

Dalla Sanità Elettronica alla Medicina Telematica.

Il Futuro è adesso.

Firenze, 8-9-10 aprile 2010 – Sede: Villa “La Quietè” alle Montalve

LETTURA MAGISTRALE DI ALDO PAGNI: DALLA CONDOTTA MEDICA ALLA MEDICINA TELEMATICA.

Confesso che il titolo della relazione propostomi dagli organizzatori di queste importanti Giornate di Studio in Medicina Telematica, mi aveva provocato un iniziale sconcerto.

Avevo avuto, infatti, l'impressione, sbagliando, che il richiamo al medico condotto volesse proporre un confronto, impari e scontato, tra la povertà di mezzi e la solitudine umana di una medicina del “calesse e cavallo”, e i grandi mezzi della tecnologia sanitaria moderna, per esaltare i trionfi di quest'ultima.

La presentazione delle giornate, come “momento di approfondimento e di confronto in un contesto di medicina clinica”, e la riaffermazione del “primato e del significato insostituibilmente professionale e umano dell'atto medico”, hanno fugato ogni dubbio e riserva.

In questa prospettiva il convegno di studio, mi è apparso di grande attualità e interesse.

La presenza di autorevoli relatori garantiva un'interessante riflessione comune sulle trasformazioni che, dalla seconda metà del secolo XIX a oggi, sono avvenute nella sanità: dal metodo clinico tradizionale siamo passati al supporto della tecnologia nelle decisioni del medico, e ora vi è la possibilità di trasmettere a distanza, per via informatica e satellitare, i dati forniti dalla stessa tecnologia.

Un'iniziativa, dunque, quanto mai opportuna, poiché, come scriveva Heidegger nel 1959, “Ciò che è veramente inquietante non è che il mondo si trasformi in un completo dominio della tecnica. Di gran lunga più inquietante è che l'uomo non è affatto preparato a questo radicale cambiamento del mondo. Di gran lunga più inquietante è che non siamo ancora capaci di raggiungere, attraverso un pensiero meditante, un confronto adeguato con ciò che sta realmente emergendo nella nostra epoca”.

Parrà strano, ma a distanza di quasi cinquant'anni dalla riflessione del filosofo tedesco, non sembra che la medicina abbia “meditato” a sufficienza sui rapporti tra la tecnologia e l'esercizio della professione.

Infatti, nonostante la sua ormai lunga storia e l'insostituibile e preziosa utilità della tecnologia sanitaria, non abbiamo ancora risolto il dubbio antropologico se al centro dei nostri interessi vi debba essere il malato o la malattia, e se non vi debbano essere limiti, e quali, all'impiego della tecnologia per non snaturare il rapporto del medico con il malato.

Un clinico medico fiorentino, definiva affetti dalla “**sindrome di Ulisse**” i medici che facevano un ricorso eccessivo alle indagini strumentali e di laboratorio per giungere a una diagnosi, perché, al pari dell'eroe omerico, peregrinavano senza meta tra le isole del Mediterraneo prima di giungere a Itaca.

Infatti, gli epistemologi sono ancora divisi tra chi sostiene che il metodo clinico risponda a una logica ipotetico-deduttiva, e chi, invece, esalta quella induttiva.

Nel momento in cui l'informatica, e i satelliti, consentono di trasmettere a distanza i dati strumentali e di laboratorio relativi a una malattia, il quadro non può che complicarsi ulteriormente.

Senza riandare con la memoria troppo lontano nel tempo, riassumiamo brevemente qual era la vita e l'opera del medico condotto nella prima e seconda metà del XIX secolo.

E' noto che la sua situazione è stata quasi eroica almeno fino ai primi decenni del 900: assunto e licenziato a discrezione dei Comuni, remunerato generalmente poco, nonostante dovesse procurarsi una cavalcatura, un servitore, gli strumenti di lavoro e, oltre a non avere una pensione, doveva pagarsi anche un sostituto in caso di malattia.

Il condotto aveva un duplice ruolo: da un lato era tenuto ad assistere gratuitamente i poveri, e poteva curare le poche persone abbienti della zona, dall'altro doveva inviare periodici rapporti alle Autorità superiori sull'andamento delle malattie endemiche ed epidemiche nella condotta, ed eseguire le vaccinazioni.

Ai nostri fini, tuttavia, interessano soprattutto i metodi e gli strumenti che, all'epoca, quel medico aveva a disposizione per diagnosticare e curare le malattie.

Stando alle cronache del tempo, le diagnosi prescindevano dai sintomi, "ritenuti sembianze ingannevoli di una condizione patologica", ed erano poste sulla base di teorie prescientifiche generali, vitalistiche o umorali, applicate acriticamente al malato dopo averne esaminati il polso e la lingua, e avere guardato controluce l'urina.

Nonostante che Laennec avesse presentato nel 1819 il suo trattato sull'**auscultazione**, e introdotto l'innovazione dello **stetoscopio**, i clinici del tempo rifiutavano pregiudizialmente il nuovo metodo ritenuto "una manualità disdicevole", senza rendersi conto che, con l'auscultazione, stava nascendo l'era della semeiotica e della clinica moderna.

E' vero che non vi era una grande differenza tra "visitare" un torace con l'orecchio o con lo stetoscopio, ma la resistenza nei confronti della nuova tecnologia, da parte di molti medici, è proseguita fino ai tempi della mia infanzia, quando l'auscultazione era ormai divenuta una prassi comune.

Chi ha mai dimenticato il brivido provocato, in inverno, dall'accostamento al mio torace dell'orecchio gelato del medico curante, giunto a casa in bicicletta?

Il medico dell'Ottocento, con un certo sussiego, prescriveva all'infermo salassi, sanguisughe, enteroclistmi, purganti, vescicatori, senapismi, impiastri o rimedi derivanti dalle piante, dai minerali o dagli animali..

All'inizio del secolo, in campo farmaceutico, si era, infatti, ancora fermi all'officina *apothecaria* dello speziale, di origine quattrocentesca.

La popolazione era colpita da malattie infettive endemiche e, da altre, a carattere epidemico (Tifo, Colera, Pellagra, Tubercolosi, Malaria, Dissenterie, Sifilide, Carbonchio, Difterite, Brucellosi, Polmoniti ecc), conseguenza della miseria, e delle condizioni igienico sanitarie precarie di abitazioni fatiscenti.

In campagna si moriva di fame e di stenti, ma l'inurbamento dei contadini nelle città, dopo la Rivoluzione Industriale, non aveva certamente migliorato la qualità della loro vita.

E', tuttavia, intorno alla metà del secolo XIX, che inizia la stagione dei primi farmaci prodotti artificialmente nel retrobottega della farmacia per *sintesi chimica*, e non soltanto estratti di sostanze vegetali o minerali presenti in natura.

Anche se nella prima Farmacopea ufficiale del Regno d'Italia del 1892, insieme a medicinali importanti ed efficaci, sono ancora presenti alcune reminiscenze del passato come il vino d'oppio composto, il melograno, la carta senapata e l'essenza di trementina e le acque distillate di alchimistica memoria.

Fin qui il nostro riferimento è stato il medico del villaggio che, avvolto in un pesante mantello per ripararsi dal freddo e dalla pioggia, “sprona il cavallo in uno sfaglio e si allontana a capo basso nel buio, tra la neve e il vento”, percorrendo strade piene di fango, per assistere un malato in una misera e lontana casupola, fredda e scarsamente illuminata.

Pur con le dovute differenze ambientali, e magari l'uso di una carrozza piuttosto che di un cavallo, le prestazioni dei medici che operavano nelle città non dovevano essere molto più efficaci, anche se l'esperienza della condotta apparirà un'importante palestra nella formazione di clinici italiani, divenuti famosi, come Murri, Bufalini, Giordano e Silvagni.

In confronto a un grandissimo '600 e un altrettanto grande '700 dominati dalle figure di Malpighi, creatore dell'anatomia microscopica, e di Morgagni fondatore della moderna anatomia patologica macroscopica “dal cui recupero nacque il moderno metodo comparativo anatomo-clinico”, l'800 potrebbe apparire, privo di grandi personalità.

In realtà, limitandosi a citare solo alcuni grandi personaggi che ebbero un effetto rivoluzionario sull'etiologia delle malattie, e sul potere della medicina, non possiamo dimenticare **Louis Pasteur**, padre della microbiologia e delle vaccinazioni, le scoperte del bacillo della tbc e del vibrione del colera di **Robert Koch**, (medico in un piccolo borgo prussiano), quella di **Shaudinn**, della spirocheta pallida causa della sifilide, il famoso test diagnostico di **Wasserman**, la profilassi delle sepsi puerperali proposta da Semmelweis, la teoria cellulare di **Virchow**, la dottrina dell'immunologia di **Paul Ehrlich**, e l'introduzione di **Joseph Lister** dell'acido fenico nelle sale chirurgiche per diminuire la mortalità post operatoria.

Nello stesso periodo furono scoperti anche l'etere, il protossido d'azoto e il cloroformio, gli anestetici che consentirono di ridare vigore alla chirurgia.

L'entusiasmo suscitato da quelle scoperte fu tale da far subordinare la clinica alle risposte dei laboratori.

Naturalmente col tempo apparve evidente che la microbiologia non poteva risolvere interamente i problemi della prognosi e della cura.

La clinica con l'innesto del laboratorio fece, comunque, un avanzamento nelle sue conoscenze e nelle sue possibilità diagnostiche, ma mise in evidenza, nello stesso tempo, una difficile convivenza tra metodi di studio diretti **sul malato** e l'esame di materiali prelevati **dal malato**.

Le basi della medicina scientifica furono poste da **Claude Bernard**, con la rivoluzionaria "Introduzione allo studio della medicina sperimentale" che, attraverso la ricerca, trasformò la medicina da ancella della filosofia in una scienza indipendente con i suoi metodi e i suoi scopi.

La fisiopatologia divenne, comunque, un importante ma non esclusivo fondamento di una malattia, anche perché **la clinica ha un suo linguaggio di sintomi e di segni, che non devono essere letti e interpretati soltanto attraverso i risultati, a volte anche fuorvianti, forniti dall'analisi di un laboratorio.**

Alla fine dell'Ottocento nelle cliniche vi erano già laboratori di batteriologia, di chimica, di ematologia, di cardiologia e di radiologia ma le informazioni che da essi si potevano ottenere erano molto limitate.

Ha scritto Vito Cagli, "il sorgere della clinica italiana, come metodo e come scienza, si nutrì degli apporti di quanto avveniva in quegli anni negli altri Paesi europei, anche se si affermarono nel nostro Paese grandi figure di clinici" che avevano una conoscenza completa di tutti i settori della clinica, potevano confidare esclusivamente sulle proprie capacità, e obbedivano a un codice di valori indiscusso.

Dalla seconda metà dell'Ottocento agli anni Cinquanta del secolo scorso, **la visita medica** è stata la protagonista indiscussa della clinica e, con la scoperta dei sulfamidici nel 1911 e della penicillina nel '40, seguita da una grande quantità di farmaci innovativi, dagli anni '60 a oggi, si è avuta ragione di molte malattie infettive.

I quadri morbosi subirono una rapida transizione epidemiologica passando dalla prevalenza delle malattie acute a forme cronico-degenerative.

Ciò fu in parte dovuto alle migliorate condizioni di vita della popolazione, all'efficacia degli antibiotici, e alla disponibilità di farmaci in grado di far sopravvivere a lungo cardiopatici, bronco e nefropatici, diabetici e altri malati gravi, che in altre epoche sarebbero deceduti rapidamente.

Alla fine degli anni 50 anche il medico più modesto aveva maggiori possibilità di guarire molti dei suoi pazienti, di quante non avesse avuto un illustre clinico di qualche decennio precedente.

Il metodo clinico (dall'aggettivo greco *Klinikòs*, derivato da *Klinè* = letto), si **“fonda su quell'insieme di procedure che il medico mette in opera direttamente, alla presenza del malato, al fine di giungere alla diagnosi della malattia”**. .

Ricordo in quegli anni le lezioni, e le esercitazioni di semeiotica, nelle quali ci insegnavano come interrogare il malato sui suoi disturbi, come esaminare, con regole codificate, i diversi organi, apparati e sistemi con l'ispezione, la palpazione, la percussione e l'auscultazione.

Dall'insieme dei dati raccolti si traevano gli elementi fondamentali, e spesso sufficienti, per giungere a formulare una diagnosi differenziale, a prescrivere la terapia e a stabilire una prognosi con buona approssimazione.

Quante aree cardiache abbiamo delimitato a quel tempo con la percussione e, nelle esercitazioni, le abbiamo disegnate sui toraci del malato con la matita vetro grafica! E quanti *triangoli di Grocco* non siamo riusciti a individuare nelle pleuriti !

A dire il vero, questa era anche l'epoca della cosiddetta **“sindrome dei vestiti dell'imperatore”**, perché nessun assistente, e tanto meno gli studenti, si azzardavano a contestare, come il bambino della favola, l'esistenza e le caratteristiche di un soffio cardiaco dichiarato dal Maestro, e non percepito.

Nella clinica le analisi di laboratorio e le strumentazioni disponibili erano poche, e richiedevano procedure lunghe e complicate.

Fui sorpreso, pochi anni dopo, quando divenni assistente nella Clinica medica di Pisa, dove si eseguivano biopsie renali, epatiche e midollari, si praticavano le prime coronarografie, si ricorreva al “Rene artificiale” per i nefropatici, e agli isotopi radioattivi era affidata la diagnosi delle tireopatie.

Fu, allora, mentre mi recavo nel laboratorio della clinica a preparare, insieme con un chimico, i reagenti (allora non esistevano i Kit già pronti dell'industria) per eseguire gli esami richiesti per i letti che avevo in carico, che cominciai a chiedermi se, dopo avere ascoltato e interrogato un malato per raccogliere l'anamnesi, fosse ancora necessario esaminarlo con la semeiotica fisica, o non fossero più utili gli esami strumentali e di laboratorio per avere la conferma di un'ipotesi diagnostica.

Un Clinico medico, intervenuto allora in un convegno, si era vantato di non essere mai sceso in laboratorio e di non avere mai toccato una provetta !

Dagli anni '50 a oggi si è avuto uno sviluppo impetuoso e invadente della tecnologia diagnostica strumentale e di farmaci innovativi, l'esaltazione delle specializzazioni e una progressiva frammentazione delle conoscenze e competenze sub-specialistiche che, oltre a spostare l'interesse della pratica clinica dalla persona alle malattie di un organo, o di un apparato, hanno consentito di intervenire sempre più efficacemente sui confini della vita biologica delle persone.

Per porre l'accento sul cambiamento avvenuto nell'arco di alcune generazioni, a proposito degli strumenti usati dal medico per visitare il malato, un illustre clinico scrisse: Mio nonno visitava con l'orecchio, mio padre con lo stetoscopio, io con il fonendoscopio e mio figlio con l'ecografo.

Si evidenziava, così, l'accresciuta capacità del medico di "guardare dentro" un corpo umano, ma anche un progressivo allontanamento del rapporto fisico e diretto con il malato.

Il paradigma del metodo clinico che, sino allora, aveva al centro "un rapporto duale" tra medico e malato e una diagnosi "ragionata", è entrato in crisi, ha scritto ancora Vito Cagli, a causa dello sviluppo degli ospedali come "macchine per guarire", della crescita del sapere medico che ha portato alle specializzazioni, del progresso e della proliferazione dei mezzi di indagine "forniti" da altri al curante, della potenza terapeutica che è giunta talora a oscurare la necessità di una diagnosi esatta, e dell'eclisse delle figure rappresentative nella società, compreso i clinici...

I successi della medicina moderna sono indubitabili, e tali da non trovare riscontro in nessun altro secolo precedente e, tuttavia, mai come oggi essa è stata sottoposta a critiche, diffidenze e contestazioni da un'opinione pubblica contagiata dal sogno di un progresso medico senza limiti ed esente da errori.

Il cittadino scolarizzato, frastornato *dall'indice nebbia* provocato dalle informazioni, incontrollate e incontrollabili, che riceve sulla salute e le malattie, si sente un oggetto che peregrina da uno specialista o da un laboratorio all'altro, con il rischio di perdere ogni identità personale, ma insieme ha acquisito un'ambivalente mentalità tecnologica e consulta Internet per i propri problemi di salute, ed è tentato dal desiderio di autodiagnosticarsi una malattia.

Oltretutto, oggi, la domanda di salute delle persone non contempla soltanto l'offerta di una malattia organica, ma anche disagi psichici ed esistenziali che non hanno segni biologici evidenziabili, o che s'intrecciano inestricabilmente con le malattie codificate dalla clinica.

I nostri Maestri affermavano che “esistono i malati e non le malattie”, ma stando al successo che il pubblico riserva alle disinvolute ed eterodosse decisioni del cinico dr. House in un programma televisivo, qualcosa deve essere cambiato a questo proposito nell'immaginario collettivo.

Certamente il metodo clinico è diverso da quello di cinquanta anni fa, ma dovremmo essere capaci di concentrare sensibilità, e intelligenza nell'uso degli apparecchi e degli strumenti per risolvere i problemi del paziente.

La cura e la guarigione hanno assunto connotati diversi di fronte alle malattie croniche che si curano, ma non guariscono, è aumentato progressivamente il numero degli anziani e dei disabili, e alla cultura della salute fa da corollario il consumo di pratiche salutistiche in una domanda di salute illimitata a fronte di risorse limitate.

“Oggi, ha scritto il clinico padovano Austoni, l’atto medico è perturbato da innumerevoli interferenze, dalla ridondanza e astrusità delle informazioni settoriali, che spesso sono anche gergali e indecifrabili. Collegamenti e spiegazioni diventano insicure e decisione e azione sono subite o magari delegate piuttosto che criticamente adottate. Il medico si trova pressoché indifeso di fronte all’insostenibile rinnovamento di quella scienza che, per definizione, dovrebbe padroneggiare per dominare unitariamente i problemi, che non siano banali, e tende a difendersi restringendo la sua attenzione a un ristretto ambito di competenze; di qui il sorgere e il prosperare delle numerose suddivisioni specialistiche, e la crisi sempre più evidente della figura del medico generale”.

Fin dagli anni ’80, i medici generali più attenti furono consapevoli di quella crisi, e individuarono le cause nell’isolamento del medico generale, e nel fatto che per le diagnosi poteva fare ricorso soltanto ai quattro sensi (escludendo ovviamente il gusto perché non assaggiava più l’urina del malato!), all’esperienza e all’occhio clinico, in un clima di trionfante “riduzionismo biologico specialistico”, e di tecnologie sempre più pervasive.

Era il solo medico chiamato a prendersi cura di una persona intera, oltretutto orfano e sempre più tributario di altri per ogni fonte d’informazione necessaria: dal laboratorio ai servizi strumentali, agli specialisti.

Prima individuammo, in una Job description, il livello delle possibili competenze da restituire al medico nelle diverse discipline nelle quali si era frammentata la clinica, e poi elencammo una serie di apparecchiature, indispensabili nei nostri studi per potersi garantire un minimo d’indipendenza professionale.

Chiedemmo perfino a un’industria di elettronica sanitaria se poteva realizzare per noi un ecografo a bassa risoluzione da usare come integrativo della semeiotica fisica, ma ci fu risposto che erano impegnati sul mercato a realizzare apparecchi sempre più sofisticati e competitivi, e non avevano interesse per la nostra proposta.

Il progetto fallì per la mancanza d’investimenti finanziari pubblici nella medicina generale, per la resistenza dei colleghi più anziani, timorosi e preoccupati dalle novità, e anche perché, com’è noto, l’introduzione di nuove apparecchiature costringe a modificare l’organizzazione del lavoro.

Certamente non facilitò la realizzazione del progetto, la prospettiva di ulteriori, nuovi e diversi impegni, dopo di quelli già gravosi esistenti, e neanche la prevalenza di medici che esercitavano la professione da soli in ambulatori di limitate dimensioni e, in generale, privi della collaborazione d'infermieri professionali.

Oggi quel progetto appare ingenuo e superato, proprio in ragione dello sviluppo delle tecnologie informatiche e delle comunicazioni a distanza, che possono consentire una proficua integrazione e collaborazione, virtuale e in tempo reale, tra i professionisti della salute operanti in vari comparti distanti, o magari lontani da centri di eccellenza.

La centralità del malato, in un'auspicata, indispensabile e armonica collaborazione tra ospedale e territorio, può trovare nella telemedicina molte opportunità pratiche di realizzazione in un progetto compiuto e di grande respiro.

Tali, in questa prospettiva, appaiono il teleconsulto, il monitoraggio a distanza di una dimissione protetta, la tele cardiologia, la trasmissione della documentazione clinica tra M.G. e ospedale, di immagini radiologiche e di esami di laboratorio, e dei referti provenienti da ogni altra tecnologia impiegata,.

Anche la teledidattica, più asincrona che sincrona, può facilitare l'aggiornamento professionale del medico, mentre la formazione, se intesa come cambiamento dei comportamenti del professionista, richiede, almeno in parte, una presenza diretta ai corsi del medico in comportamento discente.

Certamente la telemedicina costituisce una rivoluzione nel rapporto e nella collaborazione tra i professionisti dei vari settori della medicina abituati a coltivare separatamente le proprie competenze, e a custodirle gelosamente.

Essa si colloca tra innovazione tecnologica e cambiamenti organizzativi in contesti diversi, e richiede un profondo mutamento nella cultura e nel costume del singolo medico e delle equipe sanitarie, attraverso una formazione "dedicata", che deve cominciare fin dall'insegnamento accademico di base.

Lo stetoscopio introdusse timidamente la semeiotica medica, ma la telemedicina costituisce una vera rivoluzione del paradigma tradizionale della pratica medica.

Il rischio maggiore, tuttavia, è che, essendo indispensabile la collaborazione con l'industria produttrice di telemedicina, questa divenga preda degli appetiti economici e delle speculazioni di alcuni gruppi affaristici che si pongono l'obiettivo di realizzare profitti attraverso l'induzione nei consumatori dello pseudo-bisogno del "fai da te" diagnostico, indipendentemente dal medico..

Un'impersonale comunicazione a distanza, priva di un preliminare vaglio critico in termini di quesito diagnostico, e di una successiva correlazione clinica con i referti strumentali e/o di laboratorio ricevuti, può dare alle persone soltanto false rassicurazioni di salute, o provocare inutili angosce.

L'episodio di alcuni anni orsono, riportato dalla stampa d'informazione, di due coniugi australiani che si erano suicidati perché la diagnosi a distanza per uno dei due era stata di una neoplasia incurabile, rappresenta un tragico esempio dei guasti che può provocare la disinvoltata improntitudine di qualcuno.

Né possiamo dimenticare i falsi positivi che si tolsero la vita, dopo che i primi test all'HIV avevano "diagnosticato" che erano affetti da AIDS !

:

Alla fine, se è vero che il metodo clinico più classico e tradizionale non ha più un suo ruolo per l'aumento delle conoscenze, la frammentazione specialistica, la medicina basata sull'evidenza, la tecnologia, la computerizzazione delle diagnosi, le linee guida, le note sui farmaci, gli algoritmi e gli alberi decisionali dei "sistemi esperti", ciò non significa che tanta dispersione di energie, di competenze e conoscenze non debba essere ricomposta utilmente con i nuovi strumenti di un futuro che è già presente.

La visita, tuttavia, deve rimanere un insostituibile "incontro" tra due persone, una che soffre e un consigliere esperto che ha il compito di aiutarla, avvalendosi senza pregiudizi degli strumenti che l'organizzazione della tecnologia scientifica moderna gli mette a disposizione.

“Un medico, scrisse Bernard Lown, professore emerito di cardiologia alla Harvard School, appartiene a due culture: quella dominante è la scienza, la seconda è l’arte di curare, che è indispensabile al pieno successo della scienza. In futuro il dominio della scienza andrà oltre la malattia e la cura, ma non sostituirà mai l’arte. La medicina non può abbandonare la guarigione delle anime sofferenti senza compromettere il suo ruolo per la condizione umana”.

Giunto al termine di questa breve, e temeraria, rievocazione della storia della clinica dall’800 ad oggi, mi sia consentito di citare una frase ammonitrice di un grande giornalista fiorentino, recentemente scomparso.

Era stato operato per una neoplasia del colon in un prestigioso ospedale americano, del quale aveva apprezzato la grande professionalità tecnica dei suoi medici.

“Purtroppo, scriveva, quella figura di medico che conosce bene non solo la sua materia, ma anche la vita, che ha una solida conoscenza scientifica, ma concepisce ancora la medicina come un’arte non esiste più e non viene più prodotto. (...) Il malato si sente sempre meno capito dal medico-funziionario che fa domande soprattutto per riempire dei formulari, o dal medico specialista che è esperto solo di un pezzo del suo corpo e di quel pezzo si occupa come se non fosse parte di qualcuno”.

Tiziano Terzani. Un altro giro di giostra. Viaggio nel male e nel bene del nostro secolo.

ALDO PAGNI

Firenze, 10 aprile 2010