

Servizi sociosanitari nelle Marche

Gli effetti del mancato governo regionale a partire dall'analisi di alcune determinate dell'Asur. **V Parte**

La scheda analizza tre atti convenzionali dell'ASUR riguardanti due strutture residenziali identiche (quanto ad autorizzazione), rivolte a persone con problematiche psichiatriche (comunità protette) e una rivolta ad anziani non autosufficienti e persone con demenza (residenza sanitaria assistenziale anziani).

L'obiettivo, per quelle operanti nei servizi di salute mentale è quello di analizzare:

- la regolamentazione delle due strutture mettendole in relazione con altre, convenzionate con l'Asur, operanti sul territorio regionale;
- la normativa regionale di riferimento;
- la corrispondenza con quanto previsto dalla normativa nazionale (dpcm 29.11.2001, sui Lea).

Quanto alla Rsa anziani, analizzeremo il rapporto convenzionale di questa con altre analoghe strutture convenzionate con l'Asur quanto a standard e tariffe.

Salute mentale. Le comunità protette

Le due comunità (San Girolamo di Fermo e San Claudio di Corridonia) sono gestite dalla società cooperativa Solaria ed autorizzate come Comunità protette, <http://servizioprs.regione.marche.it/leggeventiserv>, ai sensi della legge 20/2000 sulle autorizzazioni sanitarie e sociosanitarie.

La Comunità San Girolamo di Fermo (AV 4) è convenzionata per 34 posti in due moduli da 17 (capacità recettiva 40), La **Comunità San Claudio di Corridonia** (AV 3), è dotata di 20 posti. La prima ha un rapporto operatori (infermieri, educatori, addetti assistenza)/utenti:0.75/1 per una tariffa di 102 euro al giorno; 70% a carico della sanità (circa 71,5 euro giorno) e 30 a carico di utente o Comune (circa 30,5 euro giorno). La seconda prevede, per le stesse figure professionali un minutaggio pari a 160 minuti al giorno, per una tariffa giornaliera di 120 euro. A carico della sanità sono: 87,00 euro (circa il 72,5%), a carico dell'utente/Comune: 33,00 euro (circa il 27,5%).

Comunità protetta	standard	Tariffa	Ripartizione
San Girolamo, Fermo (Det. 17/2013)	Rapp. Op/utenti 0,75/1	102 euro	Asur: 70% (71,5 €) Utente: 30% (31,5 €)
San Claudio, Corridonia (Det. 53/2013)	Minutaggio 160 min/ giorno	120 euro	Asur: 72,5% (87 €) Utente: 27,5% (33 €)

Il quadro non stupisce, in quanto in mancanza di regolamentazione regionale (per approfondimento vedi le schede in nota), gli accordi dell'Asur con i soggetti gestori differiscono l'uno dall'altro. Tariffe e quote sanitarie differenti si rilevano, sempre per identica struttura, negli impegni di spesa assunti dalle Aree Vaste per l'inserimento di singoli utenti. Si possono, a tal proposito, verificare i diversi costi sostenuti per gli inserimenti presso le Comunità protette del Gruppo Atena (Montefeltro). In una precedente scheda avevamo segnalato la Convenzione tra Asur e Cooperativa H Muta di Senigallia (determina 363-2012), sempre riguardante la gestione di una Comunità protetta (Nilde Cerri). La tariffa complessiva è stata determinata in 128,24 € (iva esclusa). Interessante verificare lo scostamento degli oneri sostenuti dall'Asur dal 2011 al 2012, con una riduzione del 15%.

Comunità protetta, Nilde Cerri Senigallia

Tariffa 2011	Tariffa 2012	Oneri 2011	Oneri 2012
Sanità 70%	Sanità 55%	Asur 90,3 €	Asur, 70,53 €
Sociale 30%	Sociale 45%	Utente/comune, 38,7 €	Utente/comune 57,71 €

Nell'accordo tra regione Marche e la Casa di cura Villa Jolanda (vedi nota, anche al fine di una lettura complessiva del protocollo), al cui interno sono presenti diversi moduli e differenti tipologie di residenza, la comunità protetta viene remunerata 126,42 euro per uno standard di 110 minuti/giorno.

Nello specifico delle due comunità vanno evidenziate le diverse (e distanti) motivazioni volte a giustificare la determinazione e ripartizione degli oneri. Per quello che ci riguarda è importante capire, su quale base normativa (nazionale o regionale) vengono definiti i criteri con i quali vanno a definirsi le ripartizioni delle quote tra sanità e sociale. Interessante è poi constatare come lo stesso soggetto (Asur) stipuli – per medesimi servizi – atti nei quali si adottano criteri difforni per motivare l'assunzione degli oneri sanitari e la ripartizione dei costi.

Prima dell'analisi delle singole determinine, vale la pena segnalare, che almeno in questi due casi, non si sono utilizzate autorizzazioni di strutture per disabili per poi essere gestite come servizi dell'area della salute mentale (vedi ad esempio: *Coser*, Pian dell'Abate a Urbania; le *residenze protette* di Casa Godio a Pergola e Fondazione Pelagallo a Grottammare; la *Rsa disabili* dell'Opera Pia Bergalucci ad Offida), determinando il fenomeno, tante volte denunciato, per le sue conseguenze, dell'incoerenza tra classificazione e funzione.

Nell'accordo (determina 17/2013) riguardante la **Comunità protetta San Girolamo**, il principale riferimento normativo è la dgr 2569/1997: "Linee di indirizzo per l'assistenza integrata sociale e sanitaria in soggetti malati mentali". Si tratta di un atto con il quale la Regione ha inteso stabilire i criteri per definire le modalità di inserimento (ed i conseguenti oneri) presso strutture sanitarie o socio assistenziali. La determina riprende la dgr citata, sulla base della quale motiva i criteri di ripartizione degli oneri (grassetto nostro). *"La Regione Marche con Delibera n°2569 del 13-10-1997 avente ad oggetto le linee di indirizzo per l'assistenza integrata sociale e sanitaria in soggetti malati mentali ha previsto **che nelle strutture bassa intensità assistenziale** con caratteristiche di lungo assistenza con programmi di inserimento sociale e lavorativo (quali case protette, case di riposo, casa accoglienza ecc.), i soggetti assistiti siano chiamati a contribuire alla spesa. Nelle strutture ad elevata integrazione sanitaria (strutture residenziali, semiresidenziali, RSA, comunità protette) gli oneri fanno invece carico al 100% sul fondo sanitario. Nel caso specifico la Comunità di San Girolamo **ha le caratteristiche di Casa Protetta** quindi in base alla normativa di riferimento gli ospiti ivi inseriti sono tenuti al pagamento della retta giornaliera per la quota sociale che di regola è del 30%, mentre la restante quota sanitaria è posta a carico della ASUR -. Da ciò deriva che il costo da porre a carico del bilancio dell'ASUR deve essere quello riferito alla quota sanitaria per la quale solamente quest'azienda assume un vincolo contrattuale con l'ente fornitore del servizio. La restante quota sociale va invece posta a carico dell'ospite".*

Pare opportuno analizzare diversi aspetti, al fine di capire se le definizioni assunte nella determina, volte alla determinazione dei criteri, sono compatibili con l'attuale sistema dei servizi.

1) **Con le leggi sulle autorizzazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali (leggi 20-2000 e 2002), le strutture semiresidenziali e residenziale sono ridefinite:** non è pertanto più possibile utilizzare le definizioni precedenti. In questo senso, nella vigente legislazione regionale, non esistono strutture autorizzate come "Casa protetta" (ex art. 41, legge 43/1988). La struttura in oggetto è una comunità protetta, autorizzata ai sensi della legge 20/2000 (codice SRP3) e non può essere assimilata alle strutture assistenziali della dgr 2569/1997. Dunque si ritiene che quel riferimento normativo, non possa essere utilizzato. Si tratta di una struttura socio sanitaria che, come specificato dalla determina, "svolge attività terapeutiche e psicosociali".

La dgr 2569-1997 continua peraltro, come abbiamo evidenziato in precedenti approfondimenti, ad essere ampiamente utilizzata dall'Asur - anche a causa della mancata emanazione di specifiche norme regionali – sia nella definizione degli inserimenti di soggetti con disturbi mentali nelle Case di riposo e nelle residenze protette per anziani (inserimenti che, peraltro, secondo la stessa normativa regionale, dovrebbero essere ad esaurimento; in realtà come evidenziano gli accordi che l'Asur continua a stipulare con le strutture residenziali per

anziani, non esiste traccia di percorsi ad esaurimento), sia in strutture, come quelle in oggetto, del settore della salute mentale.

2) **La bassa intensità assistenziale.** Il riferimento alla bassa intensità assistenziale si ritiene, nello specifico, non corretto. Un riferimento peraltro assente, se anche si volesse continuare ad utilizzare, nella citata dgr 2569. La vigente normativa regionale riguardante i servizi residenziali di salute mentale non utilizza mai questa definizione in riferimento alle CP. Tale definizione viene usata per le "comunità alloggio per persone con disturbi mentali" della legge 20/2002, strutture che non prevedono la presenza di operatori sulle 24 h. Definizione usata invece sia dall'atto di indirizzo sulle prestazioni socio sanitarie (dpcm 14.2.2001) che dal dpcm (29.11.2001) di definizione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria. Il decreto sui Lea, indica in questi casi, un'assunzione di oneri sanitari pari al 40% (l'atto di indirizzo una quota sanitaria oscillante tra il 30 e il 70%); si tratta, quindi, di norme emanate precedentemente alla legge 20/2002 sulle autorizzazioni sociali e sociosanitarie. Si ritiene, pertanto, errato, l'utilizzo di tale definizione in riferimento alle comunità protette, sia in relazione all'utenza ospitata, alle attività previste, che alle figure professionali impiegate. Occorre, infine, non dimenticare che solo le strutture a bassa intensità assistenziale (in base ai LEA) prevedono quota sociale. Le altre sono a completo carico del fondo sanitario. Vanno evitati, pertanto, forzosi passaggi dei servizi verso questo livello assistenziale che, per la tipologia delle prestazioni erogate, non possono esservi ricondotti.

Se dunque, è comprensibile la difficoltà dell'Asur nel definire i contenuti degli accordi, a causa della perdurante assenza di disposizioni regionali, si ritiene in ogni caso non corretto utilizzare riferimenti normativi inadeguati al fine della definizione dei contratti con i soggetti convenzionati.

Non pare invece possibile giustificare l'utilizzo dei riferimenti normativi che guidano la definizione tariffaria nell'accordo (determina 53/2013), con l'altra **Comunità protetta, San Claudio di Corridonia**, gestita dalla stessa cooperativa Solaria. In questo caso, tra le norme regionali citate viene indicata anche la dgr 2566-1997 (approvata lo stesso giorno della sopra citata 2569) che detta "Linee di indirizzo in materia di chiusura degli ex ospedali psichiatrici". Tale norma, peraltro specifica che per gli ex OP, "l'utente, attraverso le sue risorse personali, deve assumere gli oneri alberghieri per una cifra indicativamente pari al 30% del costo e comunque non superiore alla indennità di accompagnamento". Viene fatto riferimento anche alla normativa sui Lea, richiamando la possibilità di ricovero presso "strutture a bassa intensità assistenziale ove è prevista una compartecipazione ai costi a carico dell'utente". Si ritiene quindi che detta comunità, che ha un minutaggio di 160 minuti al giorno (superiore del 15% alle strutture - Rsr e Rsa - sanitarie per persone disabili), possa essere riconducibile a questa tipologia di struttura. Ai fini dei criteri tariffari viene invece presa a riferimento - e ciò si ritiene senza giustificazione - la normativa riguardante le residenze per anziani non autosufficienti (RP e RSA). Ed è sulla base di questa normativa, che si giustifica - in maniera del tutto illogica - l'assunzione, vedi tabella, di una quota a carico dell'utente pari a 33 euro al giorno.

Sono, secondo i dati regionali, circa 280 i posti di comunità protetta in 14 strutture, attivi sul territorio regionale. L'atto di fabbisogno ne prevede la realizzazione di 322 (senza aver cura di definire la ripartizione geografica). E' evidente che in assenza di regolamentazione regionale, che deve tener conto ed assumere la normativa nazionale, ognuna di queste 14 comunità opera in maniera difforme. Con il continuo tentativo da parte dell'Asur, ad ogni rinnovo di convenzione, di riduzione sia degli standard che delle quote sanitarie, funzionale a contrarre i costi a carico del servizio sanitario. Il rischio evidente, già presente in altre regioni, è quello di un abbassamento della qualità dei servizi, con il trasferimento sugli utenti, sui gestori o sui Comuni, di spese non dovute e insopportabili.

Anziani non autosufficienti. La residenza sanitaria assistenziale

Come è noto anche per le RSA anziani la regione Marche non ha definito né standard, né tariffa. Ha, invece, determinato la quota a carico degli utenti (33 euro, +/- 25%), sganciata da un parametro percentuale. E' pertanto interessante, in questa situazione, verificare come l'Asur stabilisce i rapporti convenzionali con gli enti erogatori, quando la gestione non è diretta.

In questo caso (determina 49/2013), si tratta della **convenzione con il Comune di Urbino per la RSA Montefeltro**, per complessivi 40 posti letto. Nella tabella che segue riportiamo: tariffa, ripartizione degli oneri e standard del personale.

Rsa Montefeltro. Convenzione 2013

Tariffa giorno: 101 € Asur 59,5% (60 €) Utente/Comune 40,5% (41 €)
Minutaggio: Circa 135 m/giorno (Ip 46,50, Oss 84, Fkt 4,7)

Prevista inoltre, la presenza del direttore sanitario, di un coordinatore infermieristico e di una assistente sociale per 48 h al mese.

Riguardo la tariffa, l'atto specifica che è stata determinata sulla base dell'analisi delle rette praticate da strutture "simili" del territorio. Tariffe oscillanti "da un minimo di 70,69 ad un massimo di 123 €".

Il confronto con altri atti convenzionali dell'Asur conferma una situazione di grande diversità, riguardo le prestazioni erogate, le tariffe ed i criteri di compartecipazione. La tabella che segue riprende i dati contenuti in alcune determinate dell'Asur analizzate in precedenti schede (riferimento in nota). Deve essere considerata come indicativa, ma comunque significativa, in quanto non in tutti gli atti sono riportate informazioni rispetto agli standard e alle quote a carico degli utenti, così come gli anni di riferimento divergono, seppur è ipotizzabile non vi siano scostamenti rilevanti.

Rsa private – convenzioni Asur

Rsa Montefeltro Urbino	Rsa S. Giuseppe S.Benedetto del Tronto	Rsa Anni Azzurri Ancona	Rsa Abitare il tempo Loreto	Rsa Grimani Buttari Osimo	Rsa Casa Argento Fossombrone
Tariffa: 101 € Minuti: 135	Tariffa: ≈ 100 € Minuti: 180	Tariffa: 130-40 € Minuti: ≥130	Tariffa: ≈ 130 € Minuti: ≥130	Tariffa: ≈130-40€ Minuti: ----	Tariffa: 87-95 € Minut: ≥100
Quota sanitaria 60 € (60%)	Quota sanitaria 63,00 € (≈60%)	Quota sanitaria ≈90 €	Quota sanitaria Anziano: 86,8 € Alzheimer: 93,5 €	Quota sanitaria 91,38 €	Quota sanitaria 54,50 €

Rsa gestione diretta Asur

Rsa Ripatransone	Rsa Montefiore Aso
Tariffa: 100 € Minuti: 176	Tariffa: 119 € Minuti: 189
Quota sanitaria 67 € (≈67%)	Quota sanitaria 86,00 € (≈70%)

Per quanto riguarda il contenuto della Convenzione si evidenziano alcuni aspetti che confermano l'intenzione dell'Asur, sostenuta dalla Regione (seppur senza indicazione normativa) di utilizzare le Rsa anziani con funzione di gestione dei malati in una fase della malattia e per un periodo definito: *La RSA è destinata a soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio, anche portatori di patologie geriatriche, neurologiche e neuropsichiatriche stabilizzate. Sono da prevedere ospitalità che di norma non dovranno superare i 90 gg di degenza media, sia di sollievo alla famiglia non superiori ai 30 giorni, sia di completamento di cicli terapeutici eventualmente iniziati in altri presidi del SSN (art. 3) tenendo presente che l'ospitalità in R.S.A. è, per natura, transitoria e non permanente (art. 4).*

La Convenzione stabilisce tre tipologie di ospiti da assistere: *1. Anziani con forme cronico- degenerative, 2. Anziani con forme di demenza, 3. Adulti disabili (...)* Per l'accoglienza dei pazienti occorre distinguere tra: *Le persone dimesse dagli ospedali affette da patologie internistiche, osteomuscolari, neurologiche, psico-organiche che possono richiedere*

un'assistenza integrata non fruibile a domicilio la cui degenza di norma non si protrae oltre i 30 giorni; Gli anziani affetti da forme cronico-degenerative e con forme di demenza, per le quali la durata della permanenza viene stabilita caso per caso; Gli adulti disabili di cui alla terza patologia per i quali la durata della degenza non si protrae oltre i 30 giorni (art. 4). Si tratta, come si può constatare, di una funzione assimilabile alla post acuzie e al mantenimento riabilitativo per soggetti con disabilità. Per alcuni di questi anziani malati, "non riabilitabili" in tempi brevi, la durata può essere prolungata.

La Convenzione assume tutte le ambiguità, che abbiamo ripetutamente documentato, della situazione marchigiana riguardante le Rsa anziani (oltre 900 posti attivi complessivi) che si concepiscono come strutture - forzatamente - a termine a prescindere dalla condizione dei malati ricoverati. Il criterio della dimissibilità diventa dunque cronologico, e non legato alle necessità assistenziali. Una Regione che con serietà intenda occuparsi delle esigenze di queste persone, dovrebbe definire standard, funzionali alla risposta da dare alle esigenze delle persone. Sulla base di queste, definire la tipologia di malati assistibili. La definizione dei criteri di ammissione, permanenza ed eventuale dimissione - come le norme nazionali impongono alle Regioni - devono essere stabilite attraverso l'utilizzo di strumenti di valutazione volti ad indicare il fabbisogno assistenziale e conseguentemente la tipologia di struttura più adeguata. In questo senso, forse, vale la pena riflettere sull'utilizzo in un atto convenzionale del "per natura". Né *per natura*, né per legge il ricovero in Rsa è transitorio (anche se può esserlo).

Nell'atto di controllo (dgr 119/2013, http://www.norme.marche.it/Delibere/2013/DGR0119_13.pdf), la Regione disquisisce - nel caso degli adulti disabili - sul basso/medio impegno riabilitativo, da doversi distinguere da quello previsto nelle Rsa **disabili** (dgr 2200/2000). Forse, a monte, ci si dovrebbe chiedere, cercando anche di dare una risposta, se la terapia di mantenimento per adulti disabili debba realizzarsi in una Rsa anziani. Tanto più che le Rsa disabili, ad oggi nelle Marche, sono a tutti gli effetti strutture che accolgono in residenzialità permanente persone disabili. Bisognerebbe inoltre avere la volontà e la capacità, politica e tecnica, di disegnare un coerente assetto del sistema extraospedaliero e di quello della post acuzie. E invece, mentre nulla in questo senso si delinea, crescono e si regolamentano localmente servizi che sempre più a fatica potranno essere ricondotti all'intero di un richiamato, coerente disegno.

Ma per farlo ci vuole visione, coraggio, capacità di scelta e di resistenza. Qualità non necessarie se si vuole mantenere l'attuale situazione. E allora è più facile continuare a dare a chi più chiede, a chi più spinge, a chi più è introdotto, lasciando qualche briciola a chi non si trova in queste condizioni. Pare incredibile, ma rimane ancora difficile, far capire che i cittadini sono uguali, con gli stessi diritti e doveri, a prescindere dal territorio in cui abitano e che il diritto a ricevere servizi di cui hanno bisogno e diritti deve prescindere dalla capacità di quel territorio e dei suoi soggetti di rappresentarli.

Nel corso dell'analisi degli atti abbiamo formulato alcune considerazioni, rimandando per specifici aspetti ad altri approfondimenti. Se è evidente, e non vale la pena sottolinearlo, come la latitanza programmatica regionale incida sull'erogazione dei servizi (sugli utenti e sugli "erogatori"), è utile mettere in evidenza come per gran parte degli interventi socio sanitari, esista enorme diversità tra identici servizi, sia in termini di prestazioni erogate che di tariffe, comprese quelle a carico degli utenti. Dalla lettura degli atti, questi ed altri precedentemente analizzati, emerge in maniera insistente un duplice aspetto:

- **il tentativo di privatizzazione dei rapporti tra gestore ed utente per la cosiddetta parte sociale.** La volontà di ridurre gli oneri sanitari (che, come è noto, non sono soggetti a compartecipazione) passa, quando non si renda possibile negarli, attraverso due vie:

- a) riduzione del costo complessivo che automaticamente riduce la parte sanitaria (sia essa piena o in parte);
- b) riduzione percentuale della quota sanitaria (e per questo in molti settori la Regione cerca di non dare applicazione ai, pur insufficienti, LEA).

La contrazione tariffaria può determinare una sostanziale impossibilità di gestire il servizio da parte dell'erogatore (quand'anche non sia profit), cui però si cerca di lasciare la possibilità di recupero sull'utente di quote ulteriori, attraverso la possibilità dei cosiddetti servizi aggiuntivi (si veda l'esperienza di questi anni delle residenze protette per anziani). Si cerca allora di far diventare la tariffa elastica con quote sociali che non rispondono a percentuali definite sul costo complessivo del servizio. E' evidente che si tratta di una situazione inaccettabile che deve essere con forza contrastata se non ci si vuole incamminare verso quel "darwinismo sociale", in

cui come, ci ricordava Alfredo Carlo Moro, "è bene che il debole scompaia perché non utile all'organismo sociale".

- **Un confuso utilizzo dei termini "disabilità" e "non autosufficienza"**, volto a far rientrare nelle strutture date, interventi rivolti ad anziani non autosufficienti, soggetti con demenza, disabili e persone con disturbi mentali. Se tutto è *disabilità* e *non autosufficienza*, troppe distinzioni sono di intralcio e ogni contenitore può essere, *per natura*, adeguato. In questo caso il tema non si ravvisa tanto nell'incoerenza tra classificazione e funzione, quanto nella "necessità", di utilizzare i servizi che ci sono a prescindere dai bisogni delle persone. Questione che, evidentemente, non va confusa in alcun modo con una adeguata capacità valutativa che possa individuare, in specifiche circostanze, percorsi ritenuti aderenti ai bisogni di quella determinata persona che vive in quel determinato territorio. Percorsi in cui non domina la diagnosi, ma la situazione di quella persona, in quel specifico contesto.

Ritorna dunque il concetto di discrezionalità, che trova nutrimento nella deregolamentazione. L'inaugurazione del filantropismo programmatico. I buoni sentimenti dilagano. I diritti - dei deboli - restano in lista di attesa.

Approfondimenti

Le precedenti schede

[Servizi territoriali nelle Marche. Gli effetti del mancato governo regionale](#)

[Servizi territoriali nelle Marche. Gli effetti del mancato governo regionale \(II parte\)](#)

[Servizi socio-sanitari nelle Marche. Gli effetti del mancato governo regionale \(III parte\)](#)

[Servizi socio-sanitari nelle Marche. Gli effetti del mancato governo regionale \(IV parte\)](#)

[Perché la Campagna "Trasparenza e diritti"? Tre determine Asur lo spiegano](#)

[Livelli essenziali e servizi socio-sanitari nelle Marche](#)

[Servizi socio-sanitari. Interventi, utenza, standard, oneri](#)

[Servizi socio-sanitari nelle Marche. Alcuni dati e molte non risposte](#)

[Un commento ai recenti criteri di definizione del fabbisogno sanitario e socio-sanitario nella regione Marche](#)

Strutture residenziali salute mentale

[La programmazione perduta. Le comunità protette per persone con disturbi mentali nelle Marche](#)

[Nulla osta. Le norme e le prassi. Sulle comunità alloggio per persone con disturbi mentali](#)

[Sul nuovo accordo tra regione Marche e Casa di Cura Villa Jolanda](#)

Residenze sanitarie assistenziali anziani

[Marche. Interventi e servizi per anziani non autosufficienti. Analisi e proposte](#)

[Su standard e tariffe delle Rsa anziani delle Marche](#)

[Le residenze sanitarie per anziani nelle Marche. L'improcrastinabile regolamentazione](#)

[Percorsi assistenziali nella post acuzie e nella cronicità. Quadro nazionale e regionale](#)

Trasparenza e diritti. Campagna per la regolamentazione dei servizi socio sanitari e applicazione dei Lea nelle Marche, <http://leamarche.blogspot.it/>

L'appello di avvio della Campagna, <http://www.grusol.it/aprilinformazioni.asp?id=2892>

10 febbraio 2013