fosse considerata con attenzione la fascia di popolazione più debole tra quelle deboli; certamente, vi includiamo quanti vivono in condizioni abitative e sociali molto critiche e precarie, in luoghi che spesso, con l'avvento del calore nelle percentuali dianzi considerate, divengono vere e proprie trappole mortali.

Il compito è molto complesso; al riguardo, chiederei se l'esperienza compiuta nei capoluoghi di provincia, che ha recato le indicazioni riferite, non debba essere allargata e maggiormente supportata. Chiederei, altresì, se non si debbano investire maggiori risorse in tale direzione; ciò, al fine di trovare soluzioni davvero risolutive, atteso che aumenta, nel paese, il tasso di invecchiamento della popolazione. Per ora, infatti, non esistono le condizioni per potere sperare in una inversione di tendenza; anzi, il fenomeno si allarga ed aumentano, conseguentemente, le condizioni di precarietà, ampliandosi l'area della non autosufficienza. È perciò chiaro come condizioni di studio e di ricerca diventino prioritarie in termini assoluti, condizioni per le quali dovrebbero essere investite, a nostro giudizio, le risorse migliori disponibili in questo momento.

ROSY BINDI. Collegandomi a quanto testé riferito dall'onorevole Mosella, chiederei se l'Istituto abbia in programma la ripetizione dello studio — nonché, eventualmente, l'allargamento dello stesso — o se, al contrario, si aspetti, da parte delle autorità competenti, un'altra ondata di calore. Dopo accadimenti disastrosi (ad esempio, quelli occorsi l'anno scorso), si può compiere un lavoro molto serio, quale il vostro, limitandosi all'osservazione dei fatti; ma si potrebbe anche approfondire l'oggetto della ricerca. E anzi, anche considerato che in questa sede è presente il responsabile del dipartimento di epidemiologia dell'Istituto, osserverei che si potrebbero finanche compiere previsioni in grado di recare un aiuto nel fare, poi, importanti scelte. Le scelte compiute dopo questo studio, invece, come è stato ampiamente sottolineato, sono offensive, per lo studio e, soprattutto, per i cittadini italiani; al riguardo, mi domando se, eventualmente, l'Istituto superiore di sanità non abbia previsto — o se non gli sia stato chiesto di prevedere — per quest'anno un intervento di studio più ampio, ed eventualmente di carattere preventivo.

Ricordo, tra l'altro, che abbiamo dovuto, per così dire, superare difficoltà di

carattere regolamentare per anticipare l'audizione. Lei sa bene che non dovevamo essere riuniti, oggi; l'abbiamo fatto e ne siamo contenti. A questo punto, possedendo qualche elemento di conoscenza in più, signor presidente, vorremmo sollecitare la venuta del ministro affinché riferisca presto in Commissione sulla razionalità della decisione assunta, specie con riferimento allo studio condotto.

Può essere, infatti, che ci sfugga qualche elemento e saremmo interessati a colmare la nostra mancanza di conoscenza e di comprensione della situazione.

PRESIDENTE. Vorrei formulare anch'io qualche domanda, e svolgere talune considerazioni, sia pure brevemente. Ho convenuto con l'opinione dell'onorevole Labate di convocare per oggi questa audizione; invero, vi pensavo già dal mese di settembre dell'anno scorso, quando avevo appreso dei dati e dell'indagine svolta dall'Istituto superiore di sanità. Indagine che a me era nota per averne appreso i contenuti dai giornali, sui quali era stata data pubblicità alla ricerca svolta. Le notizie oggi recateci confermano la situazione; l'aumento dell'età media rende maggiormente esposti al rischio di essere colpiti dalle ondate di calore i soggetti ultrasessantacinquenni; meno quelli infra-sessantacinquenni.

Era ovvio, ma oggi lo confermano anche le statistiche; al riguardo, essendo io pediatra e neonatologo, vorrei effettuare un paragone tra il vecchio ultrasessantacinquenne ed il bambino prematuro, pretermine, che si trova in condizioni di maggiore debolezza e fragilità. L'anziano è alquanto simile al soggetto pretermine, che ha bisogno di una particolare assistenza.

Detto ciò, volevo dare atto all'Istituto superiore di sanità, che ha condotto questo studio e che continuerà a svolgerlo, di quanto si è stabilito di compiere nelle grandi città. In quattro o cinque città, si compirà un esperimento di inserimento di alcune persone che effettueranno dei controlli e verrà incrementata l'assistenza domiciliare.

L'onorevole Labate sottolineava come, dove vi è maggiore assistenza domiciliare, vi siano anche minori decessi; al contrario, questi ultimi sarebbero maggiori in ospedale. Ciò pare essere ovvio atteso che, in genere, solo i casi più gravi arrivano in ospedale.

Svolte però tali considerazioni, non si è affrontato, al di là dell'indagine statistica — né se ne è discusso oggi — il tema del perché l'anziano muoia. Vi ha accennato vagamente la dottoressa quando ha parlato di omeostasi; mi pare si sia accennato brevemente alla questione da parte dell'onorevole Giulio Conti quando ha posto il problema dell'acqua. Quello all'acqua non è un riferimento banale, ma la debolezza dell'anziano va interpretata. Soprattutto, dobbiamo sapere — non molti lo sanno — che l'anziano ha meno stimoli a bere e perciò, non bevendo, va incontro a disidratazione; si instaurano, quindi, elementi di squilibrio elettrolitico e di squilibrio acido base. Come già riferito, sono neonatologo e, quindi, rianimatore; perciò, mi riferisco all'acido base, che non tutti conoscono bene. In definitiva, l'anziano va incontro a questi squilibri e, quindi, quando l'acidosi aumenta, non funzionano più organi quali il rene, il cuore e molti altri. L'anziano va così incontro ad un processo irreversibile che lo porta alla morte; ciò è quanto deve essere studiato (ne parlava anche l'onorevole Baiamonte, si tratta della gerontologia). Al riguardo, bisogna dunque condurre uno studio appropriato per verificare i motivi per cui, abbandonato a se stesso, l'anziano muore, e muore per un motivo scientifico, vero, cui sto accennando rapidamente e cui hanno fatto riferimento anche altri, pur se in modo diverso.

ROSY BINDI. Signor presidente, però se qualcuno gli dà da bere...

PRESIDENTE. Il piccolo comune ha operato un intervento importante; quanto citato, poi, con riferimento ai bimbi, risulta ovvio, anche perché, nel bambino, la superficie corporea rispetto alla massa è superiore. Dunque, il bambino disperde più liquidi...

GIULIO CONTI. Bisogna dirlo ai genitori! Ad esempio, quando lo portano sulla spiaggia vestito...

PRESIDENTE. Fatte tali considerazioni, vorrei chiedere quale sarà il compito di quanti effettueranno i controlli nelle quattro città: dovranno solo rispondere alle chiamate o, anche, verificare cosa gli anziani fanno? O, eventualmente, avranno un compito specifico, di natura medica e assistenziale?

ROSY BINDI. Signor presidente, facciamo venire il ministro! Ce lo spieghi lui!

PRESIDENTE. L'assistenza che si sta apprestando grazie ai quattro milioni di euro — peraltro insufficienti, ne conveniamo tutti — recherà, certo, un'utilità ma, se il problema non viene affrontato dal punto di vista medico-scientifico indicato, il fenomeno si ripeterà. Ho maturato tale opinione fin dal mese di settembre dell'anno scorso perché, ripeto, sono medico, neonatologo. Chiedo, dunque, ai colleghi medici se questa mia osservazione sia condivisa. A questo punto, bisognerebbe effettuare, come abbiamo affermato in tanti, la prevenzione. Bisogna avere più cultura dell'anziano. L'età della popolazione sta aumentando. Si stanno chiudendo i reparti di gerontologia, ma non vi è ancora una cultura di cura dell'anziano. L'anziano dovrebbe rispettare alcuni principi fondamentali, come bere molta acqua. Non bevendo acqua, infatti, si determina lo squilibrio elettrolitico e quello acidobasico, in un processo irreversibile. Basterebbe dunque poco: si dovrebbe fare un'informazione di educazione sanitaria.

Faccio una battuta: nella mia vita, ho cambiato molte abitazioni. Il professor Portoghesi afferma che bisogna cambiare, ogni tanto, la casa, poiché ci si rinnoverebbe anche psicologicamente. Nella nuova casa sto allestendo — poiché sono già un « giovane anziano » — un impianto di aria condizionata, che è necessaria (specialmente in Sicilia). Senza l'aria condizionata, l'anziano non potrebbe vivere in certi luoghi. È stata chiesta anche negli ospedali...

ROSY BINDI. Con l'aumento delle pensioni minime, tutti gli anziani si compreranno il condizionatore...!

PRESIDENTE. Mi sono sempre chiesto perché l'aria condizionata sia presente nei grandi alberghi e non in tutti gli ospedali, che pure sono luoghi di cura e di sofferenza.

Do ora la parola al professor Greco e alla dottoressa Conti per le repliche.

DONATO GRECO, *Direttore del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute*. In buona parte delle grandi città, colleghi epidemiologi ed altri hanno condotto un lavoro più intensivo e completo del nostro, a Roma, Genova, Milano e Torino. Siamo in possesso di corposi rapporti che rispondono a molti requisiti che avete riferito, anche a quello eziologico che richiama il presidente. Tali colleghi, infatti, hanno avuto non solo la possibilità di raccogliere i dati della mortalità nelle 24 ore, ma anche quella di studiare tali dati singolarmente.

Noi abbiamo proposto uno studio retrospettivo alle regioni italiane, ricevendo un bel « no », ad ottobre dello scorso anno.

GIULIO CONTI. No a che cosa?

DONATO GRECO, *Direttore del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute*. Ad uno studio ulteriore, che approfondisse i fattori di rischio e l'eziologia. Il profilo del fragile è un tema molto importante, non solo per le ondate di caldo o di freddo, ma anche per altri motivi.

Nel caso specifico, ci troviamo di fronte anche a fondamentali problemi socioeconomici. Ne abbiamo accennato *en passant*: si tratta, spesso, di anziani soli, che abitano in abitazioni inadeguate e di livello economico medio-basso.

Per fortuna, fenomeni come quello riscontrato lo scorso anno non sono frequenti (l'ultima ondata di calore paragonabile, per durata e intensità, a quella registrata l'anno passato risale a tre secoli fa). È tuttavia vero che si assiste al riscal-

damento globale del pianeta. Vi sono dati scientifici assai validi, in tal senso. Le probabilità non ci assicurano che si dovrà aspettare tre secoli per assistere ad un'altra ondata di calore. Ci dicono che vi è una fragilità per alcuni milioni di individui.

Ha ben detto l'onorevole Mosella: vi è una proporzione molto elevata di anziani nel paese, anche se, parimenti all'allungamento della vita, migliora anche la sua qualità. Il collegamento con la geriatria, con un'attività diffusa sul territorio (per usare uno slogan già del ministro Bindi, per essere più vicini al cittadino) è una risposta che tutti i paesi stanno dando al problema.

Con riferimento a molte questioni — anche politiche, sulle quali ultime non possiamo né vogliamo entrare — voglio ricordare che un sistema di allerta meteorologico esiste: la protezione civile, da alcuni anni, dispone di un collegamento attivo con alcuni comuni (come Roma) che permette di dare l'allarme 72 ore prima.

Purtroppo, però, l'allerta, da solo, non è sufficiente. Ad oggi, noi non sappiamo fornire una sicura risposta alla totale previsione del fenomeno. Sappiamo che vi sono molti fattori di rischio. Conosciamo alcune contromisure efficaci (gli impianti di condizionamento, l'assunzione di bevande, eccetera), ma non disponiamo di una ricetta sicura. Non vi è, nella letteratura scientifica, un lavoro che dimostri, in modo sicuro, le misure da adottare.

Il collegamento con la protezione civile, dunque, è presente. Tale collegamento è stato rilanciato in un convegno tenutosi ieri. Oggi, vi è un dipartimento della protezione civile sanitario, diretto da un ex direttore generale della sanità, la dottoressa De Gennaro. Mi sembra vi sia un equivoco nella questione del custode sociale. È facile, infatti, scambiare una sperimentazione con un intervento. Non vi devo ricordare che gli interventi, su qualsiasi problema di salute, non sono di competenza centrale, tranne quelli della protezione civile (ancor più con il nuovo titolo V della Costituzione). Sono competenze regionali.

GIULIO CONTI. Di regioni, province e comuni.

DONATO GRECO, *Direttore del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute*. Il Ministero della salute non dispone di un *budget* finalizzato all'intervento sui problemi degli anziani. Vi è una tabella previsionale, che riguarda alcune prerogative d'intervento speciale, correlate a materie della legge n. 833 del 1978. Tali prerogative sono oggi dirette più verso la protezione civile.

Il Ministero non avrebbe, dunque, potuto pensare a dirigere un intervento in favore degli anziani. Non era pensabile. Ciò che il Ministero ha proposto — ripeto, in piena autonomia — è di condurre una sperimentazione controllata, in quattro città ed in quattro regioni. Trattandosi di un progetto sperimentale, quattro milioni sono una cifra enorme, ma se si considera il numero di anziani è una cifra ridicola. Sarebbero necessari miliardi e non milioni.

È chiaro che, se la misuriamo come intervento, è una risposta palesemente inadeguata, mentre se la misuriamo come sperimentazione io, come sperimentatore, valuto sufficiente la risorsa stanziata. Nelle mie funzioni ordinarie sono stato chiamato dal ministro a partecipare ad un gruppo tecnico che si occupasse della sperimentazione; il Ministero ha predisposto un protocollo sperimentale, lo ha sottoposto alle quattro regioni, è stato raggiunto un accordo con i comuni interessati e pertanto la sperimentazione dovrebbe partire a breve.

Lo scorso anno abbiamo svolto una indagine nazionale sull'assistenza agli anziani su un campione statisticamente rappresentativo, da cui è risultato che l'assistenza domiciliare non arriva al 9 per cento della popolazione interessata. Il paese, indipendentemente da governi o situazioni regionali diverse, fornisce un'assistenza domiciliare modesta rispetto al bisogno. Il *gap* tra il bisogno socio-sanitario dell'anziano e l'offerta dei servizi è elevato, e lo è da sempre.

Attualmente mi trovo a lavorare con il mio ventesimo ministro della salute, e devo dire che negli ultimi anni abbiamo visto dei piani sanitari nazionali (cominciando dal piano per il 1998-2000 per giungere fino a quello più recente) che danno una chiara e netta priorità al tema dell'assistenza all'anziano. È questo lo strumento che lo Stato possiede per concordare con regioni, aziende sanitarie e comuni priorità per la salute, non c'è altra strada.

Anche nella distribuzione dei fondi dedicati, come saprete di certo, l'accordo Stato-regioni del novembre dello scorso anno ha posto tra le quattro priorità l'anziano. Purtroppo, per rispondere all'onorevole Bindi, devo segnalare che non abbiamo in cantiere il sistema di sorveglianza che si dovrebbe realizzare. Tra l'altro, la dottoressa Conti aveva studiato un modello abbastanza semplice che si proponeva di mettere in rete le anagrafi dei grandi comuni, in modo da avere i dati sulla mortalità in tempo quasi reale e costante invece di attendere anche anni. Tuttavia, l'Istituto da tempo non ha più la potenzialità per realizzare iniziative proprie non finanziate. Purtroppo l'epidemiologia è una disciplina costosa, noi possiamo fare proposte, ma senza risorse, anche modeste, nulla si può realizzare. È chiaro che mentre teniamo sotto osservazione la mortalità, anche con sistemi nuovi e sofisticati, la dottoressa sta provando un sistema di collegamento tra SDO (scheda dimissione ospedaliera) e mortalità, progetto fondamentale in quanto unirebbe la morbosità con la mortalità; il monitoraggio in tempo reale della mortalità non è al momento attuabile, anche se vi è l'intenzione di attivarsi in questa direzione.

Voglio ricordare che l'influenza ogni anno provoca 5 mila decessi in eccesso, anche se quest'anno il fenomeno è stato più ridotto rispetto al passato grazie alle vaccinazioni.

Sul fronte socio-sanitario, purtroppo, abbiamo constatato molti decessi solitari all'interno delle abitazioni scoperti tempo dopo, un chiaro segnale di isolamento sociale dell'anziano ad alto rischio, e il

modello del custode sociale vuole rispondere a questo tipo di fenomeno. Si tratta di una figura terza, che non è assimilabile all'assistente sociale o al medico, che in qualche modo si rende disponibile per risolvere problematiche diverse. Una evidenza scientifica di questo modello non esiste, poiché altrimenti la sperimentazione l'avremmo considerata inutile; quindi l'esigenza di avviare una sperimentazione controllata risponde alla necessità, che, personalmente, sul piano scientifico, non posso che condividere, di validare e stabilire se l'idea funziona o è invece del tutto inutile. La creazione di una figura intermedia di questo genere, che pone problemi non indifferenti dal punto di vista economico, anche se si avvale del volontariato esistente sul territorio, lascia presumere che lo stanziamento serva sostanzialmente alla loro retribuzione e alla raccolta di dati utili per giungere ad una valutazione adeguata del fenomeno.

SUSANNA CONTI, *Primo ricercatore del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute*. Vorrei prendere spunto dall'osservazione fatta prima sui bambini. Per fortuna non vi è stato un aumento dei decessi di minori la scorsa estate rispetto ai periodi precedenti. Abbiamo tenuto presente fin dall'inizio il problema delle condizioni di salute complessiva dei minori, tra l'altro abbiamo chiesto i dati sui decessi per anno di nascita, quindi abbiamo svolto l'analisi anno per anno.

Vorrei aggiungere poi una breve nota sui sistemi di sorveglianza e sull'utilizza-

zione dei dati statistici correnti. L'onorevole Bindi, essendosi occupata dell'Istituto per diverso tempo, sa che nel nostro paese esistono problemi nell'utilizzazione delle statistiche sanitarie correnti, per cui avere da queste statistiche dati di mortalità (che a livello scientifico sono i più solidi ed esaustivi dal punto di vista statistico) è impossibile. Per tale motivo abbiamo dovuto telefonare alle anagrafi a ferragosto. Avendo le risorse necessarie, l'Istituto ben volentieri si occuperebbe di un progetto finalizzato al raccoglimento di flussi di dati continui. L'indagine che abbiamo presentato è stata fatta a costo zero per lo Stato; è un motivo di orgoglio per l'Istituto avere sopperito alle carenze con risorse proprie svolgendo un lavoro dignitoso.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Greco e la dottoressa Conti per le informazioni che ci hanno fornito. Ovviamente, la nostra indagine non si esaurirà con questa audizione, poiché sono state incardinate alcune problematiche che saranno sviluppate successivamente. Dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 14,10.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

DOTT. FABRIZIO FABRIZI

*Licenziato per la stampa
il 16 aprile 2004.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO