



ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

DIPARTIMENTO  
DI SCIENZE MEDICHE  
E CHIRURGICHE

Bologna, 23.4.2026

Egregio Dottor Alessandro Guerrieri  
Egregio Dottor Salvatore Francioso  
Servizio tutela ambientale e transizione energetica  
Provincia di Lecce  
ambiente@cert.provincia.le.it

Oggetto: Risposta alle osservazioni formulate durante la riunione del Tavolo tecnico del 28.1.2026 concernente la V.I.S. della cemeniteria COLACEM sita in Galatina.

Si trasmettono in allegato le risposte alle osservazioni in oggetto, trasmesse con messaggio di posta certificata il 5.2.2026. Le osservazioni alle quali si risponde sono riportate, nel seguito, in carattere corsivo, mentre le risposte in colore rosso.

*1) Il dott. Totaro (ASL) chiede al prof. Violante di chiarire come mai nella relazione VIS del 18 maggio 2025 alla pag. 16 riporta che il Rapporto tumori di ASL Lecce 2021 relativo al quinquennio 2013-2017 evidenzia un eccesso di tumori della vescica e tessuti molli rispetto al dato regionale e che nella VIS tale dato non è stato analizzato e chiede un riscontro il tal senso.*

Il Rapporto tumori della ASL di Lecce confronta i dati della ASL di Lecce con quelli della regione, mentre il confronto da noi effettuato ha preso in considerazione i comuni interessati dalle ricadute confrontati con l'intera ASL Lecce.

Per quanto riguarda il tumore della vescica, questo non è stato considerato perché non è un tumore per cui vi siano evidenze di associazione con le esposizioni considerate.

Il principale fattore di rischio riconosciuto per il tumore della vescica è il fumo di sigaretta; altri fattori di rischio che sono stati descritti sono:

- avere una storia familiare di cancro alla vescica;
- avere determinate alterazioni nei geni legati al cancro alla vescica, come HRAS, RB1, PTEN/MMAC1, NAT2 e GSTM1;
- essere stati sottoposti in passato a radioterapia pelvica o a determinati farmaci antitumorali, come ciclofosfamide o ifosfamide;
- avere un'infezione alla vescica causata da un parassita chiamato Schistosoma haematobium;

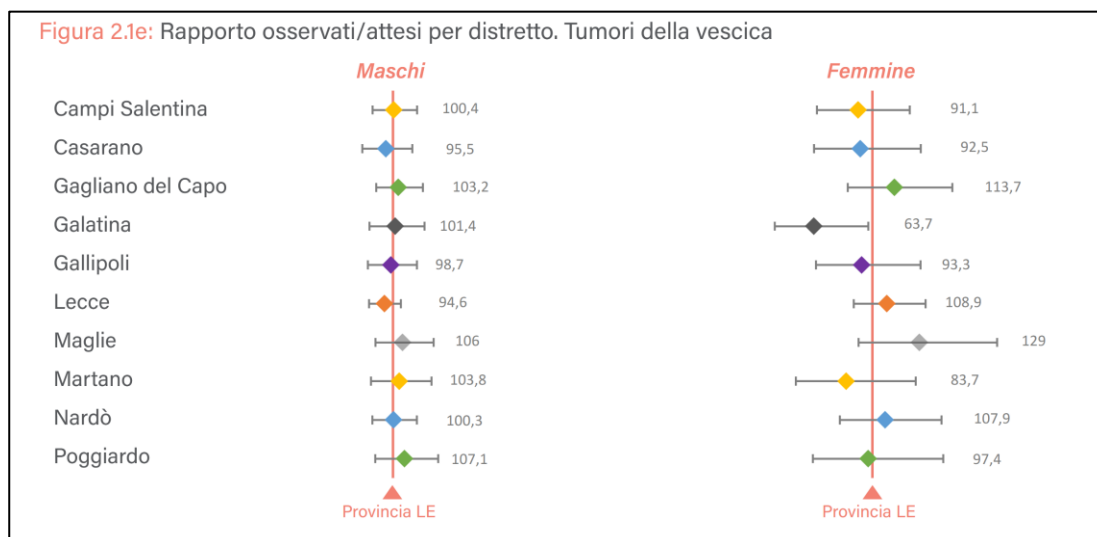


ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

DIPARTIMENTO  
DI SCIENZE MEDICHE  
E CHIRURGICHE

- usare cateteri urinari per un lungo periodo (<https://www.cancer.gov/types/bladder/causes-risk-factors>);
- bere abitualmente acqua da pozzi contaminati;
- essere stati esposti ad amine aromatiche come benzidina, 4-aminobifenile, 2-naftilamina, ortotoluidina.

Nella nuova edizione del Rapporto sui tumori ASL di Lecce 2024 il rapporto osservati/attesi (SIR) di tumori della vescica nel distretto di Galatina, rispetto all'intera provincia di Lecce, non è in eccesso (SIR=101,4) per gli uomini mentre nelle donne vi è un deficit significativo (SIR=63,7), come illustrato dalla seguente figura.



(<https://www.sanita.puglia.it/documents/d/asl-lecce/atlane-tumori-asl-lecce-2024>)

Per quanto riguarda i tumori dei tessuti molli, questi sono stati analizzati nella VIS. La tabella 2.7 riporta un eccesso di mortalità, in particolare nelle donne, dove l'eccesso è statisticamente significativo. Tuttavia, non si evidenziano eccessi né per l'ospedalizzazione (tabella 2.8) né per l'incidenza (tabella 2.9): in entrambi i casi il numero di osservati è inferiore all'atteso sia negli uomini che nelle donne.

La discrepanza tra mortalità e gli altri indicatori può essere dovuta a variazioni causali legate ai numeri limitati di eventi e alla molteplicità dei confronti fatti, a una scarsa qualità della certificazione di morte per questa patologia, a differenze nella sopravvivenza.

2) Il dott. Guerrieri chiede al prof. Violante e alla prof.ssa Negri la disponibilità ad effettuare un approfondimento rispetto a quanto chiesto oggi dall'ASL Lecce ed alle osservazioni trasmesse dal dott. Bianchi, condividendo, al tempo stesso, la necessità evidenziata dal prof. Violante di chiudere il procedimento di VIS in tempi stretti. Il dott. Guerrieri precisa, inoltre,



ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

DIPARTIMENTO  
DI SCIENZE MEDICHE  
E CHIRURGICHE

*che le integrazioni richieste oggi all'Università di Bologna sono funzionali a chiudere la VIS, per poi valutare, all'esito degli approfondimenti richiesti, se convocare una Conferenza di servizi per avvio del procedimento di modifica dell'AIA.*

**L'approfondimento richiesto dal dott. Guerrieri e la risposta alle osservazioni formulate dal dott. Bianchi e dal dott. Mangia sono contenuti in questo documento.**

### 3) Osservazioni del dott. Mangia (ISDE)

#### 3.1) 1. **La valutazione tossicologica è basata sulla sola esposizione per inalazione.**

*Questo significa non considerare in maniera adeguata gli effetti secondari **all'esposizione cronica di sostanze bioaccumulabili come i composti organici clorurati e i metalli** e sottostima il rischio. Consideriamo ad esempio la seguente affermazione:*

*"In generale i livelli di esposizione per via inalatoria agli inquinanti considerati nello scenario misurato sono di molto inferiori ai rispettivi valori di riferimento. In particolare, per PCDD/F e PCB gli indici di rischio risultavano alcuni ordini di grandezza inferiori alle soglie. Gli eccessi di tumori dei tessuti molli nell'area in studio non sono pertanto riconducibili ai livelli di emissione attuali dell'impianto"*

*Ebbene, **il principale bioaccumulo di PCDD/F e PCB (come anche di altri composti organici clorurati) avviene in seguito ad ingestione di alimenti contaminati, non per inalazione.** L'affermazione "Gli eccessi di tumori dei tessuti molli nell'area in studio non sono pertanto riconducibili ai livelli di emissione attuali dell'impianto" potrebbe essere confermata se ci fossero studi di biomonitoraggio (dosaggio su matrici ambientali / alimenti / campioni biologici) nelle aree esposte e non può essere solo considerata in relazione all'esposizione inalatoria.*

**Si concorda con l'affermazione che il principale bioaccumulo di inquinanti organici persistenti sia dovuto all'ingestione di alimenti contaminati, La stima di quanto richiesto non è però possibile, nella VIS in questione, perché i dati sui quali essa potrebbe essere effettuata semplicemente mancano e nessuna azienda privata (come Colacem) sarebbe in grado di acquisirli per ostacoli normativi.**

**Per effettuare tale stima sarebbe infatti necessario avere a disposizione:**

- dati sulle emissioni di tali composti dall'azienda (gli unici effettivamente disponibili);**
- dati di ricaduta di tali emissioni sul territorio;**
- dati sulle emissioni di tali composti da tutte le altre fonti (traffico, riscaldamento, industrie, incendi, eccetera);**
- dati di ricaduta di tali emissioni sul territorio;**
- a partire dai dati di ricaduta sul territorio, dati sulla contaminazione degli alimenti ivi generati (carne, uova, latte, eccetera), stimabili, ma con ampi margini di incertezza);**



ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

DIPARTIMENTO  
DI SCIENZE MEDICHE  
E CHIRURGICHE

- dati sul consumo medio di alimenti contaminati nella popolazione, suddivisi per sesso, età e abitudini alimentari;
- infine, dati sulla presenza di tali inquinanti in campioni umani raccolti in loco.

Tutti questi dati non sono disponibili e Colacem non potrebbe, neanche volendo, raccogliarli. Tuttavia, la pubblica amministrazione può, e noi dichiariamo fin d'ora la nostra disponibilità a realizzare tale studio (ove si rendano disponibili le ingenti risorse necessarie) avendo sia le competenze sia le apparecchiature necessarie a condurlo.

3.2) 2. **Con il metodo epidemiologico le stime prevedono un incremento dei decessi per tutte le cause, per patologie cardiovascolari e per patologie respiratorie. Tale incremento è inaccettabile in un'area che è già da anni soggetta ad aumento di rischio sanitario e che quindi dovrebbe essere oggetto di misure orientate alla riduzione del rischio.**

Bisogna inoltre considerare che l'incremento calcolato non si ripartisce in maniera omogenea sulla popolazione esposta, essendo principalmente a carico delle fasce **più vulnerabili della popolazione**.

Infine, **la stima, considerando solo la mortalità, non considera le ricadute in termini di morbidità, soprattutto per malattie metaboliche e cardiovascolari**. Questo potrebbe aumentare in maniera significativa il carico di malattie croniche non comunicabili nell'area esposta (e la spesa sanitaria), indipendentemente dalla mortalità (la punta dell'iceberg).

Per quanto riguarda le emissioni di NO<sub>2</sub>, non è vero che le stime prevedono un aumento di decessi, come mostra la tabella 4.7 della VIS (pag. 54), in cui la stima di decessi nell'area dovuta a NO<sub>2</sub> è zero, dato che i livelli di questo inquinante nell'area sono inferiori al valore limite fissato dalle linee guida di qualità dell'aria 2021 dell'OMS di 10 µg/m<sup>3</sup>.

La più recente relazione annuale sulla qualità dell'aria relativa all'anno 2024 pubblicata da ARPA Puglia ([https://www.arpa.puglia.it/pagina2873\\_report-annuali-e-mensili-qualit-dellaria-rrqa.html](https://www.arpa.puglia.it/pagina2873_report-annuali-e-mensili-qualit-dellaria-rrqa.html)) conferma che i livelli di NO<sub>2</sub> si mantengono inferiori al valore limite OMS. I valori medi annui di NO<sub>2</sub> erano 8 µg/m<sup>3</sup> per la centralina di Galatina La Porta e 6 µg/m<sup>3</sup> per la centralina di Galatina-Colacem.

Per quanto riguarda le emissioni di PM<sub>2,5</sub>, la stima di eventi relativa alle emissioni effettive per la mortalità naturale è 0,01 casi anno, ovvero si stima un eccesso di un evento in 100 anni di esposizione. Quindi, sostanzialmente, nell'intero periodo di operatività dell'impianto non ci si attende neanche un evento. Le medie annue di concentrazione stimate da ARPA per il 2024 sono 12 µg/m<sup>3</sup> per entrambe le centraline. Questo, quindi, confermerebbe una stima di un



ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

DIPARTIMENTO  
DI SCIENZE MEDICHE  
E CHIRURGICHE

eccesso di circa 9 eventi/anno per la mortalità naturale nell'area considerata. Tale eccesso non è tuttavia riportabile alle emissioni dello stabilimento.

**3.3) 3. Alcune delle sostanze emesse sono bioaccumulabili (vedasi ad es. studio di biomonitoraggio eseguito a Barletta). Questo significa che andrebbe valutata con particolare attenzione l'esposizione in età pediatrica e il lifetime risk (rischio durante l'intera durata di vita) secondario ad esposizioni croniche. Questo aspetto non è stato adeguatamente valutato dall'analisi.**

Si veda la risposta al precedente punto 3.1.

4) Osservazioni del dott. Bianchi al dott. Mangia (ISDE), lettera datata 16.12.2025

#### *Premessa*

*La Valutazione di Impatto Sanitario dello Stabilimento Colacem S.P.A. di Galatina (LE) dovrebbe essere inserita nel quadro delle conoscenze disponibili e di quelle mancanti sullo stato di salute della popolazione residente nell'aria potenzialmente esposta.*

#### *Introduzione*

*In estrema sintesi, nella provincia di Lecce da oltre 50 anni sono stati segnalati eccessi d'incidenza e di mortalità per tumori del polmone (TP) tra gli uomini rispetto ai tassi regionale e nazionale. Nel 2014 l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) aveva identificato un'area di 16 comuni nell'area centrale della stessa provincia con un'incidenza elevata di TP negli uomini. Nel 2022 venivano pubblicati i risultati dello studio caso-controllo PROTOS orientato a indagare i possibili fattori di rischio del TP nell'area cluster. Lo studio, basato su 442 casi con TP e 1326 controlli, evidenziava eccessi di rischio di TP, sia in uomini sia donne, associati a numerosi fattori di rischio individuali e ambientali, oltre al previsto ruolo del fumo di sigaretta, che suggeriva approfondimenti sull'esposizione individuale, in particolare professionale, ad amianto, a gas radon e ad altri inquinanti ambientali emessi dall'area industriale localizzata nell'area cluster. Gli autori raccomandavano di proseguire lo studio con un programma di sorveglianza caso-controllo al fine di: (i) aumentare il numero di osservazioni (maggiore potenza statistica); (ii) intensificare e migliorare le misurazioni del radon; (iii) migliorare l'accuratezza e la precisione delle esposizioni ambientali e professionali; (iv) progettare un'indagine epidemiologica specifica incentrata sull'area cluster. Questi obiettivi erano ritenuti essenziali per migliorare la conoscenza dello stato di salute, la validità di valutazioni integrate dell'impatto ambientale sulla salute e per prendere decisioni di sanità pubblica sulla base di evidenze ampie e robuste. La conoscenza dello stato di salute in aree circoscritte caratterizzate dalla presenza di una popolazione limitata e da pressioni di rischio di bassa o moderata entità presuppone il disegno di studi appropriati. Infatti, tali caratteristiche, a causa della bassa potenza statistica e delle possibili distorsioni dovute a*



*fenomeni di diluizione dell'effetto, limitano la capacità di identificare eccessi di rischio di mortalità e morbosità, a meno che non siano di grandi dimensioni.*

*Questo "collo di bottiglia" non riguarda solo gli studi epidemiologici ma anche le valutazioni di impatto sulla salute con approccio epidemiologico. Si tratta infatti di valutazioni finalizzate al calcolo dei casi attribuibili al contributo di un progetto o impianto o piano dovuti agli affetti del cambiamento di livello di inquinamento sulla salute della popolazione. Il meccanismo è semplice essendo basato sul prodotto di 4 parametri: il background di malattia o mortalità, la popolazione esposta (numero residenti), il differenziale di inquinamento tra ante- e post-operam (esempio in  $PM_{2,5}$  o  $NO_x$ ), la funzione concentrazione-risposta (FCR) specifica per la relazione tra inquinante e esito di salute considerati (esempio per  $PM_{2,5}$  o  $NO_x$  e mortalità naturale).*

*Considerazioni di merito*

*È facile comprendere come in presenza di popolazione limitata e di un differenziale piccolo di inquinamento i casi attribuibili saranno estremamente piccoli.*

*Ad esempio, nel caso in oggetto, con una mortalità per cause naturali di 1,09% e una popolazione potenzialmente esposta di 21.265 residenti nelle 77 sezioni di censimento del dominio di studio, si attendono circa 232 decessi/anno e se si ipotizza un intervento che comporti un aggravio di  $PM_{2,5}$  pari a  $0,5 \mu g/m^3$ , usando la opportuna FCR ( $RR=1,08$  per  $10 \mu g/m^3$ , si otterrà meno di un caso/anno attribuibile al cambiamento di esposizione. Se anziché considerare la mortalità per tutte le cause naturali si considerano cause specifiche, esempio il tumore del polmone, i casi attribuibili saranno molto più piccoli.*

*In situazioni di questo tipo è facile prevedere a priori i risultati ottenibili e le pre-analisi di potenza sarebbero auspicabili anche per evitare di fare corpose e dettagliate elaborazioni e lunghi rapporti che porteranno inevitabilmente a prevedibili conclusioni di assenza di effetti apprezzabili.*

*La potenza è un concetto legato al test di ipotesi, ovvero la probabilità a priori di rifiutare l'ipotesi nulla quando è vera l'ipotesi alternativa. In questo caso il numero di casi attribuibili è stato calcolato utilizzando una formula deterministica, quindi non legata al test di ipotesi. Come scrive il dott. Bianchi, il numero estremamente piccolo di casi attribuibili deriva dal fatto che la popolazione esposta è limitata e il differenziale di inquinamento piccolo, non legato in nessun modo alla potenza dello studio.*

*Il dott. Bianchi suggerisce di "...evitare di fare corpose analisi e dettagliate elaborazioni e lunghi rapporti che porteranno inevitabilmente a prevedibili conclusioni...". Non crediamo che l'alternativa di evitare del tutto la valutazione di impatto perché era ovvio che ci sarebbe stata "assenza di effetti apprezzabili" sarebbe stata apprezzata dal tavolo tecnico.*

*Tuttavia, a tale proposito è importante fare alcune puntualizzazioni:*

*a) i soggetti residenti sono già esposti a livelli di inquinamento non trascurabili, ascrivibili a diverse fonti;*





- b) i tassi di background debbono essere specifici dell'area di studio, perché rappresentativi dell'effettivo stato di salute dei residenti che in parte tiene conto della fragilità acquisita a causa di esposizioni attive da lungo tempo;*
- c) il differenziale di concentrazione di inquinanti (prima-dopo) dovrebbe tenere conto dell'esposizione già esistente nell'area sottoposta a pressione, che andrebbe studiata meglio attraverso misure puntuali e modellistiche basate su un sistema di rilevazione più accurato.*
- a) La presente Valutazione di Impatto sulla Salute (VIS) ha riguardato lo stabilimento Colacem e quindi si riferisce agli impatti di tale stabilimento. Per quanto riguarda le emissioni da altre fonti, non sarebbe né possibile né opportuno che queste venissero valutate da Colacem.
- b) I tassi di background utilizzati sono specifici per l'area in studio, come specificato nella VIS (pag 48).
- c) Il differenziale di concentrazione di inquinanti riguarda solamente le emissioni di Colacem e quindi non può tenere conto dell'esposizione già esistente. Tuttavia, nella sezione 4.4 della VIS è stato considerato l'inquinamento totale dell'area in studio, evidenziando che: i) le medie annuali di  $PM_{2.5}$  erano più elevate nella centralina Galatina – La Porta, rispetto a quella denominata Galatina-Colacem, situata nei pressi dello stabilimento; ii) le medie annuali di  $NO_2$  erano in linea con i valori soglia proposti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e quindi l'esposizione a  $NO_2$  non risulta essere responsabile di alcun evento sanitario, incluse le emissioni di Colacem.

*Per fare un esempio attinente a Galatina, offerto anche dagli autori, con una concentrazione annuale di  $PM_{2.5}$  tra 12 e 14  $\mu g/m^3$  (Fonte ARPAP) e una popolazione potenzialmente esposta di 21.265 residenti si possono stimare da 11 a 16 decessi ogni anno attribuibili all'inquinamento in eccesso rispetto al valore limite OMS di 5  $\mu g/m^3$ , pari a circa il 6% della mortalità corrente. Siamo quindi di fronte a due approcci diversi: quello della VIS centrata su un nuovo progetto/impianto considerato a sé stante, quello della VIS di area in grado di considerare il cumulo degli inquinanti effettivamente agenti.*

*La normativa vigente sulla VIS in ambito VIA, che si applica anche nel caso di procedimenti di AIA, è rivolta al primo approccio mirato al punto sorgente, mentre una visione di sanità pubblica orientata a tutelare la salute in senso generale è rivolta allo stato di salute esistente ante-operam per decidere azioni e misure di prevenzione. La chiara differenza di finalità è profonda anche dal punto di vista metodologico perché nel primo caso ci si basa su scenari caratterizzati da valori di inquinamento previsti/autorizzati per fare previsioni ex-post rispetto allo scenario attuale, nel secondo caso il focus è sulla conoscenza della relazione tra esposizioni e stato di salute di background.*



ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

DIPARTIMENTO  
DI SCIENZE MEDICHE  
E CHIRURGICHE

*Non dovrebbe sfuggire l'importanza di una conoscenza approfondita dello stato di background per svolgere VIS il più possibile attinenti alle condizioni ambientali e sanitarie della popolazione che si ritiene sottoposta a stress correnti e a nuove pressioni.*

**La VIS presentata è conforme con la normativa vigente. Viceversa, un approccio di sanità pubblica non sarebbe stato né conforme né opportuno in questo contesto, in quanto non spetta a Colacem valutare le altre fonti di esposizione.**

*A tale riguardo è da notare una confusione evidente nel rapporto di VIS in oggetto a proposito della popolazione di studio e di quella esposta, che dovrebbero essere coincidenti mentre non lo sono.*

*Infatti, mentre a proposito della "Identificazione e caratterizzazione socioeconomica della popolazione esposta" (pag.6) dichiarano che "l'area geografica considerata ai fini della valutazione dell'impatto sanitario è la porzione di territorio compresa in un quadrato di circa 16 km x 16 km attorno al sito del cementificio. Tale distanza comprende l'area di influenza dei principali impatti del cementificio in particolare quelli connessi alla componente aria", e proseguono "Dopo aver eliminato le sezioni di censimento senza residenti e quelle "fittizie", l'area di esposizione individuata comprende 77 sezioni di censimento-SdC (dati ISTAT relativi al Censimento del 2011) di 9 comuni della Provincia di Lecce", le analisi eseguite e offerte su mortalità, ospedalizzazione e incidenza tumori riguardano l'insieme dei 9 comuni (287 SdC con 69.368 residenti) anziché le 77 SdC con 21.265 residenti (pag.21-28: Risultati relativi all'area del complesso dei 9 comuni e pag.29-32: Tab. 2.7, 2.8, 2.9, pag. 33-34: 2.4 Sintesi dei dati relativi allo stato di salute della popolazione esposta).*

**Nell'identificazione della popolazione esposta ci si è attenuti a quanto raccomandato dalle "Linee guida per la valutazione di impatto sanitario: approfondimento tecnico-scientifico" (Rapporto ISTISAN 22/35). Il paragrafo 1.4.1 del Rapporto ISTISAN 22/35 raccomanda: "Nel caso di emissioni in aria riferibili a sorgenti definite e localizzate, il documento di riferimento è il SIA che dovrebbe definire l'area interessata dagli impatti attraverso modellistica di diffusione/ricaduta, superando l'approccio del passato basato su un raggio entro il quale considerare gli effetti dell'inquinamento dovuto alla sorgente puntuali".**

**Nella VIS da noi prodotta per definire la popolazione esposta siamo partiti dal "quadrato di circa 16 km x 16 km attorno al sito del cementificio" che è stato utilizzato per produrre il modello di ricaduta degli inquinanti. La popolazione esposta è stata identificata a livello di sezione di censimento come raccomandato nel paragrafo 1.4.3 del Rapporto ISTISAN 22/35 utilizzando i criteri esplicitati nel paragrafo 2.1 della VIS.**

**La descrizione dello stato di salute si è basata sui 9 comuni in cui insistono le sezioni identificate. La ragione è descritta nel paragrafo 4.2 del Rapporto ISTISAN 22/35 intitolato per l'appunto "popolazione target e popolazione di riferimento": "Ai fini della descrizione dei**





ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

DIPARTIMENTO  
DI SCIENZE MEDICHE  
E CHIRURGICHE

*profili di salute ante-operam, l'unità di riferimento principale è costituita dalla popolazione comunale, in quanto il livello comunale è l'area (porzione di territorio) più piccola per cui è potenzialmente possibile raccogliere i dati per calcolare gli indicatori epidemiologici d'interesse per le fasi di Screening e Scoping per tutto il territorio nazionale."*

*Bene inteso, la considerazione dell'insieme dei 9 comuni garantisce una potenza analitica molto maggiore al sistema valutativo rispetto al sottoinsieme delle 77 SdC (con 30% della popolazione complessiva), tuttavia, e qui sta la questione chiave, l'interesse principale per una visione di sanità pubblica risiede nel conoscere in modo approfondito lo stato di salute nell'area esposta, anche in sintonia con le conclusioni dello studio PROTOS che raccomandavano di approfondire a livello micro-geografico nell'area cluster.*

*In altre parole, con i dati oggi a disposizione non si è in grado di rispondere a domande cruciali per amministratori e cittadini come: Gli eccessi di mortalità emersi nell'intera area (Tumore del Polmone in M e Tessuti molli in F) sono confermati nell'area esposta? Ne emergono di nuovi? I molti eccessi di ricovero emersi nell'intera area sono confermati nell'area esposta? Ne emergono di nuovi? Gli eccessi di incidenza di tumori (fegato in M e F, Polmone e Tessuti molli in M, Emopoietici in F) emersi nell'intera area sono confermati nell'area esposta? L'interesse si dovrebbe quindi spostare su valutare l'intero territorio mediante un disegno di studio per piccole aree, in grado di tenere conto delle numerosità e bassa potenza investigativa.*

*Per concludere, la posta in gioco e le decisioni riguardano:*

- un'area per la quale sono state segnalate da tempo anomalie di salute mai approfondite in dettaglio geografico e espositivo adeguato, prestando la dovuta attenzione verso le fasce più suscettibili e vulnerabili,*
- molte anomalie di salute risultano confermate dall'analisi su base comunale effettuata dagli autori del rapporto in oggetto,*
- la stessa area presenta dati di inquinamento dell'aria che, sebbene di media entità, comportano un aggravio di numerosi morti e casi di malattia evitabili se si diminuissero le attuali concentrazioni verso quelle raccomandate dall'OMS per proteggere la salute.*

*La VIS ha indagato il contributo dell'impianto Colacem a eventuali potenziali eccessi riscontrati per patologie selezionate, che è risultato sostanzialmente nullo. Gli argomenti di sanità pubblica sono evidentemente al di fuori del perimetro all'interno del quale si è svolto il nostro lavoro.*

*Certi di aver con ciò risposto a tutte le osservazioni alle quali era possibile (e dovuta) una risposta, porgiamo i nostri più cordiali saluti.*