



# RASSEGNA STAMPA **AMD**

Aggiornamento

**17 luglio 2020**

**ValueRelations**<sup>®</sup>

# Sommario

| <b>TESTATA</b>            | <b>TITOLO</b>  | <b>DATA</b> |
|---------------------------|--|-------------|
| <b>La Voce di Mantova</b> | <i>DIABETICO IL 30% DEI DECEDUTI A CAUSA DEL COVID-19</i>                      | 17/07/2020  |
| <b>Scienzainrete.it</b>   | <i>COVID-19/TECNOLOGIA DIGITAL HEALTH E COVID-19: LA TECNOLOGIA AL POTERE?</i> | 16/07/2020  |
| <b>Corriere.it</b>        | <i>LE DONNE DIABETICHE CORRONO MAGGIORI RISCHI DEGLI UOMINI?</i>               | 11/07/2020  |

# Diabetico il 30% dei deceduti a causa del covid-19

**ROMA** Se le persone con diabete sono state tra le maggiori vittime del virus Sars-Cov-2, proprio l'emergenza sanitaria covid-19 rischia di avere gravi ripercussioni sulla cura della malattia diabetica, sul suo controllo e sull'insorgenza di complicanze a medio e lungo termine. Sarà l'analisi di questo fenomeno, insieme alla valutazione di possibili nuove forme di gestione clinica che migliorino e rafforzino l'assistenza alle persone con diabete in Italia, garantendo accesso equo e adeguato alle cure, il tema al centro dell'annuale Italian Barometer Diabetes Forum, giunto alla 13ª edizione e che si svolgerà il 13 luglio in forma virtuale. L'evento, un momento di incontro tra politici, amministratori, società scientifiche e associazioni di cittadinanza e di pazienti, per confrontarsi sugli argomenti di attualità che ruotano ogni anno intorno al diabete, è organizzato da Italian Barometer Diabetes Observatory (Ibdo) Foundation e dall'Intergruppo Parlamentare "Obesità e Diabete", nell'ambito dei progetti Changing Diabetes e Defeat Diabetes e con il contributo non condizionato di Novo Nordisk. Avrà come titolo quest'anno "Diabetes & Inertia: The Covid-19 Lesson" e sarà introdotto dagli interventi di **Andrew Boulton**, Presidente International Diabetes Federation e **Stefano Del Prato**, Presidente EASD-European Association for the Study of Diabetes, che

valuteranno gli aspetti clinici del nuovo e difficile equilibrio tra malattie infettive diffuse e malattie croniche non trasmissibili come il diabete, e di **Walter Ricciardi**, Presidente WGPCA-World Federation of Public Health Association, che rivaluterà le diverse sfide che il sistema sanitario ha dovuto affrontare nei lunghi giorni dell'emergenza.

«Questa 13ª edizione, infatti, cade in un anno drammaticamente segnato da una grave pandemia ed emergenza sanitaria globale, e vuole proprio mettere al centro le persone con diabete, tra le più colpite e vulnerabili in questa sfida clinica, sociale, economica e politico-sanitaria che sta affrontando il nostro Paese, e approfondire il ruolo dell'inerzia clinica correlata alla pandemia, ma non solo, e che riguarda la quotidianità di oltre 4 milioni di italiani», spiega **Renato Lauro**, Presidente di IBDO Foundation.

Secondo i più recenti dati dell'Istituto superiore di sanità (ISS), i decessi per coronavirus in Italia hanno riguardato per il 30% (28,8% le donne e 30,8% gli uomini) persone con diabete di tipo 2, la seconda patologia preesistente maggiormente riscontrata tra chi ha perso la vita a causa del virus. «A ciò deve aggiungersi che, proprio a causa della pandemia, negli ultimi mesi su tutto il territorio nazionale si è verificata una riduzione delle visite specialistiche,

delle attività assistenziali ambulatoriali di routine, degli esami di controllo. Tutto questo rappresenta un problema importante per le persone con diabete, per le quali il monitoraggio periodico è fondamentale per la gestione della malattia e l'adozione della terapia più appropriata. Queste interruzioni dei servizi di assistenza sanitaria di base potrebbero essere causa di sospensioni più o meno prolungate delle terapie, con conseguenze negative sul controllo della malattia e sul rischio di insorgenza di complicazioni, rendendo così le persone con diabete maggiormente vulnerabili anche alle conseguenze indirette del covid-19», dice **Simona Frontoni**, Presidente Comitato Scientifico IBDO Foundation e Professore Associato di Endocrinologia, Università di Roma Tor Vergata.

L'inerzia terapeutica, intesa come mancato inizio o ritardata intensificazione di una terapia in presenza di un insoddisfacente controllo metabolico, è già di per sé un problema rilevante nel controllo del diabete, reso ancora più grave, per queste ragioni, dall'emergenza Covid-19. «Nonostante la disponibilità di un ampio spettro di opzioni terapeutiche efficaci e la dimostrazione dell'importanza di un adeguato controllo metabolico per prevenire o ritardare l'insorgenza delle complicanze del diabete di tipo 2, una percentuale elevata di

pazienti non raggiunge i target terapeutici desiderati», ricorda **Paolo di Bartolo**, Presidente AMD-Associazione medici diabetologi. Diversi studi hanno dimostrato che l'inerzia terapeutica è associata a esiti microvascolari e macrovascolari peggiori e quindi a più complicanze: cardiovascolari, renali, circolatorie, rischio di cecità, dialisi o amputazioni, per chi soffre di diabete. Le evidenze scientifiche mostrano che una precoce ed efficace gestione del controllo glicemico riduce le complicanze; pertanto, è fondamentale superare l'inerzia terapeutica, per il raggiungimento dei valori desiderati di emoglobina glicata e per migliorare i risultati a più lungo termine.

L'inerzia terapeutica può essere superata attraverso sinergie tra Istituzioni sanitarie, società scientifiche, associazioni pazienti, medici e persone con il diabete, promuovendo a tutti i livelli la consapevolezza che si tratta di un fenomeno ad alto rischio, che influisce negativamente sulla cura del paziente e che aumenta i costi diretti e indiretti della malattia. Ciò è vero nella normalità, ma è ancora più vero oggi, in una fase che ci sta portando fuori dall'emergenza, ma che rende necessario assolutamente ripensare anche il nostro modo di gestire la salute e di migliorare e razionalizzare l'assistenza alla persona con diabete per il futuro», ammonisce Francesco Purrello, Presidente SID-Società italiana di diabetologia.

# Digital health e Covid-19: la tecnologia al potere?

COVID-19/Tecnologia

di Eugenio Santoro



La pandemia di Covid-19 ha fatto registrare una domanda crescente di strumenti tecnologici, compresi quelli impiegati per la medicina: l'impiego di televisite e telemonitoraggi, affiancati da altri strumenti (come per esempio gli strumenti di contact tracing), è cresciuto in maniera disordinata all'inizio della pandemia, è stato nel tempo appoggiato da società scientifiche e istituzioni sanitarie. Ma la diffusione di queste tecnologie è frutto solo dell'emergenza? E quali sono i loro limiti e prospettive?

La domanda di nuove tecnologie è stata crescente in questo periodo di pandemia da Covid-19, soprattutto durante il lockdown. Si stima, per esempio, che il numero di utenti giornalieri attivi su Zoom sia passato in poco tempo da 20 a 300 milioni, così come che sia cresciuto del 300% il suo valore in borsa. Di pari passo sono cresciute le applicazioni della telemedicina, cioè di tutti quegli strumenti che hanno permesso (e che oggi permettono) di erogare prestazioni sanitarie a distanza. Negli Stati Uniti le visite virtuali si sono decuplicate nel corso di poche settimane. Anche in Italia si è assistito a questo fenomeno. A partire dal 1 marzo [sono 175 le iniziative di impiego di strumenti digitali](#) intraprese dalle Aziende Sanitarie Italiane a supporto delle visite da remoto dei pazienti, il 29% delle quali per la gestione di pazienti Covid-19 e il 71% per la gestione di patologie croniche come il diabete e le patologie cardiovascolari e quelle oncologiche.

Nel giro di poche settimane è avvenuto quello che a livello internazionale non è riuscito in dieci anni, nemmeno nei paesi più avanzati tecnologicamente. I dubbi che per anni hanno frenato il cambiamento (la rigida regolamentazione per il loro impiego, le ambigue politiche di rimborsabilità, la scarsa evidenza sulla loro affidabilità ed economicità, i problemi di privacy, la difficoltà a integrare i nuovi strumenti nella pratica clinica quotidiana, la diffidenza da parte di medici e pazienti) si sono dissolti davanti all'emergenza sanitaria.

## Televisite, telemedicina e telemonitoraggio

Prendiamo i servizi di televisita basati sui principali strumenti di videoconferenza e di videochat (come Skype, Zoom, Google Hangouts e Apple FaceTime). Tali sistemi sono stati ampiamente impiegati per visitare da casa i pazienti Covid-19 e i pazienti con patologie croniche. Il loro uso, cresciuto in maniera disordinata all'inizio della pandemia, è stato nel tempo appoggiato da società scientifiche e istituzioni sanitarie, le quali hanno fornito indicazioni su come usare in maniera appropriata questi strumenti e inserirli nella pratica clinica. Per esempio, l'American Medical Association ha pubblicato delle [linee guida](#) che suggeriscono ai medici americani come integrare questi strumenti con la cartella clinica o altri sistemi (digitali o basati su carta) già in uso, affinché i dati raccolti durante la visita e la comunicazione intercorsa con i pazienti siano correttamente conservati e accessibili in ogni momento.

La scelta di adottare sistemi di televisita e di telemedicina non è tuttavia valida per tutti i pazienti. L'Istituto Superiore di Sanità ha pubblicato delle [linee guida](#) che, oltre a focalizzarsi sugli aspetti tecnici e su quelli riguardanti la responsabilità personale del medico, la sicurezza dei dati e la privacy, forniscono suggerimenti su come scegliere gli individui candidati a ricevere prestazioni di telemedicina. Che non si limitano alle persone "non affette da patologie precedenti al momento in cui è stata necessaria la quarantena o l'isolamento (sintomatiche o asintomatiche) e che rientrino nella definizione di contatto stretto o di caso confermato", ma che comprendono "le persone affette da patologie croniche, malattie rare e persone in condizioni di fragilità, oppure che richiedono trattamenti di lungo periodo o di particolare assistenza e/o supporto non ospedalieri" e quelle persone "bisognose di tele-supporto psicologico che si trovino in isolamento o in quarantena, oppure isolate di fatto a seguito delle norme di distanziamento sociale, in corso di Covid-19". D'altra parte quello della salute mentale è uno dei campi dove si è favorita maggiormente l'adozione di sistemi di televisita, come dimostra la [decisione](#) della Food and Drug Administration di espandere la disponibilità di strumenti di digital health e di terapie digitali per i disturbi psichiatrici durante tutto il periodo della pandemia.

Purtroppo, i sistemi di televisita basati su sistemi di videoconferenza e videochat **non sono sufficientemente sicuri**, sebbene alcuni di loro (per esempio Skype), adottino protocolli crittografati che garantiscono la protezione e la riservatezza delle comunicazioni. Questa è la ragione per la quale sistemi più avanzati sono stati sviluppati da aziende specializzate nella digital health e da alcune Regioni per favorire, in ambienti protetti e integrati, prestazioni di teleconsulto e telemedicina che garantiscono anche l'archiviazione dei consulti e dei documenti condivisi con il paziente. È il caso della Regione Toscana, dove è stato realizzato il [Sistema Informativo Unico Regionale per la Gestione Emergenza Covid-19](#), un sistema integrato per la gestione del triage e delle prestazioni di telemedicina, e per l'analisi, attraverso metodiche di big data, della grande mole di dati raccolti, utili per fornire importanti informazioni sulla diffusione del contagio e suggerimenti sul possibile contenimento.

Integrati ai sistemi di tele visita hanno fatto la loro rapida comparsa anche gli strumenti di telemonitoraggio che raccolgono e monitorano i parametri fisiologici dei pazienti direttamente al proprio domicilio (spesso tramite dispositivi dotati di bluetooth) e che permettono ai medici di visualizzare i trend dei parametri rilevati e ricevere alert e messaggi automatici in presenza di valori alterati o critici. L'utilità di questi strumenti nel monitorare a distanza i pazienti più fragili e quelli che soffrono di patologie croniche non è sfuggita ad alcune società scientifiche (come la Società Italiana di Diabetologia, **L'Associazione Medici Diabetologi** e la Società Italiana di Endocrinologia) che congiuntamente hanno redatto delle [linee guida](#) volte ad adottarli per la gestione ambulatoriale dei pazienti diabetici anche quando l'emergenza sarà terminata.

## Altri strumenti per la digital health

Accanto ai sistemi di tele visita e telemonitoraggio, gli strumenti di digital health sono stati impiegati per attivare sistemi di triage (attraverso chatbot e assistenti virtuali che valutano i sintomi manifestati da un individuo per identificare soggetti a rischio Covid-19), sistemi di contact tracing per identificare, sulla base della prossimità (misurata via bluetooth o via GPS) tra due soggetti dotati di smartphone e di una stessa app eventuali contatti di individui che si sono rilevati positivi al Covid-19, e sistemi di sorveglianza epidemiologica in grado di monitorare l'epidemia, individuare nuovi focolai sui quali intervenire e fornire utili informazioni ai responsabili delle politiche sanitarie dei singoli paesi per una sua migliore gestione.

Anche l'intelligenza artificiale e il machine learning hanno dato un importante contributo alla gestione di alcuni aspetti della pandemia fornendo modelli predittivi su come e dove la malattia si sarebbe diffusa nel mondo e all'interno dei singoli Paesi, proponendo sistemi diagnostici per rilevare polmoniti causate da Covid-19 partendo dalle radiografie del torace e individuando farmaci già esistenti ma registrati con altre indicazioni che potrebbero essere utili anche contro il Covid-19.

## La diffusione degli strumenti di digital health è frutto solo dell'emergenza?

La sola emergenza non può però spiegare un così massiccio uso di tecnologie per gestire l'emergenza generata da Covid-19. Negli Stati Uniti, per esempio, il processo è stato favorito dalla decisione da parte dell'amministrazione Trump di agire su due punti: la deregolamentazione dei servizi di telemedicina erogati attraverso strumenti non certificati e la rimborsabilità delle prestazioni erogate a distanza.

Per quanto riguarda il primo punto, il Department of Health and Human Services ha concesso ai medici di impiegare, per tutto il periodo dell'emergenza sanitaria, strumenti di videoconferenza e videochat generalisti per fornire servizi di tele visita in deroga all'osservanza delle norme identificate dall'Health Insurance Portability and Accountability Act (che gestiscono gli aspetti legati alla riservatezza delle informazioni sanitarie), che questi strumenti, non essendo dispositivi medici, non sono obbligati a rispettare.

Il secondo riguarda la parificazione, in termine di rimborsi, tra gli interventi di telemedicina (mediamente più bassi e quindi poco incentivanti da parte di chi li offre) e quelli tradizionali. La decisione, operativa per tutto il periodo dell'emergenza sanitaria, ha determinato, tra le altre cose, la possibilità da parte dei pazienti del programma Medicare di fruire gratuitamente di prestazioni di tele visita erogate tramite app che consentono di interagire in audio e in video con il medico.

Se negli Stati Uniti la parificazione della rimborsabilità è temporanea, in Italia, dove esistono fin dal 2014 le [Linee di indirizzo nazionali sull'impiego della Telemedicina](#), è permanente (almeno nelle Regioni in cui la telemedicina è rimborsata), scelta questa che ha contribuito non poco alla sua diffusione. A oggi le prestazioni in telemedicina (che sono viste come una diversa modalità di erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie) sono rimborsate dalla Regione Toscana, dalla Provincia di Trento e dalla Regione Veneto (dove è stato sospeso anche il pagamento del ticket), ma è possibile che altre Regioni seguiranno a breve.

## La posizione dell'OMS nei confronti degli strumenti di digital health

Lo scorso 25 giugno, l'OMS ha indetto una [conferenza stampa](#) durante la quale il Dr Hans Henri P. Kluge, direttore regionale per l'Europa, ha esaltato le potenzialità degli strumenti di digital health, dell'intelligenza artificiale e in generale delle tecnologie digitali nell'eseguire il contact tracing, nell'attivare la sorveglianza della epidemia, nell'individuare nuovi casi e nella gestione a distanza dei pazienti con Covid-19 o con patologie concomitanti o croniche. Secondo l'OMS occorre però prestare molta attenzione all'impiego di queste soluzioni a causa delle questioni che esse sollevano, a cominciare dalla protezione dei dati e della privacy. Consapevole del fatto che la tecnologia digitale possa aiutare i sistemi sanitari a far fronte alle cure sanitarie essenziali, in particolare durante le emergenze, tre sono i punti cruciali sui quali l'OMS insiste.

Il primo riguarda l'**integrazione della salute digitale con gli strumenti attualmente in uso**, che deve essere fatta con cura e, soprattutto, in collaborazione con chi rappresenta cittadini e pazienti.

Il secondo ha a che fare con il concetto di **fiducia**. L'uso di strumenti digitali si basa sulla fiducia del pubblico nei loro confronti e pertanto le soluzioni proposte devono prendere in considerazione la privacy e la sicurezza delle persone e dei loro dati. Da qui l'invito ai governi a individuare soluzioni che permettano di gestire la proprietà, l'uso, il consenso e la protezione dei dati. Occorre a questo proposito segnalare che non va proprio in questa direzione la deregolamentazione messa in atto negli USA sull'uso dei sistemi per videoconferenza, su cui anche diversi scienziati americani iniziano a interrogarsi, perché potrebbe potenzialmente mettere a rischio la privacy del paziente laddove tali sistemi non garantiscono una codifica e una criptazione della comunicazione/conversazione.

Il terzo punto riguarda il **"digital divide"**. Non tutti i gruppi sociali sono ugualmente in grado di sfruttare il potenziale delle tecnologie digitali per combattere il virus. In Europa, per esempio, l'accesso da parte delle famiglie a Internet varia dal 74% all'87%, con importanti disomogeneità all'interno dei singoli Paesi e tra gruppi di popolazione. L'invito è quindi quello di lavorare a livello nazionale affinché il divario tecnologico non si aggiunga, nella popolazione, al divario sociale ed economico.

A questi punti se ne potrebbero aggiungere altri. Per esempio il timore, espresso da medici e scienziati, che le nuove tecnologie (indipendentemente dalla tipologia), quando applicate alla cura e alla assistenza dei pazienti, possano abbassare il livello della qualità dei servizi erogati e **compromettere la relazione medico-paziente**. Non è un caso quindi che dal mondo scientifico inizi a sollevarsi la richiesta di approfittare di questo periodo di ampia diffusione di sistemi di telemedicina per attivare studi clinici al fine di studiare il loro impatto sul rapporto medico-paziente, sulla pratica clinica e sulla qualità delle cure ed ottenere importanti e utili informazioni per decidere se (e in quali circostanze) continuare a utilizzare questi sistemi anche una volta che la pandemia sarà terminata.

### Bibliografia

1. Santoro E. Information technology and digital health a supporto della salute ai tempi della CoViD-19. *Recenti Prog Med* 2020; 111(7-8): 1-5
2. Keesara S, Jonas A, Schulman K. Covid-19 and Health Care's Digital Revolution. *N Engl J Med*. 2020;382(23):e82. doi:10.1056/NEJMp2005835
3. Webster P. Virtual health care in the era of COVID-19. *Lancet*. 2020;395(10231):1180-1181. doi:10.1016/S0140-6736(20)30818-7
4. Hollander JE, Carr BG. Virtually Perfect? Telemedicine for Covid-19. *N Engl J Med*. 2020;382(18):1679-1681. doi:10.1056/NEJMp2003539
5. Shachar C, Engel J, Elwyn G. Implications for Telehealth in a Postpandemic Future: Regulatory and Privacy Issues [published online ahead of print, 2020 May 18]. *JAMA*. 2020;10.1001/jama.2020.7943. doi:10.1001/jama.2020.7943

**CORRIERE DELLA SERA / DIABETE**

SALUTE

## Le donne diabetiche corrono maggiori rischi degli uomini?

Le donne con il diabete sono colpite da infarto tanto quanto gli uomini anche prima della menopausa perché perdono la protezione fornita dagli ormoni fin dall'età fertile

di Valeria Manicardi



(Getty Images)

*Un'amica mi ha detto che noi donne con diabete corriamo di più il rischio di ammalarci di cuore perché ci curiamo meno degli uomini. Ma dalle malattie di cuore non dovrebbero comunque proteggerci gli ormoni?*

**Risponde Valeria Manicardi, Coordinatore Diabetologia, provincia di Reggio Emilia.**

Il diabete è il più importante fattore di rischio di mortalità per le malattie cardiovascolari, e il rischio di morte per malattia cardiaca nella donna diabetica è tre-cinque volte più alto rispetto alla donna non diabetica. Contrariamente a quello che lei sembra pensare, le donne con il diabete sono colpite da infarto tanto quanto gli uomini anche prima della menopausa perché perdono la protezione fornita dagli ormoni fin dall'età fertile. Quindi le donne diabetiche hanno da sempre «pari opportunità», rispetto ai maschi, di incorrere in infarto miocardico. Negli ultimi 25



anni la mortalità per malattie di cuore e circolatorie è scesa nella popolazione generale ma non nei diabetici e nelle donne diabetiche è anzi aumentata del 10 per cento.

### **Controllo peggiore**

Ma perché le donne che soffrono di diabete beneficiano meno della riduzione degli eventi cardiovascolari? Dalla letteratura scientifica sappiamo che le donne diabetiche hanno il 50 per cento in più di rischio di incorrere in eventi cardiovascolari fatali rispetto agli uomini e che sono spesso sotto trattate con statine, aspirina, e farmaci per la pressione. L'AMD (Associazione medici diabetologi) ha condotto uno studio su 415 mila diabetici di tipo 2, (ovvero con diabete mellito non insulino dipendente) e precisamente su 185 mila donne e 230 mila uomini, seguiti nei centri per il diabete del Servizio sanitario. Le donne sono risultate più obese, più anziane e con durata media maggiore del diabete, ma soprattutto con peggior compenso metabolico del diabete. Solo il 41 per cento delle donne diabetiche, contro il 45,5 degli uomini, ha un'emoglobina glicata (che misura la media delle glicemie negli ultimi tre mesi) inferiore al 7 per cento e una maggior quota di donne rispetto agli uomini (29,1 per cento contro 26,9) supera l'8 per cento (ricordiamo che il valore ottimale per un diabetico è inferiore a 7%, mentre il valore normale è compreso fra il 4 e il 5-6%). Quando poi si parla di terapia, in Italia non c'è un sotto-trattamento delle donne, che vengono curate di più con terapia insulinica, oppure combinata, il che significa che si tenta di ottenere il risultato desiderato di buon compenso metabolico con la terapia più intensiva.

### **Hanno colesterolo più elevato e sono sovrappeso**

Per quanto riguarda il controllo della pressione non sono invece emerse differenze di genere nel raggiungimento dei valori ottimali, ma le donne assumono più farmaci rispetto agli uomini per raggiungere gli stessi obiettivi. Le donne diabetiche tipo 2 hanno poi un peggior profilo lipidico con valori di LDL colesterolo (il colesterolo «cattivo») più elevati fin dalla diagnosi di diabete. La percentuale di donne che raggiunge i livelli desiderabili per l'LDL è significativamente inferiore rispetto ai maschi e la forbice aumenta con l'età. E ottenere bassi livelli di colesterolo Ldl (inferiore a 100mg/dl) aiuta a prevenire gli eventi cardiovascolari maggiori quali infarto miocardico e ictus cerebrale. In sintesi, i dati degli Annali AMD, analizzati per genere, mostrano che le donne italiane con diabete di tipo 2 hanno un profilo di rischio cardiovascolare peggiore fin dalla diagnosi; hanno un minor controllo del diabete, nonostante siano più trattate con insulina da sola o combinata con altri farmaci; hanno un colesterolo più elevato, nonostante il medesimo trattamento con statine, e sono in sovrappeso.

**Diversa efficacia dei farmaci nei due sessi**

Le differenze nel raggiungimento degli obiettivi terapeutici evidenziano differenze biologiche e una diversa efficacia dei farmaci nei due sessi, che richiedono nuovi studi e approfondimenti. La ricerca degli ultimi 30 anni infatti è stata fortemente sbilanciata per genere e occorre recuperare un equilibrio. Per ora, per superare il gap nel raggiungimento degli obiettivi, occorre trattare intensivamente tutti i fattori di rischio cardiovascolare, verificare che le terapie siano assunte con regolarità e intensificare nelle donne gli interventi sullo stile di vita. Le donne devono imparare a volersi bene: tendono a trascurare se stesse disattendendo la terapia, le indicazioni sullo stile di vita e saltando i controlli clinici a causa del grande impegno nella gestione della famiglia spesso associata a un'attività lavorativa.

11 luglio 2020 (modifica il 11 luglio 2020 | 16:54)

© RIPRODUZIONE RISERVATA