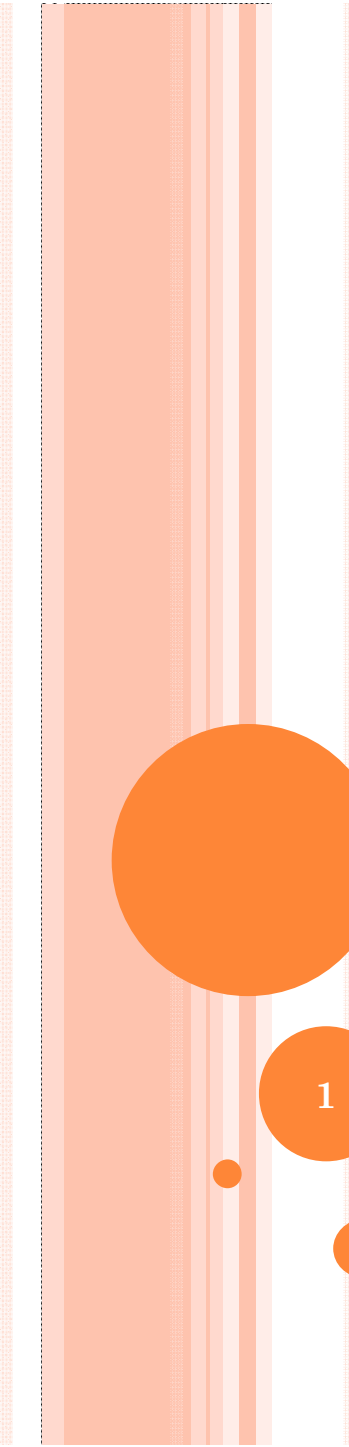




DOCUMENTO DI COMMENTO ALLA LEGGE REGIONALE N° 23 “EVOLUZIONE DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO LOMBARDO

**A CURA DEL DIPARTIMENTO
WELFARE SPI REGIONALE
LOMBARDIA”**

- Una legge che da più parti si è ritenuto necessaria in quanto la realtà stessa della demografia lombarda e delle patologie collegate viene a essere in questi anni profondamente modificata , e ancor più lo sarà negli anni che seguiranno .
- L'incremento della popolazione anziana che ormai rappresenta oltre il 20% della popolazione lombarda , l'aumento della cronicità quale vera drammatica criticità del sistema sanitario lombardo , rappresentando da sola più del 70% del bilancio regionale della sanità,il contenimento delle risorse economiche messe disposizione del sistema di cura, impone un vero cambiamento di paradigma .

- Va soprattutto modificata la visione del governo delle scelte in sanità e l'ottica con cui queste andranno a essere realizzate , non più centrate sulla malattia, ma invece sulla persona, di cui ci si dovrà prendere cura nella sua complessità sanitaria e sociale

- per anni ,come SPI e come CGIL abbiamo indicato una serie di scelte necessarie a garantire la tutela della salute e dei cittadini lombardi , scelte che per altro risultano sempre più obbligate, per noi rimane necessario individuare anche dentro questa legge di riforma gli obiettivi da raggiungere, coerentemente con quanto da noi chiesto.
- Una nostra prima richiesta è stata accolta nell'ordine del giorno approvato dal Consiglio Regionale all'unanimità ,sulla necessità di ridurre i ticket e le rette delle RSA, sul quale si è aperto il confronto il 1 settembre 2015 tra Regione e OO ss.

IL POLO DEL BAMBINO

- La legge istituisce un unico polo pediatrico milanese. Il nuovo ospedale della mamma e del bambino nasce dall'accorpamento tra Buzzi, Sacco, Fatebenefratelli e Macedonio Melloni.

- Rimane per noi invece aperta una questione strategica che è la presa in carico della persona attraverso una valutazione multidimensionale che sappia cogliere tutte le sfaccettature della complessità di una problematica per proporre una serie di soluzioni tra loro coordinate di tipo sanitario, sociosanitario e sociale e che per la necessità di avere una lettura imparziale obbligatoriamente deve rimanere in carico agli organismi pubblici ,

- Vi è poi la necessità sempre più urgente di aprire un'analisi approfondita sullo stato di salute della sanità lombarda a partire dal nostro interno ,infatti mentre i dottori discutono il paziente potrebbe collassare.
- Molti i segnali di criticità che arrivano da un sistema sempre più in difficoltà privo di una vera e chiara guida e messo in discussione nelle sue funzionalità dalla troppa burocrazia dalle troppe lobby economiche e da posizioni di rendita accumulate nel tempo e dove è il paziente a pagare sempre più spesso queste carenze.
- Inoltre gli sprechi e le inefficienze rimangono le vere note dolenti

- Per questo vanno combattute le posizioni di rendita e vanno messi fuori dal sistema quegli interessi di parte quasi tutti esclusivamente economici che tanto danno hanno fatto alla sanità lombarda partendo dalla corruzione e dal malaffare.
- I tempi troppo lunghi delle liste di attesa nel sistema pubblico non possono più essere tollerati poiché sono la causa principale per il ricorso alle cure nel privato, lasciando così il cittadino a pagare la sanità due volte con le tasse prima e di tasca propria, spesso in nero poi.
- Va finalmente normata in maniera trasparente la libera professione intramoenia negli ospedali pubblici e non vanno più subiti passivamente tutti quei sistemi surrettizi che mantengono aperti accessi facilitati ai reparti di cura ma solo dopo il pagamento di visite private.

- Sicuramente un percorso difficile quello che stiamo per intraprendere e che ci deve veder impegnati da subito, ma non iniziarlo significherebbe consegnare alla Giunta Maroni una vera cambiale in bianco sulla modifica di tutto il sistema del welfare lombardo a partire dall'assetto interno degli stessi ospedali che assumono una nuova dimensione territoriale con il passaggio a secondo pilastro delle ASST, inoltre saranno investiti di una profonda trasformazione al loro interno passando da un modello di cura per reparti e specialità a uno tarato sull'intensità della cura.

ARTICOLO 1 E ARTICOLO 2 (OGGETTO) E (PRINCIPI)

- La prima cosa che colpisce del nuovo testo di legge di riforma del servizio sanitario regionale lombardo è che con lo stesso vengono abrogate le norme del titolo due che normano il SSR , per farle confluire(articoli dal 2 al 27) in questo nuovo contenitore che si chiama **sistema socio sanitario e sociale lombardo** che ha come scopo primario mantenere la tutela della sola salute limitandosi ad integrare le attività sanitarie e socio-sanitarie correlate con quelle sociali di competenza delle autonomie locali .

- Vengono comunque salvaguardati principi cardine quali:
- il rispetto della dignità delle persone ,l'equità di accesso ai servizi, solo per quelli ricompresi nel SSR (si suppone la coesistenza nel sistema di cura di servizi sanitari e socio –sanitari non direttamente riconducibili al SSR il cui accesso sarà a pagamento da parte dell'utenza).
- Nel testo viene richiamata la libera scelta che si afferma deve essere consapevole e responsabile

- Vengono inoltre chiaramente separate le funzioni di programmazione e controllo da quelle di erogazione che passano all'articolazione territoriale del SSL , in questo caso vanno in capo alle costituenti aziende socio sanitarie territoriali (ASST)
- Viene promossa la partecipazione consapevole e responsabile dei cittadini, ma anche delle comunità locali nei confronti degli stili di vita, che viene estesa ai percorsi di prevenzione di assistenza e terapia farmacologica .

- Viene introdotto il concetto dei costi standard e la garanzia dei controlli(costi standard da definire)
- Viene riconfermato il principio della sussidiarietà orizzontale e lo si coniuga come diritto di accesso dei cittadini ai servizi, sia pubblici che privati, al tempo stesso si afferma che la sussidiarietà orizzontale genera pari diritti e pari doveri per i soggetti erogatori pubblici e privati che concorrono alla realizzazione della rete di offerta.
- Scompare così la preminenza del servizio sanitario pubblico su quello privato quale garante della continuità di cura , per altro in Lombardia questo principio è risultato negli anni molto attenuata , in palese contrasto anche con quanto affermato nel Libro bianco da Maroni che doveva essere propedeutico alla legge di riforma.

ARTICOLO 3 (FINALITÀ)

- Viene richiamato il dovere di tutela del diritto alla salute del cittadino,
- Ne deriva la garanzia di creare adeguati percorsi di prevenzione diagnosi cura, riabilitazione e il sostegno a persone e famiglie.
- Viene rimarcato l'obbligo di promuovere l'integrazione tra ciò che è sanitario con il socio sanitario e il sociale con la realizzazioni di reti di supporto che intervengono a sostegno delle famiglie nei casi di fragilità e che devono tendere al benessere di tutti i familiari soprattutto ad esempio in supporto all'assistenza di persone non autosufficienti.
- Traspare qui il modello che viene quindi proposto per la cura dei pazienti cronici e non autosufficienti dove questo ruolo è in primis affidato alle famiglie.

- Viene introdotto al comma 5 il concetto di un accesso unico e integrato anche attraverso la valutazione multidimensionale per la definizione delle prestazioni da erogare attraverso il SSL.
- Non è più ribadito che tale funzione rimanga esclusivamente pubblica , lasciando quindi ampi spazi alla gestione privata del sistema. Infatti la Regione si limita a definire le modalità di questo accesso, ossia si limita a scrivere le regole .

ARTICOLO 4

(PIANO SOCIO SANITARIO INTEGRATO LOMBARDO)

- Il Piano socio sanitario integrato lombardo viene approvato dal Consiglio regionale e diviene lo strumento unico e integrato di programmazione dei servizi del SSL.
- Il piano viene costruito tenuto conto della rete dei servizi esistente in base al quadro epidemiologico tenendo conto dei problemi emergenti.

ARTICOLO 4 BIS

PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE

- Nel Piano regionale della prevenzione vengono ripresi alcuni temi a noi cari con l'introduzione dell'art. 4 bis (medicina di iniziativa), il legislatore sembra quasi voler recuperare un difetto iniziale di impostazione e recupera i concetti di prevenzione e il Piano previsto a livello regionale ne diviene a questo punto lo strumento portante partendo dai concetti del ben-essere della persona .

ARTICOLO 5

FUNZIONI DELLA REGIONE

- La regione deve garantire l'erogazione dei LEA, esercita funzioni di programmazione ,indirizzo e controllo, il tutto compatibilmente con le risorse disponibili.
- Vengono separate le funzioni di controllo e di acquisto.
- La regione definisce inoltre i livelli di compartecipazione alle prestazioni e i criteri di accreditamento dei servizi e dei criteri per la loro contrattualizzazione .

ARTICOLO 6

ISTITUZIONE DELL'ATS

- **Sono istituite le agenzia di tutela della salute(ATS) ,** sono dotate di personalità giuridica di diritto pubblico, dotate di autonomia patrimoniale, gestionale, organizzativa ,tecnica ,amministrativa e contabile .
- Le ATS attuano la programmazione della Regione per il territorio di competenza.
- Assicurano in collaborazione con tutti i soggetti previsti l'erogazione dei LEA
- Le ATS si articolano in distretti come previsto dall'articolo 7 bis
- Compito delle ATS è anche quello di garantire l'integrazione tra le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie e quelle sociali.
- Tra le funzioni ricordiamo la contrattualizzazione degli Enti gestori , tale attività può essere estesa su richiesta degli autonomie locali anche alle attività sociali a costo zero per le ATS.

ARTICOLO 7

AZIENDE SOCIO SANITARIE TERRITORIALI E AZIENDE OSPEDALIERE

- Sono Istituite le ASST territoriali , di natura giuridica pubblica concorrono con tutti gli altri soggetti del sistema all'erogazione dei Lea
- Sono dotate di autonomia organizzativa, amministrativa, contabile, patrimoniale, gestionale e tecnica
- L'attività svolta dalle ASST è atta a garantire alla persona la continuità nella presa in carico nel proprio contesto di vita compreso il raccordo con le cure primarie.

CONTINUA PER ASST

- Le Asst riconosco la famiglia il terzo settore e le reti sociali quali componenti essenziali del sistema di sviluppo e coesione territoriale e assicurano un pieno coinvolgimento degli stessi nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni , valorizzano il pluralismo socio economico, ma non monopolistico salvaguardando così il principio della libera scelta del cittadino.
- Le ASST si articolano in due settori aziendali ,la rete territoriale e il polo ospedaliero che afferiscono direttamente alla direzione generale

CONTINUA PER ASST

- Si occupa di prevenzione inclusa la vigilanza e la tutela della salute collettiva.
- Si occupa dell'erogazione delle prestazioni distrettuali
- al settore territoriale delle ASST afferiscono i presidi ospedalieri territoriali(POT) e i presidi socio sanitari territoriali(PreSST), che vengono gestiti direttamente dalle ASST , ovvero anche mediante accordi con i soggetti erogatori.
- Le funzioni sopra elencate (tranne quelle previste dall'articolo 7 comma 2) possono essere svolte da soggetti di diritto privato.

ARTICOLO 7 BIS

- **Integra le funzioni previste nell'articolo 7 per le ASST**
- Prevede che in ogni **ATS** sia previsto un numero di distretti almeno uguale al numero delle **ASST**
- I distretti hanno di norma una popolazione non inferiore agli 80.000 abitanti e nelle aree fortemente urbanizzate possono salire fino a 120.000 , nelle aree montane o a scarsa urbanizzazione possono scendere fino a 25.000
- Una apposita articolazione è prevista per la città di Milano.

ARTICOLO 9

MODELLI DI PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CRONICI E FRAGILI

- Verranno adottati nuovi modelli organizzativi di presa in carico attraverso reti di cura e assistenza sanitaria , sociosanitaria e sociale che assicurino l'integrazione tra tutte le diverse competenze professionali coinvolte sia ospedaliera che territoriali
- La regione predispone una classificazione delle malattie croniche in classi omogenee a cui corrisponda una remunerazione omnicomprensiva delle prestazioni necessarie per la corretta gestione dell'assistito (definendo una sorta di DRG del territorio)

ARTICOLO 10

SISTEMA DELLE CURE PRIMARIE

- L'assistenza primaria viene erogata dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai medici della continuità assistenziale secondo quanto previsto dai LEA
- L'assistenza primaria comprende anche le procedure di valutazione multidimensionale che viene affidata al medico di medicina generale
articola il proprio intervento nei seguenti livelli di prestazioni:
- assistenza sanitaria primaria
- partecipazione alla presa in carico della persona fragile e cronica
- Integrazione di interventi tra sociale e sanitario in collaborazione con le assistenti sociali
-

- Si articola in forme organizzate quali:
- le AFT (aggregazioni funzionali territoriali dei medici di base) e le UCCP (unità complesse di cure primarie che prevedono oltre ai medici di base altre figure professionali sanitarie del territorio).
- Le UCCP(soggetti di natura privatistica) possono svolgere funzioni di coordinare le AFT(che hanno ugualmente natura giuridica privatistica) , svolgere inoltre funzioni sanitarie e/o amministrative quali prenotazioni, riscossione ticket , protesica e possono lavorare in integrazione funzionale con il settore ospedaliero.

ARTICOLO 11

AGENZIA DI CONTROLLO DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO LOMBARDO

- Ente di diritto pubblico con autonomia amministrativa contabile organizzativa e finanziaria
- Organi dell'agenzia sono:
- il Direttore di nomina del presidente della Giunta regionale, il collegio sindacale, il comitato di direzione
- Funziona come organismo tecnico scientifico indipendente, da programma e coordina le attività di controllo delle strutture presenti nelle ATS.
- Valuta i criteri e la corretta applicazione per la determinazione della remunerazione delle funzioni non tariffabili e delle maggiorazioni tariffarie.
- Valuta la correttezza delle procedure di acquisto dell'ARCA(Azienda regionale centrale acquisti)
- Qualora le ATS non si conformino ai criteri dei controlli ne segnala l'inadempienza alla giunta per i provvedimenti correttivi

ARTICOLO 14

AGENZIA PER LA PROMOZIONE DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO LOMBARDO

- Viene istituita un'apposita agenzia per promuovere il SSL sul territorio nazionale e internazionale al fine anche di recuperare nuove risorse economiche anche attraverso prestazioni erogate a cittadini che dispongano di un'assicurazione mutue o fondi integrativi, il tutto al fine di sviluppare la ricerca e l'innovazione.
- L'agenzia si rivolge soprattutto ai cittadini di paesi emergenti che non abbiamo in loco prestazioni specialistiche adeguate .
- Analizza anche i flussi migratori e istituisce l'osservatorio delle best- practice cliniche e dell'ottimizzazione dei processi aziendali
- Istituisce anche un osservatorio sulla soddisfazione degli utenti con all'interno rappresentanti dei parenti e delle famiglie
-

ARTICOLO 16

AZIENDA REGIONALE DELL'EMERGENZA URGENZA(AREU)

- L'AREU è un'azienda regionale di diritto pubblico , dotata di personalità giuridica pubblica , autonomia patrimoniale , organizzativa , gestionale e contabile.
- Rientra gli enti del SSR e garantisce su tutto il territorio regionale nell'ambito dei LEA lo svolgimento e il coordinamento intra-regionale e inte-regionale delle funzioni a rete relative all'indirizzo coordinamento e al monitoraggio dell'attività di urgenza extraospedaliera..
- garantisce la funzionalità del NUE (numero unico per l'emergenza 112)
- e in collaborazione con le ATS il numero unico armonico a valenza sociale per le cure mediche non urgenti (116117)

ARTICOLO 17

ORGANIZZAZIONE DEI SOGGETTI AFFERENTI AL SISTEMA SOCIO SANITARIO LOMBARDO

- La Giunta regionale di norma entro il 30 novembre antecedente l'anno di riferimento approva le regole di sistema per l'anno successivo contenenti i principi attuativi e organizzativi del SSL.
- A seguito dell'emanazione delle regole le ATS e gli altri soggetti di diritto pubblico sottopongono alla Giunta il POAS , che ha valenza triennale ma è rivedibile annualmente , la Giunta può chiedere modifiche o variazioni , di norma è approvato nei successivi 60 giorno parte integrante del POAS è il piano assunzioni.
- Nel POAS sono contenuti i modelli organizzativi e le regole e le strategie che le ATS adottano per l'ottimizzazione del loro funzionamento.

ARTICOLO 19

SPERIMENTAZIONI GESTIONALI

- continuano le sperimentazioni gestionali tra soggetti pubblici e privati con le finalità di migliorare il SSL.
- Le linee di indirizzo che verranno adottate dovranno essere rispettose dei seguenti criteri:
- forme giuridiche stabilite (fondazioni, associazioni in partecipazione, società miste, soggetti di diritto privato selezionati con procedura di evidenza pubblica)
- alla sperimentazione si applicano le regole dell'accreditamento
- le sperimentazioni possono riguardare tutte le attività sanitarie, sociosanitarie e sociali (per ammodernamento delle strutture e utilizzo dei modelli organizzativi)
- sono autorizzate dalla Giunta Regionale e hanno durata massima quinquennale con una sola proroga di uguale misura.
- Alla fine della sperimentazione la Giunta può stabilire o il definitivo accreditamento della struttura o la cessazione della sperimentazione.
- Durante la sperimentazione la stessa può essere rimodulata con provvedimento di Giunta al fine di garantirne l'economicità e l'appropriatezza.

ARTICOLO 20

(CONFERENZA DEI SINDACI)

- La conferenza dei sindaci è composta dai sindaci o loro delegati dei comuni compresi nel territorio dell'ATS e si articola come previsto nell'articolo 7 bis in:
 - a) assemblea dei sindaci del distretto
 - b) assemblea dei sindaci dell'ambito distrettuale(ex PDZ)
- **Le conferenze dei sindaci** ai fini della presente legge
- 1)formulano nell'ambito della programmazione territoriale dell'ATS di competenza proposte per l'organizzazione territoriale dell'attività sociosanitaria e socio-assistenziale , con l'espressione di un parere sulle linee guida per l'integrazione socio-sanitaria e sociale
- Partecipano alla definizione dei piani socio-sanitari all'interno della Cabine di regia di cui all'articolo 6 comma 6 lettera f della presente legge.
- Partecipano alla verifica dello stato di attuazione dei programmi e dei progetti di competenza delle ATS con particolare riferimento a quelli relativi alle ASST

ARTICOLO 24

◦ VALORIZZAZIONE DEL RUOLO DEL VOLONTARIATO

- la regione promuove e riconosce la funzione del volontariato e la sua essenziale funzione complementare e ausiliaria al SSL, finalizzata al raggiungimento e al consolidamento della buona qualità, dell'efficienza dell'attività e della professionalità degli operatori nonché dell'umanizzazione dei servizi sanitarie socio sanitari, in un'ottica sussidiaria favorendo momenti di aggregazione e ascolto del volontariato anche nell'ambito dei tavoli di confronto.
- La Regione favorisce momenti di raccolta fondi e di beneficenza votati all'acquisto di nuova tecnologia o ricerca o studio.

ARTICOLO 26

UNITÀ DI OFFERTA SOCIO SANITARIA

- le unità di offerta sociosanitaria erogano prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, la Regione le riconosce quali componenti essenziali del SSL per le persone fragili e per le loro famiglie ne promuove lo sviluppo e l'innovazione continua in relazione ai bisogni emergenti
- Con successivi provvedimenti la Giunta regionale definirà i criteri e le modalità di riordino della rete dei servizi sociosanitari nell'ottica di piena integrazione tra dimensione sociosanitaria e sociale nello specifico per l'area dei consultori , delle dipendenze , della riabilitazione.

ARTICOLO 27

FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO E SOCIOSANITARIO REGIONALE

- il finanziamento è assicurato mediante
- A) finanziamento ordinario corrente definito nell'atto formale di determinazione del fabbisogno regionale standard ivi compresa la mobilità extra regionale e internazionale è destinato al finanziamento dei LEA e altri provvedimenti regionali a carico della gestione sanitaria accentrata
- B) finanziamento sanitario aggiuntivo corrente definito a livello regionale per esempio per livelli aggiuntivi ai LEA
- C) finanziamento del disavanzo sanitario pregresso , definito da provvedimenti regionali di ripiano
- D) finanziamento per investimenti in ambito sanitario (da livello nazionale o regionale)
- E) finanziamento da entrate proprie aziendali (quote di compartecipazione dei cittadini di competenza regionale dei cittadini, entrate spettanti dalla libera professione intramoenia ecc)

ARTICOLO 27 TER

- Istituzione dell'assessorato alla salute e politiche sociali (Welfare)
- Il presidente della regione istituisce l'assessorato unico al welfare che assomma le funzionalità dei due assessorati preesistenti della Famiglia e della Sanità e ne assume la direzione in via transitoria.

ALLEGATO 1

- **Articolo 2**
- **Disposizioni finali e disciplina transitoria**
- 1) al fine di costituire le nuove ATS e le ASST la giunta nomina per ogni costituente ATS e ASST un collegio con il compito di rilevare entro 60 tutti i beni il personale presente e tutti i rapporti giuridici attivi
- 2) la Giunta selezionerà una società specializzata in processi di riorganizzazione aziendale che affianchi un gruppo di lavoro costituito presso la direzione generale della regione per favorire la fase di avvio e di stabilizzazione dei nuovi assetti organizzativi.

- Acquisita la documentazione di cui al punto uno approverà le deliberazioni costitutive delle ATS e delle ASST
- La Giunta approverà le deliberazioni costitutive dell'agenzia di controllo e quella di promozione
- Alla data indicata nella deliberazione di cui al punto precedente verranno sciolte le ASL e le AO
- Le ATS subentreranno nei rapporti giuridici delle Asl e le ASST in quelle delle AO
- I nuovi contratti di lavoro saranno costituiti 12 mesi dopo la definizione dei nuovi enti

PARLIAMO DELLO STESSO MALATO CRONICO(NON È CHIARO QUALE MODELLO LA REGIONE VOGLIA PRIVILEGIARE CON I DRG TERRITORIALI)

- Stessa malattia due percorsi diversi ?
- Diabete la cura oggi
- Anziano over 75
- In carico a una RSA , o se in famiglia a MMG o Centro Diabetici
- Piano di cura secondo linee guida internazionali
- Problemi acuti in ospedale
- Costi a carico del Servizio sanitario nazionale

DOPO LA RIFORMA

- Paziente Diabetico over 75
- In carico a RSA o se a domicilio Cooperativa di Medici o UCCP.
- Seguito dall'infermiere di famiglia
- Problemi gravi in ospedale di comunità
- Problemi ancora più gravi ricovero in ospedale
- Remunerazione della prestazione con quota fissa annuale
- (1200/1500 euro)
- (DRG territoriale) integrato per i ricoveri ospedalieri
- Piano di cura secondo linee guida internazionali

LE PROMESSE DEL PRESIDENTE MARONI

- Nasce la figura dell'infermiere di famiglia, che accompagnerà il paziente e la sua famiglia nel percorso di cura più adeguato, in collaborazione con i medici di cure primarie. **Per l'infermiere di famiglia saranno investiti circa 90 milioni di euro all'anno.**

I RIMBORSI

- Verranno ridotte all'osso le funzioni tariffabili, cioè le attività sanitarie alle quali non si applicano le tariffe fisse dei rimborsi, come ad esempio la riabilitazione o le prestazioni di emergenza. Di fatto viene eliminata la cosiddetta «legge Daccò» e le funzioni diventano autentiche eccezioni.

L'ODONTOIATRIA

- Dal 2016 verranno potenziate le cure odontoiatriche pubbliche all'interno delle strutture sanitarie: oggi, a causa dei costi, il 65% dei lombardi non va dal dentista. Il Presidente Maroni si è impegnato a far sì che basterà pagare il ticket per avere una prestazione odontoiatrica.

IL PRESIDENTE MARONI SI È IMPEGNATO FIRMANDO UN ACCORDO CON LE OO.SS

- Per far sì che i TICKET
- Vengano significativamente ridotti e eventualmente ridefiniti in proporzione al reddito, a cominciare da ottobre. Entro la fine della legislatura sempre il Presidente si è impegnato a farli sparire.
- Il Presidente si è anche impegnato per **una** significativa riduzione delle rette nelle RSA
- Saranno Realizzate ??????