

Torino, 8 luglio 2022

## **APPELLO PER UN'AZIONE COMUNE SUL TESTO DI LEGGE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA, ATTUALMENTE ALL'ESAME DELLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI.**

*Dobbiamo agire subito.*

*Per non perdere i diritti esigibili garantiti oggi dalle leggi vigenti agli anziani malati cronici non autosufficienti.*

*Per garantire il diritto esigibile alle cure domiciliari di lunga durata, che deve assicurarci l'Asl di residenza, se diventiamo non autosufficienti e dipendenti in tutto dall'aiuto degli altri a causa di patologie croniche invalidanti, demenza, malattia di Alzheimer.*

Ci rivolgiamo a tutti i cittadini perché, da soli o attraverso le loro organizzazioni politiche, sociali e religiose, intervengano per difendere il diritto alla tutela della salute degli anziani malati non autosufficienti, a partire dal riconoscimento dei diritti già vigenti, affinché la strage causata dalla pandemia da Coronavirus non sia stata vana e siano approvati i provvedimenti necessari per la riforma delle prestazioni sanitarie domiciliari e residenziali per migliorare le cure ai malati non autosufficienti.

L'iniziativa nasce dalla constatazione che le proposte di legge per la non autosufficienza, attualmente all'esame della Presidenza del Consiglio dei Ministri, prevedono invece l'espulsione degli anziani malati non autosufficienti dalla competenza del Servizio sanitario nel momento in cui, superata la fase acuta, hanno l'esigenza di avere garantite in continuità terapeutica le cure di lunga durata (Ltc), oggi previste come prestazioni esigibili dalle norme vigenti (articoli 1 e 2, legge 833/1978 e dpcm 12 gennaio 2017, prestazioni Lea).

### **Cosa potrebbe succedere**

In base al solo criterio dell'età anagrafica gli anziani malati cronici non autosufficienti con necessità di cure di lunga durata (Ltc) sono estromessi dal comparto sanitario con la perdita del diritto soggettivo universalistico alla tutela della salute senza limiti di durata, previsto dalle norme vigenti sopra citate.

Dal comparto sanitario, che ha obblighi di cura nei confronti del 100% dei malati, di qualunque età e malattia, sono trasferiti (scaricati?) a quello del socio-assistenziale, che interviene solo sul 2-3% della popolazione, quella povera, non prevede diritti esigibili, ma interessi legittimi e compatibilmente con le risorse disponibili.

In sintesi, il testo predisposto dal gruppo di lavoro Turco/Orlando, prevede che la sanità copre solo il costo del personale sanitario e solo per le risorse (limitate) che finiscono in un fondo unico gestito dagli enti

locali. Pertanto le prestazioni previste sono erogate in base all'Isee e compatibilmente con le risorse disponibili. Tutto quello che è previsto sarà erogato «entro i limiti e i termini definiti dalla programmazione» e non in base al reale fabbisogno dei cittadini <sup>1</sup>.

La proposta della Commissione Paglia, istituita dal Ministro Roberto Speranza è, di fatto un ritorno alle “mutue” con la previsione di tassazione per dipendenti privati e autonomi, ed inoltre – in sintonia con quella formulata dal Network Non Autosufficienza – si prospetta l’istituzione di un “Sistema nazionale di assistenza per gli anziani”, non sottoposto alla titolarità del Sistema sanitario nazionale: un terzo pilastro, un silos, dove far confluire risorse dell’Inps (Indennità di accompagnamento), delle polizze assicurative e del welfare aziendale.

Ai meno abbienti, privi della tutela del Servizio sanitario e di coperture assicurative e/o mutualistiche varie, provvederanno i servizi socio-assistenziali sulla base della “prova dei mezzi” (Isee) in palese violazione del principio di eguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio sanitario.

## **Che cosa chiediamo alla Presidenza del Consiglio dei Ministri, al Governo e al Parlamento**

1. La legge delega deve:

- riconoscere che la non autosufficienza degli anziani è un problema di carenza di salute conseguente alla presenza di pluripatologie croniche invalidanti, per cui la titolarità delle prestazioni deve restare in capo al Servizio sanitario quale unico ente titolare del diritto alle cure per il cittadino anziano malato e non autosufficiente, così come per ogni altra persona che versi nelle medesime condizioni <sup>2</sup>;
- confermare pertanto il pieno e, quando necessario, immediato diritto esigibile alle cure sanitarie e socio-sanitarie già previste dalle norme vigenti, che devono essere esplicitate nel testo: dalle norme costituzionali alle leggi vigenti (articoli 3, 23 e 32 della Costituzione, legge 833/1978, 38/2010 e 24/2017<sup>3</sup>) e il dpcm del 12 gennaio 2017, aggiornamento dei Lea ai sensi del decreto legislativo 502/1992.

---

<sup>1</sup> Si veda l'articolo di Maria Grazia Breda “Perché va fermata la legge sulla non autosufficienza”, Prospettive 217/2022, consultabile sul sito [www.fondazionepromozionesociale.it](http://www.fondazionepromozionesociale.it).

<sup>2</sup> Si vedano gli articoli dell'Accademia di Medicina dell'Università di Torino “Torino, l'Accademia di Medicina sulle cure ai malati cronici non autosufficienti” *Prospettive* 216/2021, nonché delle Società di geriatria del Piemonte e Valle d'Aosta “La non autosufficienza dell'anziano è un problema di salute” *Prospettive* 217/2022, consultabili sul sito [www.fondazionepromozionesociale.it](http://www.fondazionepromozionesociale.it)

<sup>3</sup> **L'articolo 2 della legge 833/1978** stabilisce che il Servizio sanitario nazionale deve assicurare «*la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata*» e deve altresì provvedere «*alla tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione*». Ne consegue che il Servizio sanitario deve curare tutte le persone malate siano esse giovani o adulte o anziane, colpite da patologie acute o croniche, guaribili o inguaribili, autosufficienti o non autosufficienti, ricchi o poveri.

**In base all'articolo 1 della sopra citata legge 833/1978**, il Servizio sanitario deve operare «*senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio*» sanitario. Ne consegue che violano sicuramente la Costituzione e le leggi vigenti gli ospedali e le case di cura pubbliche e private che dimettono anziani malati cronici non autosufficienti, appena risolte le patologie acute che avevano determinato il ricovero o al termine del prefissato periodo per la riabilitazione. In base alle norme sopra richiamate il Servizio sanitario è obbligato a garantire la continuità terapeutica fino all'inserimento in convenzione del malato non autosufficienti o al rientro al domicilio, previa presa in carico dell'Asl di residenza e se necessario l'attivazione delle prestazioni domiciliari, nel caso vi siano congiunti volontariamente disponibili.

Si ricorda che **ai sensi dell'articolo 23** della Costituzione «*nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge*». Lo Stato, come sopra richiamato, ha posto in capo al servizio sanitario l'obbligo delle cure e non ai familiari.

**La legge n. 38/2010** “Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”, riguarda anche i malati cronici non autosufficienti ricoverati nelle Rsa, dove non ci risulta che sia attuata come dovrebbe la terapia del dolore, né tanto meno praticate le cure palliative nella fase terminale.

**L'articolo 1 della legge 8 marzo 2017, n. 24** “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”, precisa che «*la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività*», che «*si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso alla erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative*» e che «*alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale*».

Ricordiamo che i Lea sono diritti esigibili e le prestazioni corrispondenti non possono essere condizionate/negate per una eventuale dichiarata carenza di risorse (Corte costituzionale, sentenza 62/2020) <sup>4</sup>.

## 2. Inserire nella legge delega:

- il riconoscimento concreto del diritto alle prestazioni sanitarie domiciliari<sup>5</sup>, comprensive di un contributo economico per assicurare la tutela della salute e le cure di lunga durata di cui necessitano gli assistiti 24 ore su 24 e per 365 giorni all'anno. Detto contributo deve essere erogato in tutti i casi in cui i congiunti o terze persone siano volontariamente disponibili a garantire una presenza attiva a sostegno delle persone non autosufficienti a causa di patologie gravemente invalidanti. L'Asl di competenza dovrebbe pertanto predisporre un progetto individualizzato di cure – comprensivo del suddetto contributo economico, se la prestazione è alternativa al ricovero in Rsa – concordando i contenuti e le modalità di attuazione e verifica del piano con il malato non autosufficiente (di ogni età) o con la persona che lo rappresenta giuridicamente<sup>6</sup>.
- Il diritto alla frequenza di centri diurni per i malati di Alzheimer o altre forme di demenza, sia per assicurare programmi di mantenimento dei livelli di autonomia attraverso prestazioni riabilitative, sanitarie e socio-sanitarie, sia di supporto ai nuclei familiari, per ritardare il più possibile l'eventuale ricovero.
- La riforma radicale dell'organizzazione delle Rsa, affinché siano riconosciute a pieno titolo come strutture del Servizio sanitario nazionale. Chiediamo norme che prevedano: la presenza in tutte le Rsa di un Direttore sanitario, di medici, infermieri e personale socio-sanitario, che operino secondo i principi del lavoro di gruppo facente capo per le funzioni dirigenziali al Direttore sanitario, assicurando una presenza medica nelle 24 ore prestazioni riabilitative, terapie del dolore e le cure palliative ai sensi della legge 38/2010; aumento degli standard del personale con verifica dei contratti e della regolarità dei versamenti, tabelloni o registri visibili con il numero, la qualifica, la collocazione del personale in servizio per il controllo da parte dei famigliari/rappresentanti legali dei ricoverati, forte incentivo all'apertura alla cittadinanza e garanzie di accesso e relazione tra utenti e familiari/conoscenti/rappresentanti legali.
- Restituire alle Unità di valutazione comunque denominate (Unità di valutazione geriatrica, Unità di valutazione multidimensionale, Unità di valutazione multidisciplinare, ecc.) la loro funzione originale di presa in carico e di definizione dei bisogni della persona malata e, sulla base delle necessità rilevate, di predisporre il progetto individualizzato di cura assicurando l'accesso immediato, quando necessario, alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie in continuità terapeutica, senza interruzione delle cure e senza tempi di attesa. Oggi le Unità di valutazione sono essenzialmente dei controllori di spesa che limitano l'accesso

---

<sup>4</sup> Si veda l'articolo di Francesco Pallante "Appunto sul diritto costituzionale alla salute dei malati non autosufficienti", Prospettive assistenziali. 214/2021, consultabile sul sito [www.fondazionepromozionesociale.it](http://www.fondazionepromozionesociale.it).

<sup>5</sup> All'interno delle prestazioni domiciliari sanitarie e socio-sanitarie, ovvero di «tutela della salute» (articolo 32 della Costituzione), vanno riconosciute anche quelle prestate da soggetti cosiddetti «informali», familiari e/o assistenti familiari regolarmente assunti, volontari... che riguardano l'idratazione e l'alimentazione (spesso imboccamento), la mobilitazione, il monitoraggio delle condizioni cliniche generali del malato, la somministrazione e il controllo dell'assunzione della terapia. Si tratta di prestazioni eseguite sotto indicazione medica o infermieristica che riguardano la tutela della salute della persona non autosufficiente, che attualmente sono fuori dai Livelli essenziali delle prestazioni domiciliari (articolo 22 dei Lea) e che invece vengono riconosciute a pieno titolo sanitarie e socio-sanitarie nei ricoveri residenziali per gli stessi pazienti.

Le prestazioni domiciliari sanitarie e socio-sanitarie non devono limitarsi a quelle «professionali» dell'attuale Adi (Assistenza domiciliare integrata) o Adp (Assistenza domiciliare programmata), comunque a totale carico sanitario. Esse sono infatti esigue per quantità (una media di 18 ore all'anno – Fonte: Ministero della Salute) e inappropriate per qualità (il malato cronico non autosufficiente ha necessità del soddisfacimento delle esigenze succitate, per corrispondere alle quali è obbligatoria una prestazione continuativa nell'arco delle 24 ore).

<sup>6</sup> Si veda l'articolo: «Ingiustizia è lasciare sole le famiglie». Dialogo con la professoressa Alessandra Pioggia sul diritto di malati e persone con disabilità non autosufficienti alle prestazioni domiciliari che tutelino appieno le loro esigenze di salute. *Prospettive*, n. 216, 2021 consultabile sul sito [www.fondazionepromozionesociale.it](http://www.fondazionepromozionesociale.it).

alle prestazioni a seconda della dotazione di budget, con valutazioni sociali inattendibili scientificamente perché esclusivamente funzionali al risparmio economico.

## **Respingiamo insieme la grave forma di ageismo istituzionale in atto che discrimina gli anziani malati cronici non autosufficienti.**

L'impiego di termini come "anziano non autosufficiente con riferimento al paziente anziano affetto da demenza o da altre patologie croniche irreversibili, rientra nel concetto di "ageismo". La forma più grave è l'ageismo istituzionale, che si configura quando si mettono in atto discriminazioni all'accesso alle cure sanitarie e socio.-sanitarie con procedure sulla base del mero criterio anagrafico. Anche il mantenimento di un Servizio sanitario non in linea con la demografia attuale e dunque con le reali esigenze della popolazione anziana, rientra nell'ageismo istituzionale.

Per questo oggi è importante l'impegno di un'azione comune, nella consapevolezza che ciascuno di noi o un nostro familiare potrebbe trovarsi, anche d'improvviso, malato cronico e non autosufficiente. E' adesso che possiamo agire per garantirci il diritto alle cure del Servizio sanitario nel momento di maggior dipendenza.

Se difendiamo i nostri diritti, difendiamo anche quelli di chi già oggi non è autosufficiente e non più in grado di farlo da sé, che magari è ricoverato in Rsa non idonee e paga rette private esose perché non ha ottenuto la convenzione a cui ha diritto, oppure è a casa senza alcun aiuto da parte del servizio sanitario.

Anche per chi è sopravvissuto al Coronavirus, oltre che per chi è morto a causa delle gravi carenze di prestazioni sanitarie, il nostro impegno può avere un senso etico e civile nel ripristinare il rispetto, da parte delle istituzioni preposte, dei diritti sanciti dalle norme vigenti a tutela della salute di tutti, senza discriminazioni per malattia o per età o per condizione economica o sociale.

Alle forze politiche rappresentate nel Governo e al Parlamento chiediamo di esplicitare e sostenere, attraverso i loro rappresentanti, queste istanze di rispetto del diritto fondamentale alla salute di tutti i malati non autosufficienti.

*Fondazione promozione sociale onlus/Ets*

\*\*\*

## **Le risorse ci sono e devono esser stanziare obbligatoriamente**

Numerose sono le sentenze della Corte costituzionale a conferma dell'esigibilità delle prestazioni rientranti nei Lea. Richiamiamo tra le altre la sentenza della Corte costituzionale n. 62/2020, ripresa dalla successiva sentenza n. 157/2020, che stabilisce che «*l'effettività del diritto alla salute è assicurata dal finanziamento e dalla corretta ed efficace erogazione della prestazione, di guisa che il finanziamento stesso costituisce condizione necessaria ma non sufficiente del corretto adempimento del precetto costituzionale. Nei sensi precisati deve essere letta l'affermazione secondo cui "una volta normativamente identificato, il nucleo invalicabile di garanzie minime per rendere effettivo il diritto [fondamentale] non può essere finanziariamente condizionato in termini assoluti e generali [...]. È la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione" (sentenza n. 275 del 2016)*» con la precisazione che «*mentre di regola la garanzia delle prestazioni sociali deve fare i conti con la disponibilità delle risorse pubbliche, dimensionando il livello della prestazione attraverso una ponderazione in termini di sostenibilità economica, tale ponderazione non può riguardare la dimensione finanziaria e attuativa dei LEA, la cui necessaria compatibilità con le risorse è già fissata attraverso la loro determinazione in sede normativa*».

## **Fermo restando il nodo irrisolto dell'evasione e dell'elusione fiscale, richiamiamo di seguito alcuni esempi recenti di spreco o non utilizzo appropriato delle risorse**

Avvenire, 21/09/2021

### **“L’alto costo sociale delle attività illegali. Tassa occulta dell’economia ‘incivile’”**

*Nel 2015 scoppiò lo scandalo dei Panama Papers: 11,5 milioni di documenti redatti a partire dagli anni '70 relativi a trasferimenti sui mercati offshore, cioè non regolamentati, di capitali provenienti da diversi Paesi: quanti di questi capitali nascosti al fisco provenivano da attività lecite, quanti da attività illecite? Il fatto è che sono tutti confluiti nell'illecito dell'evasione fiscale. L'economia sommersa, gigantesca e capace di influire sulle economie legittime ovunque nel mondo, sa eludere la sorveglianza di singoli Stati o di gruppi di Stati poiché opera sempre su un livello sovranazionale. Continuerà a esistere sinché non vi sarà la possibilità di perseguirla con strumenti giuridici dotati della stessa agilità internazionale di cui essa gode. O finché non prevarrà ovunque il senso della responsabilità di ciascuno di fronte alla collettività: perché l'economia è civile solo se sono civili coloro che la gestiscono.*

Corriere della sera, 19/10/2021

### **“Le truffe dei «furbetti». Sottratti alle casse dello Stato 15 miliardi in due anni”**

*Nel periodo di pandemia da Covid 19, anche quando il Paese era praticamente fermo, c'è chi è riuscito a frodare lo Stato. Le cifre contenute nell'ultimo rapporto della Guardia di Finanza su sprechi e truffe nella spesa pubblica sono da record: in totale sono stati sottratti 15 miliardi di euro, il danno erariale causato dai dipendenti della pubblica amministrazione ammonta a 8 miliardi di euro.*

Volerelaluna.it, 28/12/2021

### **“Il comunismo fiscale dei più ricchi”**

*Nel 1948 la Costituzione stabilisce che «il sistema tributario è informato a criteri di progressività» (art. 53). Il che significa che la percentuale di tasse da pagare sale con l'aumentare della capacità contributiva. Nel 1974 entra finalmente in vigore la riforma fiscale in applicazione dell'art. 53 della Costituzione, fissando 32 scaglioni e stabilendo l'aliquota più elevata al*

*72% per la parte di reddito superiore a 500 milioni di lire. Quella cifra, aggiornata sulla base del coefficiente ISTAT, oggi corrisponderebbe a 3.668.000 euro. Pare evidente che la cifra si riferisce a pochissimi super ricchi, i quali probabilmente hanno pensato che non fosse giusto trovarsi in questa ristretta cerchia di privilegiati (...)*

*(...) in questi giorni Governo e Parlamento stanno approvando la nuova riforma fiscale che prevede per il 2022 di ridurre gli scaglioni a 4, mantenere l'aliquota più elevata al 43% applicata a partire da 50.000 euro. In questo modo nella classe dei più ricchi rientreranno tutti i contribuenti con redditi superiori a 50.000 euro.*

La Repubblica, 22/06/2022

### **“Il lato oscuro dei bonus edilizi, le truffe superano i cinque miliardi”**

*Per intendersi: sono tre volte i finanziamenti straordinari pensati per la sanità, nell'epoca del post covid. Poco meno di quanto si immagina di spendere per il reddito di cittadinanza nel 2022, sei volte di più dei nuovi finanziamenti alle imprese, più di quanto è stato destinato per gli ammortizzatori sociali. Come una piccola finanziaria, insomma, che potrebbe cambiare il destino di migliaia di famiglie italiane. È invece la cifra di una truffa. Anzi, sono 5,64 miliardi di euro di truffe che, secondo l'ultima ricognizione della Guardia di Finanza e dell'Agenzia delle entrate, sono state accertate sul sistema dei bonus edilizi. Quello che avrebbe dovuto - e in parte lo ha fatto - rilanciare l'economia. E che invece si è trasformato in un pericoloso cratere per i conti pubblici. Denunciato dal governo Draghi nei mesi scorsi. E confermato dalle indagini delle procure italiane.*

Corriere della Sera, 23/06/2022

### **“Così abbiamo smascherato oltre 29mila falsi poveri con il reddito di cittadinanza” Intervista al il Comandante generale della Guardia di Finanza Giuseppe Zafarana**

*Le indagini più recenti confermano l'interesse della criminalità per gli aiuti destinati a famiglie e imprese. Emblematico l'esempio dei bonus fiscali: la possibilità illimitata di circolazione dei*

crediti prevista dalla normativa emergenziale è stata strumentalizzata per scopi illeciti, inducendo il legislatore a intervenire per contrastare il fenomeno. Tra la fine del 2021 e l'inizio del 2022, di concerto con l'Agenzia delle entrate, abbiamo scoperto frodi per oltre 5,6 miliardi di euro e sequestrato crediti inesistenti per 2,5 miliardi.

(...) Dall'inizio del 2021, i controlli sul reddito di cittadinanza hanno portato alla denuncia di oltre 29.000 soggetti, per illeciti che, tra somme indebitamente percepite e illecitamente richieste ma non ancora erogate, assommano a circa 290 milioni di euro.

Corriere della Sera, 29/06/2022

**“Superbonus 110%, stop alla proroga. Finora già spesi oltre 33 miliardi”**

*Il governo avrebbe escluso qualsiasi ipotesi di prorogare le misure del Superbonus, la detrazione*

*al 110% per i lavori di efficientamento energetico sugli immobili. La ragione che avrebbe portato allo stop della misura è l'impossibilità di sostenere finanziariamente l'incentivo introdotto nel 2020 per volontà del M5S. I costi del Superbonus sono stati riepilogati nelle settimane scorse dall'Ufficio parlamentare di Bilancio: il governo per il solo Superbonus del 110% ha stanziato finora 33,3 miliardi di euro. La fetta principale della spesa (circa 32,5 miliardi) è attesa entro il 2027. Nel frattempo l'Enea ha segnalato che dal monitoraggio al 31 maggio scorso risultano ammessi alle agevolazione lavori che comportano già un costo per lo Stato di 33,7 miliardi.*

*(...) come ricordato al Corriere dal comandante generale della Guardia di Finanza, Giuseppe Zafarana, tra la fine del 2021 e l'inizio del 2022, le fiamme gialle e l'Agenzia delle entrate hanno scoperto frodi per oltre 5,6 miliardi e predisposto sequestri di crediti inesistenti per 2,5 miliardi.*

## **Proposte di legge per il diritto alle cure sanitarie domiciliari di lunga durata (LTC)**

Sono state presentate le seguenti proposte di legge che sostengono la necessità di garantire un contributo economico della Sanità, con accesso universalistico, così come la Sanità assicura una quota sanitaria se lo stesso malato cronico non autosufficiente è ricoverato in Rsa in convenzione (art. 30, Dpcm 12 gennaio 2017):

- Senato della Repubblica - Disegno di Legge 868 d'iniziativa del Senatore Mauro Laus. Comunicato alla Presidenza il 16 ottobre 2018 “Norme in materia di priorità delle prestazioni domiciliari per le persone non autosufficienti”

- Senato della Repubblica - Disegno di Legge 1990 d'iniziativa dei Senatori Pirro, Marco Pellegrini, Corrado, Castellone, Marinello, Mautone, Giuseppe Pisani, Trentacoste, Accoto, Botto, Romano, Vanin, Pavanelli, Croatti, Naturale, Taverna, Mollame, Angrisani, La Mura, Gaudiano, Donno, Giannuzzi, Moronese, Gallicchio e Matrisciano. Comunicato alla Presidenza il 28 ottobre 2020 “Misure dirette alla incentivazione delle cure sanitarie e socio-sanitarie domiciliari per le persone non autosufficienti”

- Camera dei Deputati — Proposta di Legge 2596 d'iniziativa della deputata Ruffino. “Disposizioni per garantire alle persone non autosufficienti l'erogazione delle prestazioni sanitarie domiciliari da parte del Servizio sanitario nazionale” Presentata il 17 luglio 2020.