

Torino, 12 novembre 2007

Oggetto: Richiesta di sostanziali modifiche al disegno di legge di delega al Governo, predisposto dal Ministero della sicurezza sociale, in merito al fondo per le non autosufficienti: l'attuale stesura contiene numerose norme molto sfavorevoli per gli utenti e per i loro congiunti

Il testo (stesura del 6 novembre 2007) del disegno di legge delega al Governo recante norme relative alle persone non autosufficienti, alle politiche sociali e alla famiglia, è del tutto negativo per gli utenti (oltre un milione di persone) per i seguenti motivi.

1. Non solo non sono previsti diritti esigibili, ma non contiene nemmeno alcun specifico riferimento ai diritti esigibili attualmente in vigore

a) *Per quanto concerne gli adulti e gli anziani cronici non autosufficienti ed i malati assimilabili* (ad esempio le persone colpite da demenza senile) nel testo non si richiama il diritto alle cure sanitarie gratuite durante la fase acuta, nonché a quelle socio-sanitarie dovute senza alcuna interruzione e senza limiti di durata nel periodo di cronicità. Detti diritti, inizialmente riconosciuti dalla legge 692/1955, sono stati confermati dall'articolo 54 della legge 289/2002 che ha attribuito valore di legge al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 sui livelli essenziali di assistenza sanitaria. In dette norme è altresì precisato che, per quanto concerne le cure socio-sanitarie residenziali, il ricoverato presso le Rsa deve corrispondere la quota alberghiera (il cui importo non può essere superiore al 50% dell'intera retta) con riferimento esclusivo in base ai decreti legislativi 109/1998 e 130/2000 alle sue personali risorse economiche.

Nella bozza del disegno di legge delega non solo non si fa alcun cenno ai diritti esigibili di cui sopra, ma è prevista una sostanziale revisione delle prestazioni rivolte agli anziani cronici non autosufficienti. Inoltre, poiché dette prestazioni vengono condizionate alle risorse disponibili, vengono di fatto cancellati gli attuali diritti;

b) *in merito alle persone colpite da handicap invalidanti e con limitata o nulla autonomia* nulla viene detto circa l'obbligo dei Comuni, sancito dagli ancora vigenti articoli 154 e 155 del regio decreto 773/1931, di provvedere al loro ricovero nei casi in cui non dispongano dei mezzi necessari per vivere. Detto obbligo, già sancito dal regio decreto 6535 del 1889, è stato integrato da alcune Regioni e Comuni prevedendo la priorità delle prestazioni domiciliari.

2. Considerata l'estrema importanza delle problematiche inserite nel testo in esame, appare inopportuna e molto pericolosa la delega al Governo

Il testo in esame prevede la delega al Governo per decisioni molto numerose e di fondamentale importanza per la salute ed il benessere degli utenti e delle loro famiglie. Inoltre i criteri direttivi della delega sono assai generici per cui al Governo sarebbe conferita anche un'ampia discrezionalità, oltretutto contrastante con l'articolo 76 della Costituzione.

La delega infatti riguarda le seguenti funzioni:

- definizione della non autosufficienza di minori, adulti e anziani colpiti da patologie invalidanti o da handicap gravi, nonché dei relativi criteri, modalità e strumenti di accertamento e valutazione;
- definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, addirittura con la possibilità da parte del Governo di modificare le

norme vigenti sui Lea (Livelli essenziali di assistenza sanitaria) attualmente stabiliti come diritti esigibili;

- la definizione delle modalità della presa in carico delle persone non autosufficienti;
- la predisposizione di piani individualizzati riguardanti non solo i percorsi sanitari e socio-assistenziali, ma anche quelli concernenti l'istruzione scolastica, professionale e il lavoro;
- la definizione dei costi attribuiti al Servizio sanitario nazionale e ai Comuni, nonché le relative ripercussioni sugli oneri a carico degli utenti, dei loro coniugi e dei loro parenti in linea retta di primo grado;
- l'individuazione degli standard quantitativi e qualitativi delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, anche per quanto concerne l'autorizzazione e l'accreditamento dei servizi e delle strutture;
- le modalità di compensazione tra Regioni ed Enti locali per i casi di cambiamento della residenza anagrafica del soggetto non autosufficiente;
- la priorità di accesso alle prestazioni;
- la definizione delle forme di accompagnamento, supporto e partnernariato finalizzate ad una maggiore uniformità nel sistema di protezione e di cura delle persone non autosufficienti;
- la revisione delle modalità di calcolo dell'indicatore Isee;
- la definizione di soglie concernenti le contribuzioni economiche da parte degli utenti, dei coniugi e dei parenti in linea retta di primo grado;
- l'individuazione delle modalità di valutazione della progettazione e attuazione dei servizi per le persone non autosufficienti;
- le modalità di partecipazione nella valutazione degli interventi da parte delle organizzazioni sociali maggiormente rappresentative e delle associazioni di tutela dei cittadini non autosufficienti.

3. Omissioni che rendono in gran parte il disegno di legge privo di sbocchi operativi

Nel disegno di legge in oggetto sono omesse – fatto gravissimo – alcune questioni fondamentali che lo rendono in gran parte irrealizzabile. Dette dimenticanze riguardano i seguenti aspetti:

- per promuovere le cure domiciliari occorre la collaborazione dei nuclei familiari di appartenenza dei soggetti non autosufficienti, tenendo conto che le leggi attuali non consentono di imporre a detti nuclei funzioni che sono attribuite alle competenze del Servizio sanitario nazionale e dei Comuni. Detta collaborazione non dovrebbe comportare oneri a carico dei congiunti. Trattandosi di una forma di volontariato, questo Coordinamento ritiene necessaria la garanzia del rimborso, se del caso forfetario, delle spese vive sostenute dai congiunti, ma di competenza del Servizio sanitario nazionale e dei Comuni. Occorre, inoltre, che la priorità delle prestazioni domiciliari venga riconosciuta come diritto esigibile;
- l'esperienza ormai quarantennale dimostra che, per la permanenza a domicilio dei soggetti con handicap intellettuale non in grado a causa della gravità delle loro condizioni di poter svolgere alcuna attività lavorativa retribuita, occorre predisporre centri diurni aventi al massimo 20 posti, aperti almeno 40 ore settimanali con frequenza e trasporti gratuiti per i soggetti che hanno quali unici introiti la pensione da fame (una vergogna per il Parlamento ed il Governo!) di 253,00 euro mensili e l'assegno di accompagnamento di euro 457,00 (15 euro al giorno anche per coloro che abbisognano di essere assistiti 24 ore su 24, vestiti, lavati, puliti e spesso imboccati);
- analoghe strutture semiresidenziali sono indispensabili per consentire la permanenza a domicilio delle persone colpite da demenza senile;
- i finanziamenti da predisporre per l'istituzione e gestione delle strutture carenti in quasi tutte le zone del nostro Paese e riguardanti:
 - a) i sopra ricordati centri diurni per soggetti con handicap;
 - b) le comunità alloggio per i soggetti con handicap e limitata o nulla autonomia;
 - c) le analoghe strutture per le persone con gravi disturbi psichiatrici;

d) le Rsa, Residenze sanitarie assistenziali, per gli anziani colpiti da patologie invalidanti e da non autosufficienza.

4. Sono ignorate le profonde differenze fra le persone malate croniche ed i soggetti con gravi handicap

L'impostazione del disegno di legge non tiene in alcuna considerazione le profonde differenze esistenti fra gli anziani colpiti da malattie così gravi da determinare anche la non autosufficienza, la cui competenza ad intervenire spetta al Servizio sanitario nazionale, e le persone (minori e adulti) con handicap invalidanti di natura fisica o psichica o sensoriale o intellettiva o relazionale, le cui funzioni assistenziali sono attribuite dalle leggi vigenti ai Comuni.

Ricordiamo inoltre che, com'è stato precisato anche dall'Organizzazione mondiale della sanità (cfr. il volume *Classificazione internazionale del funzionamento e della disabilità*, edito nel 2002 da Erickson), «malattia e disabilità sono costrutti distinti». La stessa precisazione è stata fatta dalla Corte europea di giustizia nella sentenza dell'11 luglio 2006.

Mentre per gli adulti e gli anziani malati cronici non autosufficienti (compresi quelli affetti dal morbo di Alzheimer o da altre forme di demenza senile) la loro esistenza è sempre, salvo si tratti di errata diagnosi, orientata verso l'aggravamento delle condizioni di salute, la minore autonomia e la morte, è estremamente allarmante, soprattutto per i bambini ed i ragazzi con handicap anche gravissimo, prevedere la certificazione della loro non autosufficienza.

È assurdo stabilire percorsi incentrati sulla perdita di autonomia delle persone con handicap, soprattutto se si tratta di minorenni; occorre invece che tutte le iniziative praticabili, se necessario a partire dalla nascita, siano fondate sullo sviluppo e sulla valorizzazione delle capacità. Vi sono esperienze riguardanti i soggetti con handicap estremamente gravi che con opportune misure sociali (prestazioni sanitarie e sociali, attività riabilitative e socializzanti, frequenza degli asili nido, delle scuole materne, dell'obbligo e superiori, collocamento mirato, abbattimento delle barriere architettoniche, ecc.), hanno consentito loro di diventare parte attiva della società e, in molti casi, di svolgere un'attività lavorativa proficua. È quindi assai inquietante che nella bozza, invece di fare riferimento allo sviluppo delle abilità personali, venga istituita una commissione per l'accertamento della non autosufficienza, che addirittura dovrebbe operare nel settore dei minori di qualsiasi età.

Anche numerosi esponenti di organizzazioni sociali (cfr. l'allegata lettera aperta ai Ministri Paolo Ferrero e Livia Turco "Una giusta legge sulla non autosufficienza") rilevano «la necessità di tenere distinta la normativa per le persone non autosufficienti da quella riguardante le persone disabili con handicap di varia natura».

5. L'organizzazione delle cure sanitarie dovrebbe tener presente la rilevante frequenza delle patologie acute da cui sono colpiti i malati cronici

Nel capitolo "Anziani non autosufficienti" del recente documento "Prestazioni residenziali e semiresidenziali", la Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza del Ministero della salute ha giustamente rilevato che «un paziente anziano affetto da una patologia cronica invalidante non potrà essere definito stabile in senso assoluto» e che «le strutture residenziali devono essere in grado di affrontare la relativa instabilità clinica connessa alla patologia, o polipatologia, che accompagna le condizioni di non autosufficienza nell'anziano, nonché problematiche intercorrenti, anche acute, gestibili in ambiente extra-ospedaliero». In detto documento viene altresì affermato che sussistono «condizioni di cronicità che impongono significativi e continui trattamenti di natura sanitaria, anche per il supporto alle funzioni vitali (respirazione, nutrizione), nelle quali il gradiente assistenziale globale richiesto può risultare ancora superiore a quello di alcune prestazioni di ricovero in condizioni di acuzie».

Ad avviso del Csa occorre quindi che l'organizzazione delle cure sanitarie nelle strutture residenziali sia tale da essere in grado di curare anche le situazioni acute al fine di limitare, in tutta la misura del possibile, i trasferimenti dei pazienti dalle Rsa agli ospedali e di evitare ai pazienti

stessi i conseguenti traumi derivanti dal cambiamento dell'ambiente e del personale di cura e assistenza.

D'altra parte anche le cure sanitarie domiciliari dovrebbero essere organizzate in modo da provvedere alle esigenze dei pazienti acuti e cronici, come opera dal 1985 il servizio di ospedalizzazione a domicilio dell'ospedale Molinette di Torino.

Dunque la creazione del fondo per le non autosufficienze dovrebbe essere disposta in modo da non determinare una illogica separazione del comparto delle cure sanitarie per i malati cronici dal settore delle cure per i pazienti acuti per quanto riguarda le prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali, separazione che comporta inoltre rilevanti spese aggiuntive soprattutto per il Servizio sanitario nazionale.

6. Anche le persone non autosufficienti hanno diritto all'apporto dei medici specialisti

Secondo il disegno di legge in oggetto l'accertamento della condizione di non autosufficienza delle persone colpite da patologie o da handicap invalidanti di natura fisica, psichica, sensoriale, cognitiva o relazionale è affidato alle *«Unità di valutazione multidisciplinare in cui è assicurata la partecipazione, tra gli altri, del medico di medicina generale della persona non autosufficiente, di personale sanitario dell'area infermieristica e riabilitativa e delle figure socio-assistenziali dei Comuni»*. Detta Commissione deve inoltre accertare il livello di gravità e predisporre il *«piano personalizzato di assistenza»*.

Tenuto conto delle profonde differenze delle esigenze degli adulti e degli anziani malati rispetto ai bisogni dei soggetti con handicap e delle numerose e positive esperienze in atto, si chiede che per i primi siano confermate le Unità valutative geriatriche e per i secondi le Unità valutative handicap anche quali *«punti unici di accesso»* ai servizi.

7. Viene abrogata una legge non più in vigore da anni

È sorprendente che nel testo in esame sia prevista *«l'abrogazione dell'articolo 1 della legge 3 dicembre 1931 n. 1580»* in quanto le relative norme non sono sicuramente più in vigore a seguito dell'approvazione dell'articolo 25 della legge 328/2000 e dei decreti legislativi 109/1998 e 130/2000. Al riguardo va precisato che:

- l'articolo 25 della legge 328/2000 stabilisce quanto segue: *«Ai fini dell'accesso ai servizi disciplinati dalla presente legge, la verifica della condizione economica del richiedente è effettuata secondo le disposizioni previste dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, come modificato dal decreto legislativo 3 maggio 2000, n. 130»*;
- tutte le sentenze della Corte di Cassazione, comprese quelle emanate dopo il 2000, riguardano fatti avvenuti prima dell'entrata in vigore della legge 328/2000;
- le sentenze emanate per questioni relative al periodo successivo all'entrata in vigore della legge 328/2000 e cioè dopo il 1° gennaio 2001 non fanno mai riferimento alla legge 1580/1931, ma solo alla 328/2000 e ai sopra citati decreti legislativi 109/1998 e 130/2000. Si vedano le sentenze del Giudice di Pace di Bologna n. 359/2006 depositata in Cancelleria il 12 ottobre 2006 e la n. 42/2007 del 6 dicembre 2006 della Sezione di Catania del Tar della Sicilia e le ordinanze assunte dal Tar della Toscana in data 6 settembre 2007, n. 733/2000 e dal Tar delle Marche il 18 settembre 2007, n. 521/2007.

Anche se detti provvedimenti riguardano soggetti con handicap in situazione di gravità, il riferimento alle personali risorse economiche dell'interessato si applica agli ultrasessantacinquenni non autosufficienti in quanto identiche sono le condizioni giuridiche, com'è previsto dai richiamati decreti legislativi 109/1998 e 130/2000.

8. Prevista una nuova "tassa" per i familiari delle persone non autosufficienti

Nei sopra indicati provvedimenti dell'autorità giudiziaria, viene confermato, come previsto dall'articolo 25 della legge 328/2000 e dai decreti legislativi 109/1998 e 130/2000, che gli assistiti,

se con handicap in condizione di gravità o se ultrasessantacinquenni non autosufficienti, devono contribuire alle spese di ricovero esclusivamente sulla base delle loro personali risorse economiche, senza alcun onere per i congiunti compresi quelli conviventi con l'assistito.

Invece, nella bozza del Ministero della solidarietà sociale, viene stabilito che *«limitatamente alla fase di graduale raggiungimento dei livelli essenziali [5 - 10 - 20 anni? n.d.r.] e per le sole prestazioni residenziali non rivolte a persone in condizione di non autosufficienza particolarmente grave (...) nella determinazione dei criteri di compartecipazione al costo delle prestazioni»* possano essere rilevate *«le condizioni economiche del coniuge e dei soli parenti in linea retta di primo grado [genitori e figli, n.d.r.], entro limiti definiti rispetto al loro reddito, ai loro carichi familiari e alle quote di compartecipazione richiesta»*.

Ne consegue che potranno essere pretesi contributi ai figli, conviventi o non conviventi, per le prestazioni fornite ai loro genitori non autosufficienti, mentre alle madri e ai padri potrà essere richiesto di contribuire ai costi sostenuti dagli enti pubblici per i loro figli non autosufficienti, siano essi conviventi o meno.

Si ricorda che, proprio a causa degli oneri economici scaricati sulle famiglie, nel documento "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ufficio del Ministro per la solidarietà sociale, Roma, ottobre 2000, era stato precisato che *«nel corso del 1999, 2 milioni di famiglie italiane sono scese sotto la soglia della povertà a fronte del carico di spese sostenute per la "cura" di un componente affetto da una malattia cronica»*.

Questa situazione, che si è attenuata notevolmente nelle zone in cui sono stati attuati i decreti legislativi 109/1998 e 130/2000, o è stata risolta come si è verificato in Piemonte per i congiunti degli ultrasessantacinquenni non autosufficienti e in gran parte per i soggetti con handicap in situazione di gravità, rischia di aggravarsi se verranno approvate le disposizioni contenute nel disegno di legge delega al Governo.

Inoltre, è molto preoccupante che nel testo in oggetto sia prevista *«la revisione delle modalità di calcolo dell'indicatore Isee relativamente alle componenti economiche»*, stabilendo in tal modo che le norme dell'Isee (Indicatore della situazione economica equivalente) non saranno più identiche per tutte le attività sociali in cui è richiesta la contribuzione da parte dell'utenza, con il rischio che alle persone non autosufficienti siano imposte condizioni più sfavorevoli rispetto a coloro che utilizzano gli altri servizi sociali e socio-assistenziali.

PROPOSTE

1. Occorre un disegno di legge e non una delega al Governo

Come abbiamo rilevato, in una materia così delicata per le persone non autosufficienti ed i loro familiari e con evidenti problemi di costituzionalità, non è accettabile la delega al Governo tenuto conto delle competenze delle Regioni in assistenza sanitaria e socio-assistenziale, nonché del fatto che i principi ed i criteri direttivi delle funzioni delegate contenuti nel testo in oggetto sono molto generici e quindi è estremamente estesa la discrezionalità con la quale il Governo potrebbe definire le molteplici e complesse questioni riguardanti più di un milione di persone e le relative famiglie.

Inoltre, nel testo in esame sono stati omessi aspetti fondamentali (cfr. il punto 3) tali da non consentire l'attuazione di numerose e basilari prestazioni per le persone non autosufficienti.

È quindi necessario predisporre disegni di legge specifici per ciascuno dei problemi di cui si è in grado di mettere a disposizione i relativi finanziamenti, anche allo scopo di consentire a tutte le persone e organizzazioni interessate di poterne valutare i contenuti mano a mano che i testi verranno esaminati dai due rami del Parlamento.

2. Non cancellare i vigenti diritti esigibili

Si chiede che nella malaugurata ipotesi che il disegno di legge in oggetto venga presentato alle Camere, non vengano cancellati o limitati i vigenti diritti esigibili, in particolare i seguenti:

- a) articolo 54 della legge 289/2002 e decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 sui Lea;
- b) articoli 154 e 155 del regio decreto 773/1931, in base ai quali i Comuni sono tuttora obbligati a provvedere al ricovero (purtroppo non alle iniziative alternative) dei soggetti totalmente inabili e privi dei mezzi necessari per vivere;
- c) articolo 25 della legge 328/2000 e decreti legislativi 109/1998 e 130/2000 secondo i quali gli assistiti, se ultrasessantacinquenni non autosufficienti o colpiti da handicap in situazione di gravità, devono corrispondere le quote a loro carico esclusivamente sulla base delle loro personali risorse economiche senza alcun onere per i congiunti conviventi o non conviventi.

3. Adeguare i finanziamenti del Servizio sanitario nazionale e del settore socio-assistenziale

Premesso che, com'è evidente, gli adulti e gli anziani cronici non autosufficienti ed i soggetti colpiti dal morbo di Alzheimer o da altre forme di demenza senile sono persone malate (vi sono in Piemonte una decina di Asl che gestiscono Rsa), che hanno quindi la necessità e il diritto di essere curate dalla sanità, occorrerebbe verificare se gli attuali stanziamenti destinati al Servizio sanitario nazionale sono sufficienti o meno, oppure se le somme assegnate sono dirottate ad altre attività sanitarie ritenute più interessanti.

Occorre inoltre adeguare i finanziamenti relativi al settore socio-assistenziale, senza però che vengano considerate di competenza dell'assistenza le funzioni attualmente svolte dalla sanità.

Si segnala che la Giunta della Regione Piemonte, con la delibera del 23 luglio 2007 n. 37-6500, ha stanziato 5 milioni di euro annuali per rimborsare ai Comuni l'importo sostenuto per l'integrazione delle rette alberghiere non corrisposte interamente dagli anziani malati cronici non autosufficienti sulla base delle loro personali risorse economiche.

Si può dunque ritenere che con i 200 milioni stanziati per il 2008 dal fondo per le non autosufficienze possano essere fornite ai Comuni le risorse occorrenti per l'integrazione delle rette riguardanti non solo gli anziani non autosufficienti ed i dementi senili degenti presso le Rsa, ma anche i soggetti con handicap in situazione di gravità.

A questo riguardo è assai preoccupante che il Ministero della solidarietà sociale non abbia finora comunicato l'importo versato dai Comuni (o almeno quelli più importanti) a titolo di integrazione delle rette di loro spettanza, in modo da predisporre stanziamenti adeguati agli effettivi oneri sostenuti dai Comuni.

Ancora più allarmante sarebbe se il Ministero non avesse nemmeno provveduto a raccogliere questi dati, poiché in tal caso avrebbe avanzato richieste di finanziamento senza possedere i relativi indispensabili elementi di conoscenza.

4. Fondo per le non autosufficienze

Il finanziamento di cui al comma 1264 della legge finanziaria 2007 potrebbe essere disposto, come ha fatto la Regione Piemonte con la sopra citata delibera del 23 luglio 2007, per rimborsare le spese sostenute dai Comuni in applicazione delle norme vigenti in materia di contribuzioni economiche.

A questo riguardo sarebbe opportuno che, tenuto anche conto che il comma 1264 si riferisce al fondo per le non autosufficienze, il finanziamento fosse suddiviso in due sezioni:

- sezione A per gli adulti e gli anziani malati cronici non autosufficienti;
- sezione B per i soggetti **maggiorescenti** colpiti da handicap gravissimi e non autosufficienti.

5. Altri indispensabili provvedimenti legislativi

Allo scopo di evitare che le disposizioni contenute nel disegno di legge di delega del Governo sulle persone non autosufficienti siano un'altra scatola vuota (lo sono la legge 104/1992 sull'handicap

con la sola esclusione delle norme relative ai permessi di lavoro e la legge 328/2000 sull'assistenza), ad avviso di questo Coordinamento occorre che siano approvate, se necessario con una programmata gradualità, leggi che stabiliscano diritti esigibili per i soggetti in difficoltà e prevedano i necessari stanziamenti non solo per le attività gestionali, ma anche per gli occorrenti investimenti.

Riteniamo quindi indispensabili leggi per:

- l'attivazione e lo sviluppo delle cure sanitarie e socio-sanitarie domiciliari per i malati acuti e cronici, nonché delle iniziative rivolte alla "vita indipendente";
- il riconoscimento del volontariato intrafamiliare, stabilendo anche il principio del rimborso delle spese vive sostenute da congiunti e conviventi;
- l'istituzione obbligatoria dell'affidamento familiare di minori, di soggetti con handicap, di adulti e di anziani con limitata o nulla autonomia. Dette attività sono state deliberate dal Comune di Torino il 14 settembre 1976;
- la costruzione e il finanziamento di centri diurni specifici funzionanti per almeno 40 ore settimanali quale supporto indispensabile per la permanenza a domicilio in particolare di:
 - a) ultradiciottenni colpiti da handicap intellettuale grave e gravissimo, impossibilitati a svolgere qualsiasi attività lavorativa proficua e necessitanti di assistenza continua;
 - b) persone affette dal morbo di Alzheimer o da altre forme di demenza senile;
 - c) soggetti con gravi patologie psichiatriche;
- la costruzione di residenze sanitarie assistenziali per la cura e l'assistenza degli anziani cronici non autosufficienti con la presenza di nuclei per le persone colpite da demenza senile, approvando se del caso un provvedimento analogo alla legge 11 marzo 1988 n. 67 (finanziaria 1988) in base alla quale vennero realizzati 140mila posti letto per anziani non autosufficienti.

Allegati: testo del disegno di legge delega al Governo e lettera aperta ai Ministri Paolo Ferrero e Livia Turco "Una giusta legge sulla non autosufficienza"