

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1702

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

GRILLINI, BELLILLO, TURCI, TURCO

Disciplina dell'eutanasia e del testamento biologico

Presentata il 26 settembre 2006

ONOREVOLI COLLEGHE E ONOREVOLI COLLEGGHI! — La questione del testamento biologico e quella dell'eutanasia si ripropongono sistematicamente all'attenzione dell'opinione pubblica ogni qual volta esse vengono sollevate nei drammatici appelli di persone che si trovano in condizioni che esse stesse ritengono inumane e insostenibili e che sono costrette a sopportare per la mancanza di una normativa adeguata all'attuale sviluppo della tecnologia medica, in Italia, come del resto anche in molti altri Paesi.

La presente proposta di legge, redatta tenendo nella dovuta considerazione la normativa introdotta di recente in alcuni Paesi europei dopo approfondite discussioni e dibattiti e già ivi applicata da qualche anno, intende prendere atto del profondo pluralismo di valori, sensibilità e opinioni presente e profondamente radicato, in questa come in analoghe materie, anche nella nostra società. La normativa proposta, senza imporre a nessuno, e tanto meno al personale sanitario, di mettere in atto

comportamenti che possano comportare un conflitto con la propria coscienza individuale, intende invece consentire a ciascun individuo di far valere la propria volontà, le proprie scelte di vita, i propri principi etici, filosofici o religiosi, la propria visione del mondo, la propria libertà e responsabilità individuali, in materie che, più di qualunque altra, devono, ad avviso del proponente, essere riconosciute come rientranti nella sfera di riservato dominio dell'individuo sugli argomenti che più intimamente e direttamente lo riguardano.

Si propone quindi, anzitutto, che sia riconosciuto a ciascun individuo il diritto di formulare in anticipo la propria volontà, e si stabilisce che questa volontà venga rispettata nella stessa misura in cui già oggi essa deve essere rispettata se e finché lo stesso individuo è capace di intendere e di volere e gli viene richiesto di prestare l'indispensabile consenso informato a qualunque pratica sanitaria si renda necessaria o opportuna.

Nelle nostre società pluralistiche non è infatti possibile pretendere di imporre indiscriminatamente a ciascuno, in una materia che addirittura determina la sua esistenza in vita e la qualità della sua esistenza in vita, scelte che siano la conseguenza di principi, valori e concezioni dell'esistenza derivanti da opzioni religiose, che ogni individuo ha tutto il diritto di non condividere e di rifiutare ovunque sia tutelata la libertà religiosa e di coscienza. Ma non sarebbe neppure accettabile che la soluzione indiscriminatamente imposta agli individui fosse il risultato di maldestri e inammissibili compromessi, di natura alla fine soltanto politica, quali eventuali mediazioni che venissero stabilite in sede parlamentare fra le opzioni fatte proprie dalla religione dominante e alcune diverse sensibilità e scelte di valori di cui la politica intendesse o meno, a suo arbitrio, farsi portavoce. Qualunque scelta della politica che, in questo campo, pretenda di imporsi in modo uniforme sull'esistenza di tutti i consociati non potrebbe che essere vissuta e subita da un alto numero di diretti interessati come un'imposizione violenta, moralmente inaccettabile nella sua tracotanza, e anche particolarmente abietta perché esercitata su persone del tutto prive della possibilità di far valere la propria diversa volontà e di impedire che le scelte della politica sulla loro vita si sostituiscano alle loro scelte personali. Tanto più che, da molti anni ormai, ripetuti studi e sondaggi di opinione hanno largamente dimostrato che, se proprio si volesse (illecitamente) adottare una soluzione uniforme per tutti, per rispettare il volere della maggioranza essa dovrebbe semmai imporre un ricorso alla pratica dell'eutanasia, anche attiva, molto più generalizzato di quello che qualunque progetto di legge in materia possa mai pensare di proporre.

Non è infatti possibile, nelle nostre società, stabilire, con una scelta politica uniforme per tutti, quale pratica medica sia da considerare « accanimento terapeutico » e quale no, quale soglia di dolore, fisico o psicologico, debba considerarsi « accettabile » indiscriminatamente per tutti e indipendentemente da scelte indi-

viduali e dalle ancora insondabili diverse percezioni determinate dalle diverse caratteristiche psicofisiche di ciascuno; non è, soprattutto, più possibile stabilire con una decisione politica valida per tutti quale sia il punto in cui il dolore fisico, il venir meno della speranza in condizioni di vita accettabili, l'estinguersi della possibilità di mantenere forme significanti di relazione sociale, o della lucidità mentale individuale, siano da considerare tali da rendere la sopravvivenza biologica imposta a un individuo nient'altro che una gratuita, ingiustificabile, feroce e spietata forma di tortura.

Del resto, salvo il caso di morti improvvise, l'attuale livello di sviluppo della tecnologia medica rende, e ancora più renderà in futuro, sempre più spesso insensato parlare di « morte naturale ». Oggi la tecnica rende infatti possibile, e sempre più lo renderà in futuro, prolungare a tempo indeterminato la nominale sopravvivenza biologica di persone che, fino a pochi anni fa, in mancanza di tali forme di ausilio artificiale, non si sarebbero mai trovate nelle condizioni oggetto delle controversie cui questa ed altre analoghe proposte intendono dare una risposta. Se l'attuale tecnologia medica consente scelte un tempo impensabili e amplia in tal modo la sfera di quel che ci è possibile fare, essa richiede anche che tale aumentata libertà di scelta messa a nostra disposizione risponda a consapevoli, responsabili, individuali decisioni umane.

La presente proposta di legge intende precisamente mettere nelle mani degli interessati la libertà e la responsabilità delle nuove scelte rese oggi possibili dalla tecnologia, anziché lasciarle « confiscare » dai decisori politici o abbandonarle alle casuali propensioni individuali del personale sanitario o dei componenti di comitati etici ospedalieri. Essa risponde al principio che non si possono « mettere le mani addosso » a nessuno, neppure con le migliori intenzioni, senza il suo consenso e senza il concorso consapevole della sua volontà o, addirittura, in aperto contrasto con la sua espressa volontà individuale.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

(Dovere informativo del medico).

1. Ogni persona capace di intendere e di volere che debba essere sottoposta a un trattamento sanitario ha il diritto di essere messa a conoscenza, in modo completo e comprensibile, di tutte le informazioni disponibili circa il proprio stato di salute e le modalità con cui affrontare le condizioni patologiche che la affliggono, in particolare in riferimento alla diagnosi, alla prognosi, alla natura, ai benefici e ai rischi delle procedure diagnostiche e terapeutiche suggerite dal medico nonché alle possibili alternative e alle conseguenze del rifiuto del trattamento sanitario.

2. Salvo il caso in cui la persona rifiuti espressamente di ricevere le informazioni previste dal comma 1, anche tramite decisione contenuta in precedente dichiarazione di volontà resa ai sensi dell'articolo 2, l'obbligo del medico di informare sussiste anche quando particolari condizioni consiglino l'adozione di cautele nel comunicare le informazioni stesse.

3. Salvo espresso consenso del paziente, il medico non può riferire a terzi le informazioni rese ai sensi del comma 1.

ART. 2.

(Consenso informato).

1. Ogni persona capace di intendere e di volere maggiore di anni sedici ha il diritto di scegliere, autonomamente e liberamente, se accettare o rifiutare i trattamenti sanitari considerati dai medici appropriati in relazione alle sue condizioni attuali e quelli la cui applicazione appare prevedibile in considerazione dei possibili sviluppi della patologia. La di-

chiarazione di volontà può essere formulata e restare valida e vincolante per i medici curanti anche per il periodo successivo alla perdita della capacità naturale ovvero della facoltà di comunicare. Le volontà espresse nella dichiarazione, compreso il rifiuto, devono essere rispettate dai sanitari, anche qualora ne derivi un pericolo per la salute o per la vita del paziente ed esentano gli stessi sanitari da ogni responsabilità, anche in deroga a quanto diversamente stabilito dalle disposizioni di legge vigenti prima della data di entrata in vigore della presente legge. Il consenso al trattamento può essere sempre revocato dal paziente, anche solo parzialmente.

2. In caso di ricovero ospedaliero la dichiarazione di volontà di cui al comma 1 può essere fatta dal paziente in qualsiasi momento e deve essere annotata nella sua cartella clinica. La dichiarazione deve essere sottoscritta dal paziente alla presenza di due testimoni da lui scelti ed è vincolante per i sanitari. Dell'avvenuta ricezione è rilasciata ricevuta scritta al paziente, ai testimoni e all'eventuale fiduciario nominato ai sensi dell'articolo 4.

3. Ogni trattamento sanitario somministrato senza che siano state fornite al paziente le informazioni di cui all'articolo 1 ovvero in assenza o in contrasto con la dichiarazione di volontà resa ai sensi del presente articolo è perseguibile in sede civile e penale.

ART. 3.

(Testamento biologico).

1. Ogni persona maggiorenne capace di intendere e di volere ha la facoltà di redigere un testamento biologico, che resta valido e vincolante per i medici curanti anche in caso di successiva perdita della capacità naturale o della facoltà di comunicare, contenente l'individuazione dei trattamenti sanitari cui acconsente o non acconsente di essere sottoposta.

2. Il testamento biologico, in particolare, può contenere la volontà espressa della persona:

a) di rifiutare qualsiasi forma di rianimazione o di prolungamento dell'esistenza dipendente da apparecchiature, o alcune forme di rianimazione specifiche e definite, o di non essere sottoposta ad alcun trattamento terapeutico;

b) di non essere sottoposta all'alimentazione o all'idratazione artificiali o per mano di terzi;

c) di poter fruire, in caso di sofferenze anche psicologiche ritenute personalmente inaccettabili, degli opportuni trattamenti analgesici, anche qualora gli stessi possano provocare una riduzione della propria aspettativa di vita;

d) di rifiutare specifici trattamenti, anche quando le condizioni di salute non sono definite critiche e di optare invece per trattamenti alternativi;

e) di consentire la partecipazione in studi clinici di medicina critica in caso di incapacità di dare il proprio consenso informato;

f) di consentire il prelievo di organi o tessuti per donazione, tutti quelli contemplati e considerati appropriati dall'*équipe* medica, ovvero organi definiti e specificati, in caso di morte cerebrale documentata.

3. In caso di ricovero ospedaliero, il paziente può in qualsiasi momento chiedere che il suo testamento biologico nonché l'indicazione dell'eventuale fiduciario nominato ai sensi dell'articolo 4, siano allegati alla sua cartella clinica; da tale momento, essi diventano vincolanti per i sanitari. Dell'avvenuta ricezione è rilasciata ricevuta scritta al paziente e all'eventuale fiduciario.

4. In caso di perdita della capacità naturale o della facoltà di comunicare, il testamento biologico può altresì essere allegato alla cartella clinica del paziente, su richiesta del fiduciario nominato ai sensi dell'articolo 4, di parenti del paziente, delle associazioni di cui all'articolo

11, comma 1, ovvero di chiunque sia in possesso di copia del testamento stesso. Dell'avvenuta ricezione è rilasciata ricevuta scritta ai soggetti di cui al presente comma.

5. In ogni caso in cui la persona da sottoporre al trattamento sanitario non sia in condizione di accordare o di rifiutare il proprio consenso, si ha riguardo alla volontà espressa nel testamento biologico e, in subordine, a quella manifestata dal fiduciario nominato ai sensi dell'articolo 4.

6. Il mancato rispetto delle volontà contenute nel testamento biologico, nonché di quelle espresse dal fiduciario nominato ai sensi dell'articolo 4, è perseguibile in sede civile e penale.

7. Il testamento biologico nonché la nomina del fiduciario di cui all'articolo 4 sono redatti nelle forme previste dal codice civile per i testamenti, ovvero, in caso di loro redazione in corso di ricovero ospedaliero, con le modalità indicate al comma 2 dell'articolo 2. Le medesime forme e modalità si applicano anche per il loro rinnovo, modifica o revoca, che possono avvenire in qualunque momento. In caso di più testamenti biologici divergenti, prevale quello avente data certa posteriore.

8. Il medico che provoca o agevola la morte di una persona che versa nelle condizioni di cui all'articolo 5 non è punibile se la richiesta di procedere in tale senso è stata formulata nel testamento biologico quando la persona era pienamente capace di intendere e di volere.

ART. 4.

(Nomina del fiduciario).

1. Il testamento biologico di cui all'articolo 3 può contenere l'indicazione di una persona di fiducia alla quale sono attribuite la titolarità, in caso di incapacità dell'interessato, dei diritti e delle facoltà che allo stesso competono ai sensi della presente legge nonché la tutela del rispetto da parte dei sanitari delle direttive espresse dallo stesso interessato.

2. Il fiduciario può altresì essere nominato mediante una apposita dichiarazione resa con le modalità di cui all'articolo 2, comma 2, o nelle forme previste dall'articolo 3, comma 7, anche in assenza di testamento biologico.

3. Il fiduciario agisce in conformità alle volontà del paziente, indicando anche l'eventuale luogo di cura da questi scelto, situato in Italia o all'estero.

ART. 5.

(Disposizioni generali in materia di eutanasia).

1. Ogni persona che versa in condizioni terminali ai sensi dell'articolo 7 o che è affetta da una patologia gravemente invalidante, irreversibile e con prognosi infuata, ha diritto di porre termine alla propria esistenza mediante l'assistenza di un medico.

ART. 6.

(Condizioni e procedure per l'eutanasia attiva).

1. Il medico curante che pratica l'eutanasia attiva non è punibile se presta la propria opera alle condizioni e con le procedure stabilite dalla presente legge e se ha accertato, con i mezzi medico-scientifici esistenti, che:

a) il paziente è maggiorenne e capace di intendere e di volere al momento della richiesta;

b) la richiesta è stata formulata in maniera volontaria, è stata ben ponderata e ripetuta e non è il risultato di una pressione esterna;

c) il paziente versa nelle condizioni di cui all'articolo 5 e le sue sofferenze fisiche o psichiche sono persistenti, insopportabili e tali da non poter essere alleviate da ulteriori trattamenti terapeutici.

2. Senza pregiudizio per le terapie che comunque vorrà mettere a disposizione del paziente, il medico curante è tenuto, in ogni caso e prima di procedere all'eutanasia, a:

a) informare il paziente sulla sua situazione clinica e sulle prospettive di vita; chiedere conferma al paziente della sua richiesta di eutanasia e informarlo in maniera documentata sulle possibilità terapeutiche ancora attuabili e sui trattamenti palliativi, nonché sulle loro conseguenze;

b) dialogare con il paziente al fine di condividere con lui la convinzione che non vi sia altra soluzione ragionevole per la sua patologia, nonché accertare che la richiesta dello stesso paziente sia volontaria e oggetto di una decisione esclusivamente personale;

c) accertare che perduri lo stato di sofferenza fisica o psichica del paziente e che lo stesso sia ancora intenzionato a chiedere l'eutanasia. A tale fine, il medico curante avvia una serie di colloqui periodici in modo da poter osservare e valutare l'evoluzione delle condizioni psico-fisiche del paziente;

d) consultare un altro medico, di seguito denominato « consulente », ai fini della conferma del carattere grave e incurabile della patologia, informandolo del motivo della consulenza. Il consulente prende visione della cartella clinica, visita il paziente e valuta se le sue sofferenze fisiche o psichiche siano persistenti, insopportabili e tali da non poter essere alleviate da ulteriori trattamenti terapeutici. Al termine dell'esame redige un rapporto nel quale espone le sue considerazioni sul caso. Il consulente non deve avere avviato alcun contatto precedente con il paziente, neanche di tipo personale, deve assicurare la propria indipendenza di giudizio nei confronti del medico curante e deve essere competente rispetto alla patologia esaminata. Il medico curante informa il paziente sull'esito della consulenza;

e) consultare e tenere conto delle considerazioni dell'*équipe* sanitaria, ove presente, in merito alla richiesta di eutanasia avanzata dal paziente;

f) informare della richiesta di eutanasia, su espressa volontà del paziente, i familiari e le persone di fiducia indicate dallo stesso paziente;

g) garantire al paziente la possibilità di consultarsi con le persone da lui indicate in merito alla richiesta di eutanasia.

3. La richiesta di eutanasia del paziente deve risultare da una dichiarazione scritta, redatta, datata e firmata personalmente. Se il paziente non è in grado di compilare tale dichiarazione, può affidare l'incarico a persona di sua fiducia, purché maggiorenne, che non abbia alcun interesse materiale rispetto al decesso. Il soggetto incaricato è tenuto a riportare, nella dichiarazione, che il paziente non è in grado di scrivere personalmente la sua richiesta di eutanasia, indicandone le ragioni. In tale caso, la richiesta è redatta per iscritto in presenza del medico curante, le cui generalità sono riportate dall'incaricato nella dichiarazione, che è allegata alla cartella clinica del paziente.

4. Il paziente può revocare la sua richiesta di eutanasia in ogni momento. In tale caso, la dichiarazione di cui al comma 3 è ritirata dalla cartella clinica e riconsegnata al paziente.

5. La dichiarazione scritta del paziente, la documentazione relativa alla procedura seguita dal medico curante con i relativi risultati, nonché il rapporto redatto dal medico o dai medici consulenti ai sensi del comma 2, lettera d), sono allegati alla cartella clinica del paziente.

6. La non punibilità di cui al comma 1 si estende alle altre persone che hanno fornito i mezzi per l'eutanasia e a chiunque ha collaborato all'intervento sotto la direzione del medico curante.

ART. 7.

(Eutanasia passiva. Interruzione delle terapie di sostenimento vitale).

1. Anche ai fini dell'articolo 5, una persona versa in condizioni terminali quando si trova in uno stato patologico incurabile cagionato da lesioni o da malattia e dal quale, secondo cognizione medico-scientifica, consegue la inevitabilità della morte, il cui momento sarebbe soltanto ritardato ove si facesse ricorso a terapie di sostenimento vitale utilizzando tecniche meramente rianimative nonché apparecchiature meccaniche o artifici per sostenere, riattivare o sostituire una funzione vitale naturale.

2. L'accertamento delle condizioni terminali del paziente che abbia perduto la capacità naturale o la facoltà di comunicare è effettuato da un medico competente nelle tecniche di rianimazione su concorde parere del primario anestesiolego. Il medico che ha effettuato l'accertamento ne comunica i risultati alle persone che sono legittimate a proporre opposizione, di cui al comma 3, e che sono agevolmente reperibili. Se non è accertata alcuna opposizione, e se il paziente non ha espresso personalmente e consapevolmente, nel testamento biologico di cui all'articolo 3, il consenso alle terapie di sostenimento vitale di cui al comma 1, il medico dispone per iscritto l'interruzione delle medesime terapie.

3. Sono legittimati a proporre opposizione, ai sensi del comma 2, i conviventi del paziente di età non inferiore a sedici anni, nonché i suoi ascendenti e discendenti in linea diretta e i suoi parenti collaterali entro il secondo grado, di età non inferiore a quattordici anni.

4. L'accertamento delle condizioni terminali non dispensa il medico curante dal dovere di assistere il paziente. L'interruzione delle terapie di sostenimento vitale non dispensa il medico dal dovere di apprestare le cure che, senza incidere direttamente sull'esito naturale dell'infermità, sono finalizzate ad alleviarne le sofferenze.

5. Per interruzione delle terapie di sostenimento vitale si intende anche il mancato inizio delle terapie stesse.

ART. 8.

(Obiezione di coscienza).

1. Il medico che non intende partecipare alle procedure previste dagli articoli 6 e 7 deve presentare una apposita dichiarazione di obiezione di coscienza all'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri competente, entro un mese dalla data di entrata in vigore della presente legge o dalla data di inizio del servizio presso un ente in cui sono praticate le citate procedure. Il medico è altresì tenuto a comunicare la propria scelta di obiezione di coscienza al paziente che lo interpella ai fini previsti dalla presente legge.

ART. 9.

(Effetti giuridici).

1. Quando una persona muore a seguito di una delle procedure previste dagli articoli 6 e 7, ai fini civili tale evento è assimilato alla morte per cause naturali e non può essere in nessun caso considerato rottura di rapporti contrattuali o assicurativi, né produttivo di conseguenze contrattuali o assicurative sfavorevoli per la persona interessata o per i suoi familiari e aventi causa.

ART. 10.

(Registrazione).

1. Ogni atto medico finalizzato a praticare l'eutanasia attiva o l'interruzione delle terapie di sostenimento vitale deve essere registrato ai sensi di quanto disposto dall'articolo 12.

ART. 11.

(Commissione nazionale di controllo).

1. È istituita, presso il Ministero della salute, la Commissione nazionale di controllo sull'attuazione della presente legge, di seguito denominata « Commissione ». La Commissione è composta da sedici membri, nominati dal Consiglio dei ministri: otto medici chirurghi, dei quali almeno quattro professori universitari; quattro professori universitari di materie giuridiche o avvocati; quattro rappresentanti delle associazioni che si occupano delle problematiche relative alle persone affette da malattie con prognosi irreversibili e incurabili.

2. La qualità di membro della Commissione è incompatibile con il mandato parlamentare, con ogni altro mandato elettivo e con incarichi governativi statali e regionali, nonché con la qualità di membro di giunte regionali, provinciali e comunali.

3. Il presidente è eletto dalla Commissione al proprio interno.

4. Il presidente e i membri della Commissione rimangono in carica per un periodo di quattro anni e possono essere confermati una sola volta.

5. La Commissione delibera con la presenza di almeno i due terzi dei suoi membri.

6. La Commissione stabilisce un regolamento interno, che disciplina lo svolgimento delle sue attività.

7. Le spese per il funzionamento e il personale della Commissione sono poste a carico per metà dello stato di previsione del Ministero della giustizia e per metà dello stato di previsione del Ministero della salute.

ART. 12.

(Documentazione).

1. La Commissione provvede alla redazione di un documento di registrazione che deve essere compilato dai medici per

ogni intervento di eutanasia attiva o di interruzione delle terapie di sostenimento vitale. Tale documento è composto da due fascicoli.

2. Il primo fascicolo reca i dati, coperti dal segreto professionale e tutelati dalle norme del codice in materia di protezione dei dati personali, di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modificazioni, nonché delle relative disposizioni di attuazione, del medico e del paziente, dei medici consulenti, delle persone interpellate e dei fiduciari in caso di testamento biologico. Tali dati, ad eccezione di quanto previsto dal comma 4, non possono essere portati a conoscenza della Commissione. Il fascicolo è sigillato dal medico.

3. Il secondo fascicolo contiene i dati generici, clinici e psichici del paziente; la data, il luogo e l'ora del decesso; la dichiarazione scritta di volontà; la qualifica dei medici consulenti e le date delle relative consulenze; le modalità e le procedure mediche seguite prima e durante l'intervento di eutanasia attiva o di interruzione delle terapie di sostenimento vitale.

4. La Commissione riceve il documento di registrazione debitamente compilato e trasmesso dal medico. La stessa Commissione verifica, sulla base del secondo fascicolo del documento di cui al comma 3, se l'intervento di eutanasia o di interruzione delle terapie di sostenimento vitale è stato effettuato secondo le condizioni e le procedure previste dalla presente legge e, in caso di dubbio, può decidere, a maggioranza semplice, di essere portata a conoscenza dell'identità del paziente, procedendo all'apertura del fascicolo del documento di cui al comma 2.

ART. 13.

(Rapporto della Commissione).

1. La Commissione trasmette al Parlamento, ai fini dell'esame da parte dei competenti organi parlamentari, un anno dopo la data di entrata in vigore della

presente legge e, in seguito, con cadenza biennale, un rapporto sull'attuazione della presente legge, corredato dalle valutazioni della stessa Commissione.

2. Per la redazione del rapporto di cui al comma 1, la Commissione può chiedere la collaborazione di esperti nonché raccogliere tutte le informazioni utili da autorità e da istituzioni nonché da ogni altro soggetto, pubblico o privato. Le informazioni raccolte dalla Commissione sono coperte dal segreto, in particolare per quanto riguarda l'identità delle persone citate nel documento di registrazione di cui all'articolo 12, comma 2.

3. La Commissione può trasmettere le informazioni statistiche contenute nel rapporto di cui al presente articolo, ad eccezione dei dati aventi carattere personale, agli istituti universitari, scientifici e di ricerca pubblici che ne facciano richiesta motivata.

ART. 14.

(Disposizioni finali).

1. Chiunque partecipa, a qualsiasi titolo, all'attuazione delle norme della presente legge, è tenuto al rispetto della riservatezza dei dati di cui viene a conoscenza nell'esercizio dei suoi compiti. In caso di violazione del segreto si applicano le pene previste dall'articolo 326 del codice penale.

PAGINA BIANCA

€ 0,30



15PDL0016570