

**Decreto del Presidente
in qualità di Commissario ad acta
(delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 luglio 2008)**

DECRETO n. 45 del 2 luglio 2009

Oggetto: “Promozione dell’appropriatezza diagnostica e terapeutica nelle dislipidemie e dei farmaci equivalenti nelle classi C10AA e C10BA degli inibitori dell’HGM-CoA Reduttasi” singoli o in associazione.

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente: “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni”;

VISTA la legge 8 agosto 1996, n. 425 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 20 giugno 1996, n. 323, recante disposizioni urgenti per il risanamento della finanza pubblica” ;

VISTA la legge 30 dicembre 2004, n.311 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)” ed in particolare l’art.1, comma 180 che ha previsto per le Regioni interessate, qualora si verificasse una situazione di squilibrio economico – finanziario, l’obbligo di procedere ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio;

VISTA l’Intesa Stato - Regioni del 23 marzo 2005 che in attuazione della Legge Finanziaria dello Stato pone in capo alla Regione:

- l’obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi sull’indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l’equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo economico per l’anno di riferimento (art.6);
- la stipula - in relazione a quanto disposto dall’art.1 comma 180 della Legge 30 dicembre 2004 - con i Ministri dell’Economia e della Salute di un apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell’equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza (art.8);

VISTA la legge 27 dicembre 2006, n.296 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)” e, in particolare:

- l’art.1, comma 796, lett. b) che ha istituito per il triennio 2007 – 2009 il Fondo transitorio per le regioni con disavanzi elevati, subordinando l’accesso allo stesso alla sottoscrizione di un apposito accordo, tra i Ministri della Salute, dell’Economia e Finanze e la Regione interessata, ai sensi dell’art.1, comma 180, della L. n.311/04;

**Decreto del Presidente
in qualità di Commissario ad acta
(delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 luglio 2008)**

DECRETO n. 45 del 2 luglio 2009

PRECISATO in proposito che, così come previsto dallo stesso art.1, comma 796, lett. b), il predetto accordo deve essere comprensivo di uno specifico piano di rientro, contenente tra l'altro le misure per l'azzeramento del disavanzo entro il 2010;

VISTA la L.R. 28 dicembre 2006, n.27 "Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2007 (art.11, L.R. 20 novembre 2001, n.25)" e, in particolare, l'art. 8 concernente le misure di attuazione del patto nazionale sulla salute;

VISTE le deliberazioni della Giunta regionale del Lazio:

- n.66 del 12 febbraio 2007 concernente: "Approvazione del "Piano di Rientro" per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180, della Legge 311/2004";
- n.149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: "Presenza d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del "Piano di Rientro";

VISTO il decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. 24 del 10 settembre 2008 "Attuazione punto 10 deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 luglio 2008 – intervento 2.3.8 Misure per il contenimento della spesa farmaceutica del Piano di rientro";

RILEVATO, in particolare:

- che il predetto Piano di rientro prevede interventi generali e specifici all'interno dei quali sono sviluppati obiettivi operativi ed interventi con l'indicazione, per ognuno di essi dei tempi e dei modi di realizzazione;
- che tra gli obiettivi individuati nel Piano di Rientro hanno esplicito rilievo quelli relativi alla politica del farmaco;

DATO ATTO che, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'11 luglio 2008, il Presidente della Regione Lazio, Pietro Marrazzo, è stato nominato commissario *ad acta pro tempore* per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel Piano di rientro dai disavanzi regionali nel settore sanitario;

CONSIDERATO che la deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 luglio 2008 che indica le priorità d'azione del Commissario, prevede al punto 3) intervento sulla spesa farmaceutica convenzionata con prioritario riferimento alla revisione dell'accordo vigente con le farmacie convenzionate in materia di c.d. "distribuzione per conto", alle misure per l'incremento dell'appropriatezza prescrittiva e l'allargamento ulteriore delle forme di distribuzione diretta;

CONSIDERATO a tal riguardo che i dati di consumo dei farmaci nell'anno 2008 mostrano come la Regione Lazio non sia stata allineata al tetto di spesa previsto dalla normativa vigente;

**Decreto del Presidente
in qualità di Commissario ad acta
(delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 luglio 2008)**

DECRETO n. 45 del 2 luglio 2009

CONSIDERATO che il valore economico e sociale del settore farmaceutico, particolarmente presente con i suoi insediamenti sul territorio della Regione Lazio, rende indispensabile l'avvio di un percorso condiviso tra imprese e Istituzioni locali per delineare una politica orientata alla gestione sostenibile della spesa sanitaria che punti all'appropriatezza delle prestazioni, evitando misure che possano penalizzare le cure innovative per esigenze economiche;

RITENUTO a tal riguardo opportuno indirizzare, ove possibile, la prescrizione medica verso i farmaci a brevetto scaduto che rappresentino la scelta più vantaggiosa in termini di rapporto costo-efficacia, nella consapevolezza che il farmaco innovativo riveste comunque un ruolo fondamentale ed insostituibile per la cura del paziente, la sostenibilità e l'efficienza dell'intero sistema salute;

RICONOSCIUTO che lo sviluppo della ricerca e dell'innovazione farmaceutica è comunque un valore imprescindibile per il paziente stesso;

CONSIDERATO che:

- i farmaci appartenenti alla classe Inibitori HMG-CoA Reduttasi con ATC C10AA rappresentano il 8% della spesa farmaceutica convenzionata nella Regione Lazio pari ad € 100.090.630,03 (dati Sfera 2008) , con una spesa netta per 1.000 abitanti residenti pari a € 17.998,62 ed una DDD/1000 ab. pari a € 561,86 verso una spesa farmaceutica convenzionata a livello nazionale pari a € 908.764.178,02 ed spesa netta per 1.000 abitanti residenti pari a € 15.242,79 ed una DDD/1000 ab. pari a € 508,50;
- i farmaci appartenenti alla classe Inibitori HMG-CoA Reduttasi con ATC C10BA (associazione simvastatina-ezetimibe) hanno prodotto nel 2008 una spesa pari a € 11.247.152,63 (dati Sfera 2008) con una spesa netta per 1.000 abitanti residenti pari a € 2.022,50 e una DDD/1000 ab. pari a € 30,24 verso una spesa farmaceutica convenzionata a livello nazionale pari a € 82.399.536,25 ed spesa netta per 1.000 abitanti residenti pari a € 1.382,10 ed una DDD/1000 ab. pari a € 20,54;
- la perdita del brevetto della Simvastatina e della Pravastatina, principi attivi farmacologici appartenenti alla classe degli Inibitori HMG-CoA Reduttasi, consente significative riduzioni di costi pur assicurando idonei livelli di cura per il paziente;

ATTESO che l'andamento del consumo nel Lazio nell'anno 2008 per i farmaci della classe degli Inibitori HMG-CoA Reduttasi ha evidenziato un trend in aumento dei volumi rispetto all'anno 2007 pur con una lieve diminuzione della spesa (per ATC C10AA) dovuta alla scadenza brevettuale della Simvastatina e della Pravastatina ,come evidenziato nella tabella sottostante:

**Decreto del Presidente
in qualità di Commissario ad acta
(delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 luglio 2008)**

DECRETO n. 45 del 2 luglio 2009

VARIAZIONI PERCENTUALI 2008 VS 2007 (dati Cosisan)

LAZIO	Δ % N° CONFEZIONI	Δ % VALORE
C10AA INIBITORI della HMG C0A REDUTTASI di cui:	+7,38	-9,70
ATORVASTATINA CALCIO TRIIDRATO	+10,34	+12,56
SIMVASTATINA	+13,18	-43,30
ROSUVASTATINA SALE DI CALCIO	+13,94	+14,66
PRAVASTATINASODICA	-17,19	-155,00
FLUVASTATINA SODICA	-5,57	-7,82
LOVASTATINA	-8,64	-3,70
C10BA INIBITORI della HMG C0A REDUTTASI (SIMVASTATINA + EZETIMIBE)	+58,78	+59,49

RAVVISATA, pertanto, la necessità di implementare, relativamente agli inibitori HMG-CoA Reduttasi, l'utilizzo appropriato delle statine equivalenti, pur mantenendo inalterati i livelli di assistenza;

RITENUTI necessari interventi di carattere farmaco-economico, nel rispetto dei principi di appropriatezza a garanzia della tutela della salute;

RITENUTO opportuno sottolineare quanto segue:

- gli Inibitori della HMG CoA Reduttasi (statine — ATC C10AA) agiscono inibendo la HMG-CoA reduttasi, un enzima che catalizza la reazione limitante la velocità di sintesi del colesterolo. L'effetto della riduzione del colesterolo epatico induce un aumento sia dell'attività dei recettori delle LDL che della clearance del colesterolo LDL dal circolo sanguigno. Le statine sono molto più efficaci di altre molecole agendo anche sui livelli dei trigliceridi, abbassandoli, ma influenzano poco i livelli di colesterolo HDL;
- la prescrivibilità a carico del SSN delle statine è regolata dalla nota AIFA n. 13 ed è limitata ai pazienti affetti da dislipidemie familiari, ipercolesterolemia non corretta dalla sola dieta in prevenzione primaria (pazienti adulti con rischio cardiovascolare del 20% o superiore di sviluppare malattie cardiovascolari entro 10 anni “ Carte di Rischio del Progetto Cuore dell'Istituto Superiore di Sanità”-) e secondaria (pazienti adulti con coronaropatia documentata o pregresso ictus o arteriopatia obliterante periferica o pregresso infarto o diabete), iperlipidemie non corrette dalla sola dieta indotte da farmaci (immunosoppressione, antiretrovirali e inibitori della aromatasi) e in pazienti con insufficienza renale cronica.

**Decreto del Presidente
in qualità di Commissario ad acta
(delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 luglio 2008)**

DECRETO n. 45 del 2 luglio 2009

VISTE le linee di indirizzo stilate dalla Commissione regionale PTOTR relative all'uso degli inibitori dell' HMG-Coa Reduttasi per la prevenzione primaria e secondaria delle malattie cardiovascolari nella regione Lazio, parte integrante del presente decreto di cui costituiscono l'Allegato A, si precisa quanto segue:

• **Prevenzione primaria**

Gli studi effettuati hanno riguardato l'efficacia e la sicurezza della Simvastatina, Pravastatina e fluvastatina e non vi sono ad oggi trials randomizzati di confronto tra le statine ad alta potenza rispetto a quelle a più bassa potenza d'azione.

La corretta alimentazione rappresenta, insieme all'aumento dell'attività fisica ed alla sospensione del fumo, il primo provvedimento da attuare nel controllo del rischio cardiovascolare.

Solo dopo tre mesi di dieta adeguatamente proposta al paziente ed eseguita in modo corretto, dopo aver escluso le cause di dislipidemia secondaria ad altra patologia, si può valutare il rischio cardiovascolare, ai fini della prescrizione di farmaci, Le correzioni delle abitudini alimentari, l'aumento dell'attività fisica insieme con la sospensione del fumo devono essere mantenuti anche quando viene iniziata la terapia farmacologica.

L'uso dei farmaci ipolipemizzanti deve essere continuativo e non occasionale.

In funzione del valore riscontrato del C-LDL e della tipologia di pazienti, occorrono riduzioni di C-LDL di entità differente per raggiungere il target raccomandato.

Le tabelle che seguono evidenziano, secondo diversi studi, l'effetto delle singole statine, ai vari dosaggi, in termini di riduzione percentuale del colesterolo LDL.

Tab. 2 Dosi in mg di statina per raggiungere riduzioni C-LDL rispetto al basale

Riduzione%	26-30%	31-35%	36-40%	41-50%	51-55%
Rosuvastatina			5	10	20-40
Atorvastatina		10	20	40	80
Simvastatina	10	20	40	80	
Lovastatina	20	40	80		
Pravastatina	20	40			
Fluvastatina	40	80			

**Decreto del Presidente
in qualità di Commissario ad acta
(delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 luglio 2008)**

DECRETO n. 45 del 2 luglio 2009

Fonte: Mahley RW, Bersot TP 2006

In base alla loro differente efficacia le statine possono essere suddivise in tre categorie: quelle che determinano una riduzione del C-LDL fino al 35% (Simvastatina 20-40 mg, Pravastatina 20-40 mg, Lovastatina 20 mg, Fluvastatina 80 mg, Atorvastatina 10 mg) e quelle che determinano una riduzione del C-LDL del 40% (Simvastatina 20-40 mg Rosuvastatina 5 mg, Atorvastatina 20 mg, Lovastatina 80 mg), o superiore al 40% (Rosuvastatina 10-20-40 mg, Atorvastatina 40-80 mg, Simvastatina 80 mg).

Sulla base dei dati clinici e della valutazione del rischio cardiovascolare di ciascun paziente oltreché dell'obiettivo in termini di riduzione del colesterolo totale e LDL deve essere scelta la molecola ed il dosaggio.

La nota AIFA 13 non fa alcuna distinzione tra le diverse molecole, ma nell'ambito di ciascuna delle due categorie di statine (riduzione C-LDL < 40% e > 40%) dovrebbe essere utilizzata quella con il miglior rapporto costo/efficacia.

Quando il colesterolo LDL di base non è particolarmente elevato, il target indicato dalle linee guida può essere raggiunto già con riduzioni modeste della colesterolemia, ottenibili con qualunque statina.

In questi casi l'utilizzo delle statine disponibili come farmaco equivalente rappresentano la scelta migliore nel rapporto costo- efficacia.

Alla luce di quanto sopra esposto il trattamento di prevenzione primaria prevede l'uso di Simvastatina, in presenza di potenziale interazione con altri farmaci o intolleranza all'uso della Simvastatina fino a 40 mg/die (eccezionalmente 80 mg/die), può essere scelta una dose inferiore o un prodotto alternativo come la Pravastatina.

L'uso delle statine ad alta potenza di azione va riservato ai casi certificati che non rispondano dopo un periodo congruo (12 settimane) di trattamento continuativo con le statine a minor potenza di azione e a più basso costo e qualora si ravvisi la necessità di ridurre il livello del colesterolo LDL oltre il 40%.

• **Prevenzione secondaria**

Il trattamento nella prevenzione secondaria deve essere attivato immediatamente con Simvastatina 40 mg. In presenza di eventuali interazioni con altri farmaci o in caso di intolleranza all'uso di Simvastatina 40 mg /die (eccezionalmente 80 mg/die), può essere scelta una dose inferiore o un medicinale contenente Pravastatina.

La decisione di offrire una statina ad alta intensità di azione deve tenere in considerazione la preferenza del paziente, le comorbidità, la concomitante somministrazione di altri farmaci e i benefici e i rischi di tale trattamento.

L'uso dell'associazione Simvastatina-Ezetimibe, in prevenzione secondaria, deve essere limitato ai casi in cui sia clinicamente indicato raggiungere livelli target di colesterolo LDL non raggiunti con le singole statine anche a dosaggi elevati o con statine ad alta potenza .

**Decreto del Presidente
in qualità di Commissario ad acta
(delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 luglio 2008)**

DECRETO n. 45 del 2 luglio 2009

CONSIDERATO che la centralità degli obiettivi di cura del paziente non è posta in discussione dal presente provvedimento e che mantenere un paziente in trattamento con una statina che non permetta il conseguimento del target terapeutico precisato configura una evidente inappropriately nell'uso di questi farmaci;

RITENUTO che:

- A. che i medici prescrittori (MMG, PLS, medici dipendenti del SSN e specialisti universitari) dovranno rigorosamente attenersi alle indicazioni previste dalla nota 13 dell'AIFA e a quanto indicato dal presente decreto;
- B. che i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, delle Aziende Ospedaliere e dei Policlinici Universitari dovranno adottare i provvedimenti necessari alla stretta osservanza del presente provvedimento attivando iniziative tese a monitorare le prescrizioni e l'andamento della spesa relativa ai farmaci della classe degli inibitori dell'HGM CoA Reduttasi; l'obiettivo è il raggiungimento del 40% per l'anno 2009 e del 50% per l'anno 2010 della quota prescrittiva di statine a brevetto scaduto, considerato che nell'anno 2008 (dati Cosisan) la percentuale prescrittiva, in numero di confezioni erogate, è stata pari a circa il 35% del totale,
- C. I Direttori Generali delle ASL, attraverso i responsabili di Distretto e dei Servizi Farmaceutici Aziendali, sono incaricati di:
 - 1. vigilare sul controllo dell'appropriatezza prescrittiva di tali medicinali;
 - 2. effettuare costantemente la verifica dell'ottemperanza di quanto qui sancito; relazionando tramite le CAPD aziendali trimestralmente all'Area Politiche del Farmaco- Direzione Programmazione Sanitaria Regione Lazio;
 - 3. monitorare attraverso i servizi farmaceutici aziendali e le CAPD i consumi degli inibitori della HMG CoA Reduttasi, collaborando con i medici prescrittori per la verifica dell'appropriatezza prescrittiva e della continuità terapeutica dei pazienti in trattamento;

DECRETA

Per quanto esposto in narrativa e che qui si intende integralmente riportato che:

- 1) i medici (ove per medici si intendono sia Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti ospedalieri, territoriali e universitari) all'atto della prescrizione di inibitori della HMG CoA Reduttasi semplici (ATC C10AA) o associati (ATC C10BA). devono attenersi rigorosamente alle indicazioni previste dalla Nota AIFA 13.

Qualora l'obiettivo del trattamento farmacologico sia la riduzione di LDL in misura non superiore al 40% devono essere prescritti farmaci inibitori della HMG CoA Reduttasi (cat. C10AA) equivalenti o comunque non coperti da brevetto;

**Decreto del Presidente
in qualità di Commissario ad acta
(delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 luglio 2008)**

DECRETO n. 45 del 2 luglio 2009

- 2) la corretta alimentazione rappresenta, insieme all'aumento dell'attività fisica ed alla sospensione del fumo, il primo provvedimento da attuare nel controllo del rischio cardiovascolare.
Solo dopo tre mesi di dieta adeguatamente proposta al paziente ed eseguita in modo corretto, dopo aver escluso le cause di dislipidemia secondaria ad altra patologia, si può valutare il rischio cardiovascolare, ai fini della prescrizione di farmaci, Le correzioni delle abitudini alimentari, l'aumento dell'attività fisica insieme con la sospensione del fumo devono essere mantenuti anche quando viene iniziata la terapia farmacologica;
- 3) l'uso dei farmaci ipolipemizzanti deve essere continuativo e non occasionale;
- 4) il trattamento in prevenzione primaria deve essere iniziato con Simvastatina; in presenza di potenziale interazione con altri farmaci o intolleranza all'uso della Simvastatina 40 mg, può essere scelta una dose inferiore o un prodotto alternativo come la Pravastatina.
L'uso delle statine ad alta potenza di azione va riservato ai casi certificati che non rispondano dopo un periodo congruo (12 settimane entro le quali non può essere sostituita la specialità prescritta al fine di valutare, senza alcuna distorsione dovuta a parametri di tipo farmacocinetico, il raggiungimento del target previsto nel soggetto trattato) di trattamento continuativo con le statine a minor potenza di azione e a più basso costo e qualora si ravvisi la necessità di ridurre il livello del colesterolo LDL oltre il 40%.
La prescrizione dell'associazione Simvastatina-Ezetimibe in prevenzione primaria deve essere limitata ai casi in cui sia clinicamente indicato raggiungere livelli target di colesterolo LDL non raggiunti con le singole statine anche a dosaggi elevati o ad alta potenza.
L'obiettivo terapeutico deve essere raggiunto e mantenuto nel tempo, con una terapia regolare e continuativa;
- 5) il trattamento in prevenzione secondaria deve essere attivato immediatamente con Simvastatina 40 mg. In presenza di eventuali interazioni con altri farmaci o in caso di intolleranza all'uso di Simvastatina 40 mg, può essere scelta una dose inferiore o un medicinale contenente prava statina.
L'uso delle statine ad alta potenza di azione va riservato ai casi certificati che non rispondano dopo un periodo congruo (12 settimane entro le quali non può essere sostituita la specialità prescritta al fine di valutare, senza alcuna distorsione dovuta a parametri di tipo farmacocinetico, il raggiungimento del target previsto nel soggetto trattato) di trattamento continuativo con le statine a minor potenza di azione e a più basso costo e qualora si ravvisi la necessità di ridurre il livello del colesterolo LDL oltre il 40%.
La prescrizione dell'associazione Simvastatina-Ezetimibe in prevenzione secondaria deve essere limitata ai casi in cui sia clinicamente indicato raggiungere livelli target di colesterolo LDL non raggiunti con le singole statine anche a dosaggi elevati o ad alta potenza;
- 6) l'obiettivo terapeutico deve essere raggiunto e mantenuto nel tempo, con una terapia regolare e continuativa;

**Decreto del Presidente
in qualità di Commissario ad acta
(delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 luglio 2008)**

DECRETO n. 45 del 2 luglio 2009

- 7) i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, delle Aziende Ospedaliere e dei Policlinici Universitari dovranno adottare i provvedimenti necessari alla stretta osservanza del presente decreto attivando iniziative tese a monitorare le prescrizioni e l'andamento della spesa relativa ai farmaci della classe degli inibitori dell'HGM CoA Reduttasi; ponendosi come obiettivo il raggiungimento della quota prescrittiva di statine a brevetto scaduto, del 40% per l'anno 2009 e del 50% per l'anno 2010 sul numero totale di confezioni erogate;
- 8) i Direttori generali delle ASL, attraverso i responsabili di Distretto e dei Servizi farmaceutici aziendali, sono incaricati di:
1. vigilare sul controllo dell'appropriatezza prescrittiva di tali medicinali;
 2. effettuare costantemente la verifica dell'ottemperanza di quanto sancito; relazionando tramite le CAPD aziendali trimestralmente all'Area Politiche del Farmaco- Direzione Programmazione Sanitaria Regione Lazio;
 3. monitorare attraverso i servizi farmaceutici aziendali e le CAPD i consumi degli inibitori della HMG CoA Reduttasi, collaborando con tutti i medici prescrittori per la verifica dell'appropriatezza prescrittiva e della continuità terapeutica dei pazienti in trattamento;
- 9) i Direttori Generali in caso di inosservanza, opportunamente documentata dalle CAPD, di quanto disposto nel presente decreto applicheranno quanto dettato dall'articolo 1 comma 4 della. L. 425 , 8 agosto 1996 e quanto previsto dai vigenti accordi convenzionali e contrattuali nazionali e regionali per i MMG, PLS e specialisti convenzionati e dipendenti del S.S.N;
- 10) di dare mandato alla Direzione Regionale Programmazione Sanitaria di provvedere con proprio provvedimento ad eventuali modifiche ed integrazioni del presente decreto, nonché, ove necessario ad individuare le modalità applicative
- 11) si autorizza la pubblicazione sul BURL.



Linee di indirizzo
STATINE.doc

PIETRO MARRAZZO