

Direzione Generale Cura della Persona Salute e Welfare

**COMITATO CONSULTIVO REGIONALE PER LA QUALITA' DEI SERVIZI  
SANITARI DAL LATO DEL CITTADINO (CCRQ)**

**Verbale N° 5/2021 del 21/4/2021**

*Componenti del CCRQ*

Presenti: *Mario Fecondo, Dante Brunini, Pino Gino Perini, Elio Ferri, Luigi Scortichini, Gabriella Fabbri, Ortensio Cangini, Luciano Sighinolfi, Luigi Tirota, Ottavio Nicastro, Antonio Cesare Guzzon, Luigi Palestini, Pierantonio Marongiu, Remo Martelli, Maria Paola Lumetti, Angela Lucarelli, Bruna Borgini, Eleonora Bertolani.*

Assenti Giustificati: *Luigi Mazza, Barbara Schiavon, Ester Sapigni, Imma Cacciapuoti, Liliana Tomarchio, Folli Ilaria, Matteo Biagini. Lina Pavanelli, Annalisa Bettini, Marco Vanoli*

*Assenti: Giuseppina Poletti*

Per la Segreteria con ruolo di verbalizzante: *Roberta Franceschini.*

ODG:

- ore 9:00** **Saluto della Presidenza e presentazione del prof. Vittorio Sambri (UNIBO). Breve aggiornamento sulla situazione epidemiologica e diffusiva del virus COVID-19, e sue varianti;**
- ore 10,00** **Approfondimento: Aggiornamento sulle procedure per l'assegnazione di zone carenti e normativa relativa all'assistenza per quanto riguarda i Medici di Medicina Generale (dott. Alfonso Buriani, Regione Emilia-Romagna);**
- ore 11,30** **Buone pratiche: anticipazioni sul percorso per la definizione del nuovo Piano regionale della Prevenzione (dott.ssa Eleonora Bertolani Regione Emilia-Romagna);**
- ore 12,00** **Varie ed eventuali: Approvazione del verbale della seduta del 17/3/2021 e o.d.g seduta del 19 maggio 2021.**

**Saluto della Presidenza e presentazione del prof. Vittorio Sambri.**  
**Breve aggiornamento sulla situazione epidemiologica e diffusiva del virus**  
**COVID-19 e sue varianti**

**Perini:** presenta il prof. Sambri, microbiologo dell'UNIBO, Direttore della microbiologia dell'AUSL Romagna.

Massimo esperto delle varianti, referente regionale.

**Sambri:** presenta alcune slides che vengono messe a disposizione del Comitato.

Si occupa di diagnosi microbiologica. Ricostruisce il percorso di diffusione pandemica a partire dall'esordio in Cina fino all'arrivo in Italia.

Segnala che una Pandemia era attesa, non si attendeva un Coronavirus ma una qualche forma influenzale.

L'Italia è stato il primo paese a diffondere un modello di approccio all'epidemia, considerando che è stato il primo paese occidentale a subirne per primo la diffusione.

Indipendentemente dalla presenza di un piano pandemico tutto il sistema paese non era preparato all'evento.

Virus come oggetto biologico, inerte fuori dall'ospite, si replica al suo interno.

Il prof. Sambri descrive dal punto di vista scientifico il funzionamento proprio del virus e come arriva a fondersi con la membrana della cellula e da qui inizia la replicazione all'interno dell'organismo, come ne esce poi e contagia.

La nuova infezione da Coronavirus è partita da animali e con spill-over è arrivata ad infettare l'uomo.

Il nuovo virus non era stato codificato. Diverso dalla SARS del 2003, molto più diffusivo.

Dai 2 ai 14 giorni per il contagio. Incubazione media di 10 giorni.

Diffusione attraverso le goccioline respiratorie droplet e particelle di aerosol.

Si comportano in modo diverso le prime più contaminanti cadono però più facilmente in quanto pesanti. Contaminano le superfici.

Le particelle di aerosol sono più piccole meno infettanti ma permangono nell'aria molto di più. Occorre areare gli ambienti.

Sul tema della diagnosi diverse possibilità. Tamponi fioccati per raccogliere le secrezioni delle alte vie respiratorie. Il virus mantenuto in vita con liquido rosso. A temperatura ambiente per 24 ore. Se si refrigera rimane in vita circa 1 settimana se si congela si può conservare permanentemente.

Altra possibilità per la diagnosi sono i tamponi rapidi, ma da laboratorio, diversi da quelli che tra un pò verranno venduti anche nei supermercati.

Tamponi che richiedono comunque, per avere esiti, alcune ore di processazione in laboratorio.

Vengono utilizzati poi i Test sierologici per verificare la presenza degli anticorpi.

Entro tre settimane cala la carica virale.

In uno stesso soggetto una seconda infezione è possibile in quanto il virus muta.

L'Utilizzo dei test rapidi per selezionare i pazienti da destinare ai vari reparti negli ospedali per alleggerire il pronto soccorso, si è rivelato molto utile.

Per quanto riguarda i vaccini si riduce la malattia non l'infezione quindi la diffusione del contagio può continuare. Ecco perchè l'importanza di continuare ad usare la mascherina e le altre misure che già stiamo adottando.

I vaccinati con Astrazeneca, si è constatato, possono contrarre il virus con variante sud-africana ma in modo non grave.

Gli stessi risultano molto più coperti per quanto riguarda la variante Brasiliana.

La variante inglese si conosce da poco, da settembre 2020.

Arriveremo all'immunità di gregge? Se sì quando? E quanto durerà l'efficacia della vaccinazione?

Queste sono le domande più impegnative alle quali si chiede di rispondere.

Vengono comunicate tante certezze ma scientificamente si è in cammino nella ricerca e nella conferma di queste certezze.

La rivista *Nature* ha pubblicato un articolo i cui contenuti fanno riferimento al fatto che il Coronavirus sarà con noi per molto tempo.

**Perini:** presenta un caso di una persona ricoverata che ha effettuato diversi tamponi tutti negativi. Affetto da broncopolmonite. E' stato sottoposto a test sierologico risultato altissimo. Il virus forse era annidato nel polmone. Chiede se in casi come questo poteva essere utile analizzare l'espettorato.

**Sambri:** conferma. Consultando i clinici si evidenzia che i tamponi naso-faringei non vanno oltre gli 80% dei casi, resta scoperto un venti che rientra in casi analoghi. Si poteva fare l'analisi sull'espettorato.

**Sighinolfi:** fa due considerazioni veloci. Il genere umano ha già superato grandi eventi analoghi. I cittadini non hanno ben consapevolezza di questo pericolo. Far crescere la consapevolezza.

Il prof. Sambri ha più volte ripetuto la parola *malattia*. Associazione tra malattia e pericolo di morte.

Tamponi venduti da supermercati. Attenzione alla manipolazione economica della crisi a scopi di speculazione a diversi livelli.

Le certezze politiche sono da rivedere e da ridimensionare. Attraverso le associazioni di cittadini, con maggiori informazioni, si può agire un'importante ripolarizzazione del peso della malattia. Meglio parlare di malattia per far arrivare in modo più puntuale il messaggio ai cittadini.

**Martelli:** fa una domanda che riguarda i dispositivi medici che utilizziamo per prevenire il contagio. Come difenderci da ciò che ci viene proposto. Diversi gel disinfettanti come riconoscere quelli effettivamente idonei. L'alcool a 90 gradi è già efficace e sufficiente?

**Sambri:** molti hanno cercato di trasformare la situazione in un vantaggio economico a volte fraudolento.

Difficile per tutti capirlo anche per gli esperti.

Se le sostanze disinfettanti contengono, più che l'alcool, un isopropilico al 70%, sono efficaci e in grado di ridurre la carica contaminante.

E' in sperimentazione l'uso di una sostanza il *Plasma atmosferico freddo*, come disinfettante per gli imballaggi dei prodotti per la vendita.

Si parla ultimamente di *Rischio calcolato* nella gestione della pandemia. E' d'accordo con il concetto, E' quantificabile, misurabile. In quanto tale, posso ragionare su come lo abbatto, con quale strumento. L'espressione è giusta. Le riaperture vanno contemplate in quanto dovremo convivere con il problema più a lungo di quanto si pensi. L'immunità data dai vaccini non ha lunga durata e dovremo pensare a richiami. In tutti i casi il vaccino blocca la malattia non la trasmissione.

Tutto ciò che c'è in giro oggi è ragionevolmente verificato. Ci possono essere però fenomeni che non si riescono a gestire.

Per offrire uno sguardo complessivo alla riflessione, riferisce che ci siamo resi conto, una volta di più, di come siamo tutti globalizzati. Questa pandemia ci ha insegnato che il fenomeno che si è sviluppato in un paese lontano come la Cina in poco tempo è arrivato anche da noi. Insieme a ciò sono emerse anche le grosse competenze e picchi di business anche non fraudolento.

Si chiede al Professore la disponibilità ad intervenire ad altro incontro per aggiornamenti.

Vengono messe a disposizione del Comitato le slides del prof. Sambri.

**Approfondimento: aggiornamento sulla procedura per l'assegnazione di zone carenti e normativa relativa all'assistenza per quanto riguarda i Medici di Medicina Generale**

**Perini:** presenta il dott. Buriani, dirigente dell'A USL di Modena e responsabile area medicina convenzionata in Regione e introduce la materia.

**Buriani:** descrive i settori della medicina generale: assistenza primaria, continuità assistenziale, medicina dei servizi territoriali, emergenza sanitaria territoriale.

I medici convenzionati sono circa 4.000, suddivisi nei vari settori. 2.826 sono MMG.

Viene mostrata la distribuzione sul territorio regionale della presenza dei MMG, in relazione all'estensione degli ambiti.

Numero degli assistiti. In totale 3.847.276. Numero medio 1.378 assistiti per medico. Il massimale è 1.500, estendibile a 1.800 (minimo 500), ridotto nel caso in cui il medico eserciti anche libera professione. Sono presenti deroghe al massimale nel

caso di scelte dei minori 0-6 anni, ricongiunzioni famigliari, scelte temporanee (cittadini extracomunitari, cittadini non residenti presenti per motivi di lavoro, studio ecc).

Descrizione dell'orario e articolazione settimanale. Deve essere garantita apertura per 5 gg alla settimana per un numero di ore in relazione al numero dei pazienti in carico (5 ore fino a 500 assistiti, 10 fino a 1000, 15 fino a 1500). Se l'attività è svolta in più studi s'intende l'orario complessivo svolto in entrambi.

Lo studio del MMG è privato, ma se c'è convenzione, diventa un presidio del SSN.

Il tempo di apertura dello studio deve essere congruo in base al numero di pazienti in carico.

Il MMG ha anche altre attività oltre lo studio, come le varie forme di Assistenza domiciliare o l'attività nelle CRA.

Il medico può avere più di uno studio e deve dare la disponibilità per 5gg alla settimana.

Dal 2014 al 2021 si è constatata una variazione nel numero dei MMG in RER, sostanziale. Meno 370 medici dal 2014 ad oggi, pari a meno il 12%.

Nelle proiezioni fino al 2030 è previsto un calo attorno al 2025-2027 e un rialzo verso il 2030.

Da mese a mese varia il numero dei medici.

Da una stima si prevede che i MMG avranno sempre più assistiti. Mediamente 1600 assistiti.

Nel formulare queste proiezioni si è tenuto conto dei medici che compiranno i 70 anni e andranno in pensione. Si sono considerate inoltre possibili trasferimenti o recessi dalla convenzione e decessi. Le proiezioni tengono conto delle serie storiche.

La graduatoria dei MMG è propedeutica alla partecipazione ai bandi per le zone carenti.

Sono 853 i medici in graduatoria al 2021. Progressivamente calato il numero negli anni.

Per entrare in graduatoria sono indispensabili una serie di requisiti: cittadinanza italiana, essere inseriti nell'albo professionale, aver conseguito il titolo del corso di formazione (triennale, organizzato a livello regionale) o **equipollenza** (abilitazione all'esercizio della professione acquisita entro fine 1994 o titolarità di convenzione entro il 1996, in paese europeo).

Poiché il corso di formazione è un requisito indispensabile si tiene conto dei numeri di accesso e in particolare del numero delle borse di studio per l'ammissione al corso.

Dagli ultimi bandi del 2018 e 2021 è aumentato il numero dei posti a cui si aggiunge quelli del Decreto Calabria e quelli soprannumerari nel triennio 2020-2023.

L'assistenza primaria è organizzata in ambiti. Descrizione dell'ambito territoriale ove opera il MMG. Con popolazione di riferimento non inferiore a 7000 abitanti, può essere comunale, sovracomunale o distrettuale.

Il medico esercita la sua prestazione nell'*ambito territoriale* attraverso l'apertura di uno o più studi.

Il rapporto ottimale è 1MMG ogni 1.000 abitanti residenti o frazioni di 1000 superiori a 500.

Esiste una procedura precisa per diventare un medico convenzionato. Ogni anno entro fine marzo la RER pubblica un bando con le zone carenti, dandone ampia diffusione sul sito regionale e presso tutti i portatori di interesse, ivi compresi i sindacati medici.

Tutto è stato informatizzato quindi la procedura è on-line. Tra la fine di giugno e la metà di luglio si assegnano le zone carenti. Prima i trasferimenti, poi i medici iscritti nella graduatoria valida per l'anno, poi i Medici con acquisizione del diploma del corso in medicina generale entro l'anno.

I posti che residuano, e residuano sempre, vengono presi in considerazione insieme alla SISAC (agenzia con ruolo simile all'ARAN). Si utilizzano i medici iscritti negli elenchi di altre regioni. Se dall'esito di questa procedura residuano ulteriormente zone, e residuano, si apre la terza fase con l'assegnazione ai medici iscritti al corso di Medicina Generale della RER.

Il limite previsto per questi medici è di 500 assistiti. Nel momento in cui il MMG finisce il corso, può accettare l'aumento dei pazienti in carico.

Le regioni possono editare altri bandi nel corso dell'anno. La RER lo fa con un bando ad ottobre.

Vengono messi a disposizione alcuni dati sulle zone carenti negli anni 2013-2021. Il bando per quest'anno si è appena chiuso.

Nel corso del 2021 si andrà a mettere a disposizione oltre 300 posti solo per la MMG, più quelli di guardia medica, 448 e di emergenza sanitaria, 87.

853 sono i medici disponibili e, rispetto ai numeri delle zone carenti, si potrebbe teoricamente coprire tutto il fabbisogno.

Vengono illustrati i dati presenti nelle tabelle mettendo in relazione i posti pubblicati e quelli non assegnati, nei vari ambiti della medicina convenzionata.

Un medico, a cui viene assegnata una zona carente, che ha accettato, non vuol dire che apra lo studio. Ha un tempo dato (90gg) ma se non apre decade l'assegnazione.

Possono trascorrere anche tutti questi giorni e il medico ha diritto a rinunciare anche all'ultimo momento e la carenza rimane fino al successivo bando.

Se non si copre una carenza l'A USL incarica provvisoriamente un medico preso da graduatorie che vengono fatte annualmente. L'incarico in questo momento ha durata annuale.

Se la zona non viene coperta successivamente viene reiterata la stessa procedura.

Esiste un sistema di incentivi anche economici per coprire una zona carente disagiata o disagiatissima.

Si potrebbero agire anche altre forme di incentivo per la copertura di queste zone (MMG dentro le Case della Salute, incentivi economici più sostanziosi, agevolazioni per l'apertura degli studi medici, incentivare forme associative verso la medicina di gruppo, telemedicina, ecc.)

**Perini:** prende in considerazione il numero relativo alla continuità assistenziale (448 carenti per il 2021). Questo dato è in relazione alla costituzione degli USCA? Fanno parte di questo numero?

**Buriani:** no, incarichi conferiti in maniera diversa con altra procedura fuori dagli accordi collettivi regionali. Seguono loro protocolli dedicati.

Non appartengono a graduatorie ma partono da una sorta di volontà individuale del professionista.

Situazione, probabilmente, in parte legate al minor regime fiscale dei precari della continuità assistenziale che fa preferire l'incarico provvisorio. Problema che va affrontato a livello nazionale.

Settore probabilmente da rifondare, quello della continuità assistenziale.

**Scortichini:** oltre 3 milioni di assistiti circa 3.500 medici. Dove sono andati tutti i medici che abbiamo laureato nel passato? Non attrattiva la Medicina generale?

La carenza sempre denunciata da questo Comitato.

**Buriani:** la medicina territoriale ha dimostrato di non essere pronta ad affrontare la pandemia. Molti medici morti. Debole l'assistenza domiciliare, altrimenti non sarebbero stati creati gli USCA.

Considerando le domande di partecipazione al corso, se si possedessero più posti senz'altro verrebbero coperti. Dal punto di vista economico non è trascurabile.

Bisognerebbe ragionare di nuovo sul numero di assistiti in carico.

**Fabri:** segnala la criticità dell'assistenza in relazione alla pandemia partendo dalla percezione dei cittadini. La sensazione diffusa è di non ricevere l'assistenza di cui hanno bisogno.

Medici probabilmente demotivati forse perché più burocratizzati.

Quale futuro possibile per i MMG. L'Assessore Donini in un momento pubblico ha dichiarato che gli USCA saranno garantiti anche nel futuro.

Assumerli attraverso le aziende per rispondere ai bisogni delle fragilità che ci sono sul territorio. Per coadiuvare i MMG sulle cronicità.

**Buriani:** spunti interessanti occorrerebbe andare verso un modello nuovo dell'assistenza, con decisioni a livello nazionale.

Farli diventare dipendenti. Chiedersi, se è la soluzione perché non lo abbiamo fatto finora? Cominciare a ragionarci e provare a sperimentare da parte dei territori, magari in autonomia, ancora prima che ci si esprima a livello centrale.

Il dott. Buriani mette a disposizione le slides esplicative che vengono inoltrate al Comitato.

**Buone pratiche: Anticipazioni sul percorso per la definizione del nuovo Piano Regionale della Prevenzione.**

**Bertolani:** espone a livello generale le linee del nuovo Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 che verranno approfondite in uno dei prossimi incontri.

Il Piano risente molto degli aspetti legati alla gestione della pandemia.

Il processo parte dalla sottoscrizione dell'Intesa Stato-regioni del 2020. Esposizione del cronoprogramma.

**Entro 31maggio** Inserimento nella piattaforma di elementi sulla pianificazione regionale secondo format proposto.

**1/6/2021-31/7/2021** Analisi del Ministero della proposta di pianificazione regionale e richiesta di eventuali integrazioni

Entro **30/9/2021** adozione del PRP regionale

Annualmente **2023-2026** rendiconto annuale sullo stato di avanzamento del programma regionale secondo il format dedicato.

**I 6 macro-obiettivi** inseriti nel PRP, che rispondono alle priorità strategiche per il quinquennio:

1. - Malattie croniche non trasmissibili
2. - Dipendenze e problemi correlati
3. - Incidenti domestici e stradali
4. - Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali
5. - Ambiente, clima e salute

## 6. - Malattie infettive prioritarie

**Le Azioni trasversali** sono: intersectorialità, formazione, comunicazione, equità. Sono azioni di sistema che contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi di salute. Vanno declinati con gli obiettivi specifici in ogni programma.

Il Servizio di Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica che coordina la definizione del Piano sta compiendo un grosso lavoro con tutti i settori della Direzione generale Cura della Persona, Salute e Welfare regionale, che sono coinvolti.

### **10 sono i programmi predefiniti:**

- PP1: Scuole che Promuovono Salute
- PP2: Comunità Attive
- PP3: Luoghi di Lavoro che Promuovono Salute
- PP4: Dipendenze
- PP5: Sicurezza negli ambienti di vita
- PP6: Piano mirato di prevenzione
- PP7: Prevenzione in edilizia ed agricoltura
- PP8: Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro
- PP9: Ambiente, clima e salute
- PP10: Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza

Sono previsti anche **programmi liberi** definiti anche in continuità con il precedente PRP

- PL11 Interventi nei primi 1000 giorni vita
- PL12 Infanzia e adolescenza in condizioni di vulnerabilità
- PL13 SCREENING
- PL14 Sistema Informativo Regionale per la Prevenzione nei luoghi di lavoro dell'Emilia-Romagna (SIRP - ER)
- PL15 Sicurezza chimica
- PL16 Vaccinazioni
- PL 17 Malattie infettive
- PL 18 PIANO PANDEMICO
- PL19 ECO HEALTH Salute Alimenti, Animali, Ambiente
- PL20 ONE HEALTH Malattie infettive

E' stata prevista una forte integrazione tra settori diversi: prevenzione collettiva, sanità pubblica con la sanità animale.

Integrare diversi ambiti. Coinvolto anche sociale, il sanitario, l'agricoltura, l'ambiente, l'edilizia e il settore lavoro, nella costruzione del Piano.

Definito a livello regionale il Piano per l'emergenza, condiviso con la Protezione Civile, relativo ai rischi ambientali e ad altri settori come l'emergenza animale.

**Sighinolfi:** segnala di aver letto l'impianto del Piano, allineare le disuguaglianze e cambio di prospettive culturali, rafforzare la centralità delle persone sono a suo avviso parole chiave.

Dice che dovremmo essere coinvolti nell'approvazione del PRP, come CCRQ/CCM/Associazioni.

Pone il tema dell'agricoltura "sociale" e sicurezza sul lavoro. Importante il tema della salute ambientale.

**Bertolani:** One Health visione globale della salute. Tema forte legato a quello dell'equità.

Nel nuovo PRP saranno coniugate nella salute globale quella dell'uomo, degli animali, dell'ambiente, la salute alimentare, in relazione alle indicazioni europee.

**Fabbri:** ritiene e conferma che dovrebbero essere coinvolte le associazioni, i CCM e il CCRQ, nella prospettiva di non negare il progresso ma di accompagnarlo in una maniera più accettabile, dal punto di vista della salute.

**Bertolani:** comunica che in prossimi incontri verranno fatti dei focus sui singoli argomenti che poi verranno condivisi, compreso la salute animale e il benessere alimentare.

Vengono messe a disposizione le slides della dott.ssa Bertolani, al Comitato.

<p style="text-align: center;"><b>Varie ed eventuali: Approvazione del verbale della seduta del 17/3/2021 e o.d.g seduta del 19/5/2021.</b></p>
---

Viene approvato il verbale relativo alla seduta del 17/3/2021.

Per l'o.d.g della seduta del 19 maggio si condivide di inserire un approfondimento sull'attuale organizzazione di un URP delle Aziende sanitarie.

A tale proposito si chiederà conferma di disponibilità al dott. Alberto Nico, Dirigente responsabile presso l'Azienda Usl di Parma.

Si chiederà poi la disponibilità ad un aggiornamento sull'andamento del Piano vaccinale in Regione, tramite il dott. Christian Cintori o rappresentante del Servizio di Prevenzione collettiva e sanità pubblica regionale.

Perini segnala che la richiesta incontro DG e Assessore non ha avuto ancora riscontro.

Come anticipato durante la seduta straordinaria del 24 febbraio presenta le sue dimissioni che vengono messe in discussione.

**Martelli:** dimissioni non contemplate dal regolamento. Chi si dimette lo fa anche come rappresentante del suo comitato e non solo come Presidente.

Le elezioni CCRQ sono state concordate per fine anno.

**Fecundo:** propone sospensione delle attività CCRQ fino a convocazione.

**Scortichini:** già delineato il percorso fino a settembre. Ritiene relativamente importante che ci convochino adesso.

**Borgini:** fa una considerazione generale in relazione al periodo di emergenza che potrebbe far slittare l'incontro. Tante altre cose sono in attesa, anche importanti. Si tratta di avere un pò di pazienza e rimandare.

**Martelli:** comprende che ci possano essere nelle relazioni delle frustrazioni e amarezza ma non è il momento per lasciare.

**Guzzon:** in questo periodo tendiamo a giustificare anche a livello territoriale. Le non risposte ormai si verificano da molto tempo.

**Martelli:** propone di fare qualcosa di diverso e mandare una nuova lettera alle cariche regionali, come CCRQ.

Viene letta la lettera inviata all'Assessore e alla Direttrice con richiesta incontro.

**Martelli:** propone la dimissione dell'intero Comitato.

Scortichini e Sighinolfi sono d'accordo.

Dopo ampia discussione si concorda per nuova lettera e incontro in tempi brevi altrimenti dimissioni di tutto il Comitato.

**Martelli:** propone in testa ai destinatari di inserire il Presidente Bonaccini. Si incaricherà di predisporre bozza da condividere con tutti.

**Guzzon:** propone di mandare nota anche ai Direttori Generali delle Aziende per conoscenza.

La seduta termina alle 12,30.

Per la Segreteria

Roberta Franceschini  


Il Presidente

Pino Gino Perini  
