

## **Riflessioni sul diritto alla salute per le persone con disabilità**

Le questioni che affrontiamo possono avere due risvolti: la semplificazione di procedure e la qualificazione di attività assistenziali, nonché potenziali razionalizzazioni con eventuali benefici per la spesa pubblica. Si tratta, quindi, di porsi nell'ottica della revisione della spesa che il Governo ha cominciato ad affrontare.

### **Accertamento dell'invalidità, dell'handicap e della disabilità.**

Da diverso tempo questo argomento è strumentalizzato a fini politici e di affermazioni accademiche alquanto ardite. Semplicisticamente spesso tutto ruota attorno al capitolo della spesa per l'indennità di accompagnamento (circa 12 miliardi di euro), unico del quale esiste una banca dati nazionale rilevante anche dal punto di vista statistico.

Su questa limitata e parziale disponibilità di informazioni si sono esercitati autorevoli esponenti politici e autorevoli ricercatori di ambito economico e sociale. Nelle loro tesi costoro non tengono in considerazione il fatto che la spesa per la disabilità e per la non autosufficienza in percentuale sul Pil del nostro Paese è la terz'ultima dell'Europa a 27. Anche la supposta battaglia sui falsi invalidi si è rivelata insignificante sia dal punto di vista numerico che qualitativo (molte delle persone stigmatizzate dai mass media, e perlopiù scoperte dalla Guardia di Finanza, hanno presentato certificazione artefatte al fine dell'ottenimento dell'emolumento in questione, non quindi redatte da alcuna commissione medica legale). Ciò non toglie che il fenomeno dei falsi invalidi non sia esistito: esso è riconducibile alle disabilità minimali che davano l'accesso alle liste di disoccupazione prima degli invalidi (L.482/68) e poi dei disabili (L. 68/99). Basta scorrere le cronache dei giornali dal 1984 al 1994 per trovare riscontro delle inchieste giudiziarie sugli invalidi assunti come postini, o il costo di un posto di lavoro pubblico specie nel centro-sud Italia.

Questo significa che è indispensabile ritornare a ragionare sulle modalità di accesso a prestazioni, servizi e diritti in maniera innovativa e scevra dalle impostazioni ideologiche che ne caratterizzano la dimensione politica, accademica e mass-mediatica. Bisogna quindi ritornare ad analizzare i dati per come vengono proposti da Eurostat, da Istat ecc. Nel confronto con altri paesi, e soprattutto con la Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità ratificata con L. 18/09, ci ritroviamo ad avere una modalità valutativa che non ha nulla della presa in carico ma molto dello stato ottocentesco che percepisce i cittadini come potenziali truffatori. Per questa ragione abbiamo coniato una metodologia valutativa inesistente in letteratura scientifica internazionale. Essa è fondata sulla "capacità lavorativa" che, come noto, è assolutamente variabile in base alle condizioni fisica e psichica della persona, al contesto in cui vive e lavora nonché al tempo che vive. Quando è stata istituita, infatti, le persone con disabilità intellettiva lieve dotate di buona

manualità e di abilità al lavoro ripetitivo trovavano ovviamente una più facile collocazione rispetto a persone con disabilità motorie con scarsa mobilità degli arti inferiori e superiori. Oggi, al contrario, ci troviamo nella condizione radicalmente inversa, ed infatti la relazione al Parlamento sulla L. 68/99 restituisce un quadro molto chiaro dove la disoccupazione delle persone con disabilità riguarda essenzialmente persone con disabilità intellettiva oppure persone con l'esperienza della salute mentale.

Crediamo che la Convenzione Onu già citata, nonché la Classificazione Internazionale del Funzionamento (ICF), rappresentino una occasione per modificare le modalità di presa in carico delle persone con disabilità di qualunque età e natura. Il Ministero della Salute e il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, assieme al Centro Collaboratore dell'OMS sull'ICF in Italia hanno già sviluppato una serie di proposte anche sulla scorta della pressione delle associazioni delle persone con disabilità e dei loro familiari. L'Osservatorio sulla Convenzione Onu, istituito presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, al quale partecipa un delegato del Ministero della Salute, ha compiuto un passo in avanti, e, nella sua attività di costruzione del Piano di Azione del Governo per l'attuazione della Convenzione Onu, sta elaborando un indirizzo costruito sul documento che dovrebbe essere agli atti del Ministero della Salute per il tramite del suo delegato in seno all'Osservatorio.

L'ostacolo è insito nell'attuale sistema certificativo che vede una strutturazione elefantica del sistema valutativo attorno alla medicina legale che ha potuto contare sulla costruzione di ruoli dirigenziali di unità operative semplici e di unità operative complesse all'interno delle Asl. Abbandonare un sistema di certificazione ed un approccio culturale stratificato negli anni, potrebbe mettere a rischio tali postazioni. Il Ministero della Salute, dall'emanazione delle tabelle sull'invalidità civile del 1992, non ha mai esercitato le sue prerogative di normazione all'interno dei Lea e di orientamento con linee guida. Tale vuoto ha consentito all'Inps di proporsi come interlocutore privilegiato del Governo sulla materia, al punto di realizzare delle proprie Linee Guida nel 2011 che devono essere rispettate anche dai medici Asl causa di un rinnovato conflitto istituzionale tra Inps e Regioni. Allo stesso tempo però il fattore tecnico-scientifico che guida l'Inps è assolutamente speculare a quello delle Asl. Ciò significa che nutre la stessa avversione per l'innovazione proposta dall'ICF e dalla Convenzione Onu. Infatti nella strutturazione della propria banca dati informatica l'Inps ha previsto la possibilità dell'utilizzo dell'ICF per quanto attiene le certificazioni di handicap di cui all'art.3 della L. 104/92, mantenendo separate le altre certificazioni. Tutto ciò non fa che aumentare la capacità occupazionale dell'Inps che attualmente, tra verifiche dirette e indirette, è diventata ipertrofica e scarsamente qualitativa come afferma la stessa associazione di medici legali dell'Inps. A tal proposito va detto che se la costruzione della banca dati informatica poteva necessitare di uno sforzo straordinario in termini di investimenti di strumenti e di personale,

attualmente essa è ormai completata. A fronte di ciò per fare una indagine sui certificatori di ogni territorio e sulle certificazioni emesse mirata a rilevare eventuali abusi, è necessario un team di informatici e di medici legali particolarmente capaci e di grande spessore etico. Non è più indispensabile che essi facciano parte di ogni commissione di accertamento dell'invalidità, dell'handicap e della disabilità. Arbitrariamente inoltre l'Inps ha rimesso in piedi un ricorso amministrativo di secondo grado (il cui istituto pubblico nazionale è stato abrogato nel 2003) poiché il contenzioso ha raggiunto dei livelli emergenziali (si parla di circa 400mila cause giacenti nei tribunali). Esso però è dell'Istituto e non è di garanzia del diritto del cittadino. Pertanto non è previsto per norma ed affidato ad enti competenti (le regioni).

Al posto di una inutile campagna sui falsi invalidi che nascondeva solo ed esclusivamente il tentativo (in parte riuscito) da parte di Inps di assumersi competenze spettanti a Regioni e Asl, sarebbe il caso di procedere ad una riorganizzazione del sistema che sappia ancorarsi a criteri tecnicamente e scientificamente validati a livello internazionale e al contempo sappia dotarsi delle necessarie strumentazioni professionali, tecnologiche e logistiche al fine di costruire una vera e propria presa in carico, capace di accogliere il cittadino con disabilità ed i suoi bisogni, e non certificarne la disabilità con un valore legale ormai del tutto superfluo anche nei tribunali.

È evidente che da questa riflessione non può che scaturire un indirizzo ad un nuovo orientamento normativo che ricostruisca percorso e filiera ed ad un nuovo approccio idoneo a cogliere i fattori personali di funzionamento e ambientali in cui la persona con disabilità vive. A nostro giudizio sarebbe utile elaborare una norma che deleghi il Governo ed in particolare il Ministero della Salute, magari con il concerto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e, data la condizione del paese con quello del Ministero dell'Economia, ad emanare un provvedimento normativo che riordini l'intera materia.

Solo questo potrebbe superare le divisioni interne al personale medico, quello che è interessato a nuove soluzioni perché vede tutti i limiti dell'attuale sistema di valutazione, e quello più avvezzo alle rendite di posizione.

Il Ministero avrebbe così l'opportunità di superare annosi contrasti che hanno solo prodotto stagnazioni, gli stessi che abbiamo potuto constatare nella lettura della bozza delle nuove tabelle di invalidità civile. In alcuni casi percepiamo persino una surrogata del potere politico da parte di coloro che compongono la commissione: vorrebbero decidere arbitrariamente e secondo loro valutazioni che potrebbe avere accesso a determinate prestazioni e chi no. Ad esempio è stato constatato come sia scomparsa la parola "autismo" dalle tabelle, né compare il codice 299 dell'ICD9 che è quello che dovrebbe essere utilizzato per i disturbi dello spettro autistico.

Come detto in premessa siamo anche a proporre ragioni di contenimento della spesa pubblica ed al contempo di partecipazione al rilancio dello sviluppo. Nel primo caso la destrutturazione dell'attuale commissione medico legale potrebbe portare ad un conferimento di funzioni di redazione ad ambiti amministrativi, ma soprattutto all'eliminazione di almeno la metà dei 4 medici attualmente presenti (medico Asl, medico specialista Asl, medico rappresentante delle categorie e medico Inps). Lo stesso accorpamento delle certificazioni in una porterebbe a ridurre il numero di visite. Quanto al secondo tema il Ministero della Funzione Pubblica all'interno delle sue analisi sulla semplificazione amministrativa, nel 2009-2010 ha svolto una interessante ricerca "Misurazione degli oneri amministrativi in materia di prestazioni per la disabilità", quantificando quanto le persone e le famiglie potrebbero risparmiare da una certificazione unica. Secondo i parametri della Commissione Europea in materia, le risorse risparmiate rappresentano un importante determinante di nuovi consumi. Sarebbe utile che il Ministero della Salute si proponga di acquisire quel materiale.

### **LEA, ausili, protesi ed ortesi**

Un ambito dei Lea spesso dimenticato perché considerato di nicchia è l'erogazione di ausili, protesi ed ortesi, sistema regolato attualmente dal decreto Ministeriale 332/91. È abbastanza superfluo elencare le ragioni per le quali le tecnologie esistenti si siano enormemente evolute dal 1999 ad oggi. Corre l'obbligo però di ricordare come quel provvedimento nell'ottica del legislatore era considerato uno "strumento ponte".

L'allora Ministro Rosi Bindi e l'allora Direttore Generale, professoressa Nerina Dirindin, capirono che l'argomento di nicchia in realtà tale non era: non parliamo certo delle cifre della farmaceutica, ma ciò che fece insospettare i massimi livelli del Ministero in quella fase, fu che su questa materia non vi erano informazioni poiché né il Ministero né le singole regioni potevano produrre informazioni sulla spesa totale, su quale ambito di spesa fosse prevalente ecc.

Tale provvedimento quindi era inteso a costruire una capacità di conoscenza sufficientemente analitica per capire se vi erano delle strutture ed eventualmente come raddrizzarle, prima di compiere un passo definitivo verso il superamento di codici di completa invenzione autoctona.

Le vicende politiche successive hanno restituito fiato a coloro che commerciano ausili e che vivono una rendita di posizione. Infatti l'erogazione degli ausili è passata dall'essere interamente pubblica (quando pubbliche erano le officine ortopediche Rizzoli) ad interamente privata e a completo e totale appannaggio di aziende ortopediche e di aziende sanitarie. La ratio quindi, tuttora in vigore, è che il medico prescrittore, con scarsissima

conoscenza della materia, identifichi e prescriva un codice. L'utente poi con la sua prescrizione, una volta autorizzato dalla Asl, si reca da una azienda ortopedica o sanitaria che, nonostante impieghi personale abilitato, ha ovviamente come faro principale la propria sopravvivenza economica ed il proprio profitto. L'azione delle lobby economiche quindi, ha interrotto un percorso che tendeva a restituire alla responsabilità pubblica l'onere di erogare il prodotto più adeguato ai bisogni della persona richiedente e di sua scelta.

Su questa materia si possono prospettare due ambiti di azione, premesso che il primo sarebbe l'approvazione del nuovo Nomenclatore Tariffario inserito all'interno dei famigerati Lea prima approvati e poi ritirati:

- abrogare la funzione di autorizzazione da parte delle Asl. È l'unica prestazione sanitaria che ancora oggi ha questo istituto e così come comprovato in altri campi, ha una funzione di controllo della spesa decisamente ridicola. Se vi è un prescrittore e se il sistema sanitario è fondato su una spesa determinata da dirette responsabilità mediche, non si comprende per quale ragione questo sembra essere un regno autonomo di passati regimi. Anche meno di un terzo del personale attualmente impiegato nelle funzioni di autorizzazione potrebbe essere più proficuamente impiegato nella strutturazione di una base dati informativa che sappia tenere sotto monitoraggio prescrizioni, erogazioni e collaudi in tempo reale, identificando sprechi, abusi ed elusioni con estrema facilità. Il restante personale potrebbe essere impiegato nei servizi territoriali che sono sempre sotto organico;
- istituire il repertorio degli ausili, delle ortesi e delle protesi. C'è bisogno di una prescrizione che non lasci margini alle pulsioni legittime ma improprie del mercato e quindi, oltre ad una ratifica della classificazione europea degli ausili, è necessario prevedere quale ausilio (marca e modello) con le sue caratteristiche tecniche corrisponde a quale codice. È necessario che ciò sia normato e al contempo realizzato da un'autorità indipendente quale un'istituzione concepita sulla scorta dell'Aifa oppure l'Iss o l'Agenas. Un repertorio di siffatta natura consentirebbe all'equipe riabilitativa di svolgere a pieno la propria funzione di valutazione delle autonomie e di prescrizione degli ausili e le Asl territoriali sarebbero messe nella condizione di poter contrattare il miglior prezzo a fronte di una qualità garantita da un percorso che identifica l'ausilio interamente pubblico o a tale valenza poiché

accreditato. Un ulteriore fonte di risparmio sarebbe rappresentata dal fatto che diventerebbe impossibile per una azienda ortopedica erogare un prodotto di qualità inferiore con un codice che prevede il massimo della tariffazione per quella categoria di prodotti.

Su entrambi i fronti siamo in grado di produrre un articolato normativo.

### **Riabilitazione e abilitazione**

Il tema della riabilitazione è altrettanto controverso: alcune aree scientifiche in consonanza di intenti con le aree imprenditoriali (i cui più autorevoli esponenti attualmente sono tra i primi indiziati in indagini per corruzione e concussione, emulando perlomeno sulle pagine dei giornali quanto all'inizio degli anni '90 era stato scoperto nell'ambito dell'assistenza farmacologica), propongono un modello che a livello internazionale è identificato come riabilitazione medica, centrato sul canonico centro di riabilitazione (Codice 56) che surroga funzioni del livello territoriale e dell'alta specialità. Gli ambulatori di riabilitazione drenano utenze dagli interventi domiciliari o ambulatoriali del territorio. Alcune regioni hanno accreditato codici 75 (traumi cranici) e codici 28 (lesioni midollari) pur non disponendo in alcuna sede di DEA di secondo livello. Lo scorso anno questa patologia ha sconfinato nella normazione attraverso l'approvazione del Piano Nazionale di Riabilitazione.

Sia pur in presenza di citazioni dell'ICF e della Convenzione Onu, il Piano di Azione non fa altro che affermare la necessità di degenza in centri di riabilitazione piuttosto che la presa in carico del territorio, al contrario di quanto previsto in tutti gli atti regolamentativi e attuativi dello stesso Sistema Sanitario Nazionale. Afferma inoltre che il medico è il dominus, dato che redige in splendida solitudine il progetto riabilitativo, in contrasto a quanto affermato nelle Linee Guida sulla Riabilitazione del 1998 e in tanti altri documenti sull'autonomia professionale degli operatori della riabilitazione e della necessità di valorizzare la multidisciplinarietà sia nella costruzione che nella realizzazione del progetto riabilitativo. A ciò va aggiunto che l'articolo 26 della Convenzione Onu, cogente per il nostro Paese e neanche citato nel Piano Nazionale, dà una definizione di riabilitazione perlomeno più innovativa e più aderente agli standard internazionali.

Si riconosce che il tema centrale è l'abilitazione e l'empowerment della persona e pertanto la sua inclusione sociale. Una riabilitazione d'organo o di un mero recupero funzionale è del tutto superata dalla storia. Non a caso è pratica internazionale diffusa il ricorso prevalente della disciplina della terapia occupazionale affinché nel percorso riabilitativo la

persona finalizzi il suo progetto riabilitativo allo studio, al lavoro, all' affettività ed alla relazione sociale.

L'articolo 26 della Convenzione Onu addirittura introduce un nuovo paradigma per orientare il sistema riabilitativo all'interno di un nuovo meccanismo come l'empowerment: il peer counseling ovvero il confronto tra pari, persone che hanno lo stesso vissuto, chi ne vive una prima fase e chi invece ha un orizzonte della disabilità ormai maturato. Il Rapporto Globale sulla Cronicità dell'OMS già nel 2001, facendo leva su questo nuovo paradigma arriva ad affermare che il medico ed il personale sanitario devono trasformarsi da prescrittori in consiglieri, rendendo evidente come l'intera equipe, e quindi l'intero sistema, si debbano modificare. Nel mondo occidentale, ed ormai anche nei cosiddetti Paesi del BRIC, tale paradigma trova già applicazioni e pubblicazioni scientifiche. Anche nel nostro paese esistono alcune buone pratiche che però non trovano nessun genere di normazione se non nelle Linee Guida sulle Unità Spinali della Conferenza delle Regioni del 2004. Quindi se si cambiano obiettivo, finalità, approccio, metodo e strategie appare del tutto evidente che il Piano Nazionale della Riabilitazione è del tutto anacronistico e pertanto poco utile se non affermare rendite di posizione, purtroppo in una certa misura agli onori della cronaca.

Sarebbe utile ripensare alcune parti del Piano Nazionale in un documento di analisi più puntuale dei percorsi e dei processi riabilitativi, che declini, questa volta davvero però, l'articolo 26 della Convenzione Onu.

A tal fine si propone di elaborare due orientamenti:

- l'elaborazione di un nuovo documento applicativo della Convenzione Onu e del Piano Nazionale da approvarsi in Conferenza Stato-Regioni;
- l'elaborazione di linee guida scientifiche che accreditino ciò che è realmente validato dalla letteratura internazionale condizione di disabilità per condizione di disabilità, analogamente a quanto ha realizzato l'Istituto Superiore di Sanità con le Linee Guida sull'Autismo, le quali infatti hanno sollevato numerose proteste da parte di chi opera secondo vecchi stereotipi e senza alcun aggiornamento, provocando seri danni alle persone con autismo (nonché una reiterazione dei progetti riabilitativi ad elevato contenuto assistenziale con costi rilevanti per il Ssn). Si pensa che debbano essere previsti analoghi documenti di indirizzo da parte dell'ISS nel numero necessario a definire almeno le principali aree di intervento riabilitativo per le persone con disabilità. Un primo e non esaustivo elenco di priorità potrebbe essere: stati vegetativi e di minima coscienza, sclerosi laterale amiotrofica, traumi cranici, paralisi cerebrali infantili e lesioni midollari.

Proprio le considerazioni sulle Linee Guida sull'Autismo dell'ISS rendono drastica la necessità di modificare alcuni canoni attualmente presenti nel mondo della riabilitazione. Persone con disabilità intellettiva e persone con esperienza della salute mentale hanno ben poco da chiedere ad un sistema fondato sul recupero funzionale e sulla riabilitazione d'organo. Nella gran parte dei casi le aree disciplinari utilizzate negli attuali servizi dedicati, non sono adeguate. Potrebbero invece raggiungere risultati insperati e fino a pochi anni fa utopici, nel caso in cui si mettesse a regime l'articolo 26 della Convenzione Onu specie nell'area della abilitazione.

L'obiettivo dell'inclusione sociale in questo caso è una finalità riabilitativa da mantenere nel tempo: abilitare una persona a cucinarsi autonomamente è un percorso terapeutico da ripetere nel tempo e spesso senza limitazioni. È vero che tali persone sono attualmente quasi interamente a carico del Sistema Sanitario Nazionale, ma lo sono a fini essenzialmente di contenimento sia residenziale che semiresidenziale. Cambiando il fine, cambia la natura della prestazione ed i suoi contenuti professionali, ma è sempre dentro il campo della riabilitazione e abilitazione. Nel nostro paese, come accade di sovente, produciamo delle sperimentazioni di particolare valore in relazione ai principi esposti: il budget di salute. Sulla scorta dell'esigenza di interrompere l'esperienza manicomiale, sulla salute mentale è stato prima teorizzato e poi realizzato un processo amministrativo di integrazione tra attività sanitarie e servizi sociali che parte dal progetto di vita della persona contrapposto alle esigenze di promulgazione ad libitum della loro vita in ambito segregante. Una particolare esperienza è collocata nella Asl di Caserta<sup>2</sup>, dove una stagione basagliana nella Direzione Generale, ha costruito e radicato nel territorio percorsi abilitativi e di vita che hanno generato piccole comunità familiari e inclusione lavorativa attraverso la riscoperta dei lavori manuali, nella ristorazione e nell'agricoltura. In tali territori si riscontra una gigantesca disoccupazione per tutta la popolazione e una incidenza della criminalità organizzata in ogni attività economica di particolare rilievo. Ebbene proprio a Casal di Principe è stata istituita una di queste comunità. Al fine di collocare da un punto di vista tecnico amministrativo e scientifico tali esperienze, il Dr. Fabrizio Storace ha pubblicato con Carocci il "Manuale pratico per l'integrazione socio-sanitaria".

Da quella esperienza e da tutte le analisi che ne sono state fatte dal punto di vista scientifico, sarebbe importante trarne una articolazione normativa che possa modificare l'attuale ordinamento e successivamente dar vita a delle linee guida di Conferenza Stato-Regioni. Già all'interno della discussione e delle consultazioni sui Lea ritirati, fu proposta una bozza di quattro articoli facilmente rievocabile.



Da una microanalisi economica condotta sul territorio della Asl di Caserta2 risulta che vi è un significativo risparmio delle risorse pubbliche sanitarie e sociali precedentemente investite.

In ultimo, il decreto sulla spending review prevede un taglio orizzontale del 5% su ogni atto convenzionale. Alla luce del fatto che i servizi territoriali orientati all'inclusione sociale rappresentano un numero assai ridotto e contestualmente una attività considerata irrilevante dai poteri forti del sistema sanitario, riproponiamo in questa sede l'esigenza di eliminare quel taglio a servizi di riabilitazione o di integrazione sociosanitaria orientati alla de-istituzionalizzazione e all'inclusione sociale delle persone con disabilità, delle persone non autosufficienti e delle persone con esperienze di salute mentale.

Anche alla luce del Protocollo siglato tra il Ministero dell'Istruzione e il Ministero della Salute avente come oggetto l'inclusione educativa, è ormai evidente che è necessario produrre integrazione tra politiche e sistemi amministrativi. La vita di una persona non è frazionabile e l'intervento della collettività rischia di essere moltiplicato per tanti diversi centri di costo. La legge di ratifica della Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità (L. 18/2009) prevede un Osservatorio con il compito di monitorare l'attuazione dei diritti umani per le persone con disabilità e al contempo di realizzare un piano di implementazione. Allo stato la presenza del Ministero della Salute è piuttosto debole, mentre tutti questi temi sono al centro della sua analisi finalizzata al monitoraggio e al Piano di Azione. Si intravedono quindi due criticità: la già citata debolezza di presenza del Ministero della Salute in quell'organismo, peraltro non abrogato dalla legge sulla spending review, e la necessità di allargare il Protocollo di intesa tra Ministero della Salute e Miur anche al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, identificando l'Osservatorio come luogo di elaborazione delle politiche da implementare sulla disabilità. In entrambi i casi si tratta di semplici atti amministrativi, che, qualora non vengano realizzati, si riprodurrebbero in superflui e ridondanti atti, o peggio si identificherebbero ulteriori luoghi di integrazione dei luoghi delle politiche, con evidente moltiplicazione dei costi.

Un mancato intervento di concertazione ed integrazione delle politiche semplicemente non rimuoverebbe le cause delle attuali distorsioni dei servizi pubblici verso l'erogazione di prestazioni dirette alle persone con disabilità, ed un conseguente spreco di risorse pubbliche.

L'occasione dell'Osservatorio sulla convenzione Onu e del Protocollo di Intesa sono esiziali.

*(Pietro Barbieri, Presidente Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap)*

29.08.2012