

## VITALI ESIGENZE DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI E PALESI VIOLAZIONI DELLE ASL DEL DIRITTO ALLE CURE SANITARIE

*a cura dell'ULCES\**

Il seguente schema ha lo scopo di evidenziare le devastanti conseguenze causate dai provvedimenti relativi ai Lea, Livelli essenziali di assistenza, che hanno molto negativamente modificato l'ottima legge 833/1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale.

La tesi che qui si prova a dimostrare, attraverso una lettura in parallelo della rivoluzionaria norma istitutiva del Servizio sanitario nazionale e dei provvedimenti che ne hanno degenerato l'impostazione generale e particolare, è che i Livelli essenziali di assistenza anziché costituire una salvaguardia del diritto alla salute e garantirne effettiva concretezza, hanno minato le fondamenta del sistema, creando esclusione e emarginazione laddove esso era invece originaria-

mente concepito come universalistico. Ricordiamo, tra i tanti elementi che le degenerazioni successive hanno duramente attaccato, che la legge 833/1978 impone al Servizio sanitario nazionale di assicurare – senza limiti di durata – le occorrenti cure a tutti gli infermi, siano essi giovani o adulti o anziani, colpiti da patologie acute o croniche, guaribili o inguaribili, autosufficienti o non autosufficienti, ricchi o poveri. Inoltre – aspetto estremamente importante – coerentemente con i fondamentali principi della nostra Costituzione (in particolare articoli 2 e 3) le prestazioni sanitarie devono essere fornite «*senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio*» (articolo 1, legge 833/1978). Di tutt'altro tenore le esclusioni praticate dai Lea negli ultimi vent'anni.

\* Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale.

<b>Vitali esigenze sanitarie degli infermi non autosufficienti: diritti riconosciuti dalla Costituzione e dalla legge 833/1978</b>	<b>Principali violazioni previste dai Lea, Livelli essenziali di assistenza (1)</b>
<p><b>1.</b> L'articolo 32 della Costituzione stabilisce che «<i>la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti</i>».</p> <p>La Corte costituzionale con la sentenza n. 509/2000 ha evidenziato che «<i>secondo un principio desumibile dalla giurisprudenza di questa Corte, il diritto ai trattamenti sanitari necessari per la tutela della salute è "garantito ad ogni persona come un diritto costituzionalmente condizionato all'attuazione che il legislatore ne dà attraverso il bilanciamento dell'interesse tutelato da quel diritto con gli altri interessi costituzionalmente protetti" (ex plurimis, sentenza n. 267 del 1988, n. 304 del 1994, n. 218 del 1994). Bilanciamento che, tra l'altro, deve tener conto dei limiti</i></p>	<p><b>1.</b> Le liste di attesa nelle quali le Asl inseriscono migliaia e migliaia di malati non autosufficienti sono illegittime perché con riconoscono le vitali esigenze sanitarie ed i vigenti diritti esigibili degli infermi non autosufficienti, stabiliti dalla Costituzione e dalla legge 833/1978, ma sostanzialmente sconosciuti dalle istituzioni con il pretesto della scarsità delle risorse.</p> <p>Le dimissioni anche selvagge, senza la garanzia delle prestazioni domiciliari o residenziali previste dai Lea, incentivano la sanità a cronicizzare i malati soprattutto anziani a non promuovere azioni di prevenzione.</p> <p>Il tema è cruciale perché interessa questi nostri concittadini, ma sono anche un reale pericolo per tutte le persone che potrebbero</p>

(1) Il Parlamento e il Governo hanno denominato i Livelli essenziali di "assistenza", ma essi riguardano le prestazioni sanitarie.

<p>oggettivi che il legislatore incontra in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone, <b>restando salvo, in ogni caso, quel “nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana” (sentenze n. 309 del 1999, n. 267 del 1998, n. 247 del 1992), il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela, che possano appunto pregiudicare l’attuazione di quel diritto».</b></p> <p>Altre conferme sono seguite con le sentenze n. 275/2016, e n. 62 e 157/2020.</p>	<p>in futuro diventare non autosufficienti: noi stessi o i nostri cari.</p>
<p><b>2a.</b> Nel documento del 6 luglio 2015 l’Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino ha precisato che <i>«gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone affette da demenza senile sono soggetti colpiti da gravi patologie che hanno avuto come esito la devastante compromissione della loro autosufficienza e <b>pertanto hanno in tutti i casi esigenze sanitarie e socio-sanitarie indifferibili in relazione ai loro quadri clinici e patologici».</b></i></p>	<p><b>2a.</b> Le Regioni hanno imposto illegittimamente criteri selettivi per negare o ritardare l’accesso alle prestazioni sanitarie degli infermi non autosufficienti attraverso le unità di valutazione introdotte dal Progetto obiettivo nel 1992 e dal Dpcm 15/2017 (aggiornamento dei Lea) e con il confinamento di decine di migliaia di questi infermi in abusive liste d’attesa. Fra le centinaia di violazioni delle esigenze sanitarie <b>indifferibili</b> delle persone non autosufficienti, si segnala che, come risulta da “La Voce del Popolo” del 19 ottobre 2014, in Piemonte erano <i>«almeno 32mila (...) le persone non autosufficienti in lista d’attesa di un posto in struttura o di cure domiciliari».</i> “La Stampa” del 5 ottobre 2018 precisa che nella sola Città di Torino <i>«9mila sono gli anziani non autosufficienti in lista d’attesa».</i> A sua volta il giurista Francesco Pallante, nell’articolo “Le richieste di differenziazione della Regione Piemonte in materia di tutela della salute”, pubblicato sul n. 1, 2019 di “Il Piemonte delle autonomie” indica nella nota 20 che sono circa 30mila gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone con demenza senile confinati in illegittime liste d’attesa.</p> <p>Inoltre, il mancato riconoscimento del diritto alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (Lea) è causa della diffusa e rilevante povertà economica anche del ceto medio.</p>
<p><b>2b.</b> Nel volume di Costantino Cipolla, <i>Manuale di sociologia della salute</i>, Franco Angeli, alla pagina 76 viene puntualizzato che <i>«una malattia cronica è una malattia che</i></p>	<p><b>2b.</b> Nella sentenza n. 1858/2019 il Consiglio di Stato, sulla base delle norme del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento</p>

<p><i>presenta sintomi che non si risolvono nel tempo né giungono a miglioramento. Secondo la definizione della National Commission in Chronic Illness, sono croniche tutte quelle patologie caratterizzate da un lento e progressivo declino delle normali funzioni fisiologiche».</i></p>	<p>dei Livelli essenziali di assistenza”, ha incredibilmente sostenuto che è valida «l’idea ordinaria di quello che dovrebbe essere il progressivo percorso di recupero del paziente [non autosufficiente, compreso il demente senile, ndr] che viene, dunque, accompagnato, per progressivi passaggi, verso forme sempre più ridotte di impegno sanitario fino all’auspicabile recupero della piena autosufficienza».</p>
<p><b>3.</b> Numerose sono le Dichiarazioni internazionali sul diritto di tutte le persone ad adeguate, tempestive ed accessibili cure sanitarie anche al fine di prevenire le situazioni di povertà derivanti dai costi sostenuti in proprio per le cure negate benchè indifferibili.</p>	<p><b>3.</b> Nel VII Rapporto redatto da RBM Assicurazione salute – Censis sulla sanità pubblica, privata e integrativa – Sintesi dei principali risultati, che reca la data del 7 giugno 2017, viene segnalato che «ben il 51,4% delle famiglie con un non autosufficiente che ha affrontato spese sanitarie di tasca propria ha avuto difficoltà nell’affrontarle: ne discende che chi più ha bisogno di cure più soffre sul piano economico», che nell’area dei “saluteimpoveriti” e cioè delle persone (1,8 milioni) che «dichiarano di essere entrate nell’area della povertà a causa di spese sanitarie private di tasca propria» e che «ci sono finiti anche il 3,7% di persone con reddito medio, a testimonianza del fatto che la malattia può generare flussi di spesa tali da colpire duro anche chi si posiziona in livelli non bassi della piramide sociale».</p>
<p><b>4a.</b> L’articolo 2 della legge 833/1978 sancisce 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 rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione».</p>	<p><b>4a.</b> Con allarmante frequenza ospedali e case di cura private convenzionate, comprese alcune che operano nell’ambito della Chiesa cattolica, scaricano sui congiunti gli infermi non autosufficienti appena risolta la fase acuta delle loro patologie, soprattutto se si tratta di anziani o di persone con demenza senile. Questa crudele e illegittima prassi è rimasta finora impunita nonostante le numerose segnalazioni alle competenti Autorità del Servizio sanitario e gli esposti inviati alle Procure della Repubblica.</p> <p>Esempio significativo: presso l’Ospedale S. Paolo di Milano viene ricoverata una signora colpita da demenza senile e da polmonite. Guarita dalla polmonite, l’inferma viene “scaricata” sulla figlia che non accetta le dimissioni dal Servizio sanitario inviando le raccomandate A/R riproducenti il fac-simile predi-</p>

	<p>sposto dalla Fondazione promozione sociale onlus. L'ospedale ricorre al Giudice tutelare che revoca il compito di amministratore di sostegno già assegnato alla figlia, che aveva curato la madre per anni, e affida le relative funzioni ad un funzionario del Comune di residenza della madre, nonostante l'evidente incompatibilità essendo il Comune obbligato a corrispondere la parte della retta di ricovero in Rsa non versata dalla persona ivi degente.</p>
<p><b>4b.</b> L'articolo 23 della Costituzione stabilisce che <i>«nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge»</i> e il Parlamento non ha mai approvato norme per assegnare ai congiunti degli infermi, compresi quelli non autosufficienti, compiti attribuiti al Servizio sanitario. Ne consegue che nessuno, nemmeno le Regioni, le Asl e le Aziende sanitarie ospedaliere, possono scaricare i malati cronici non autosufficienti ai familiari, salvo la loro volontaria disponibilità a farsene carico.</p>	<p><b>4b.</b> Il Tar del Piemonte nella sentenza n. 501/2019 ha evidenziato che <i>«non può certo sostenersi che tutte le persone non autosufficienti abbiano, per ciò stesso, diritto ad accedere ai servizi residenziali, perché l'inserimento in strutture residenziali di soggetti non autosufficienti in grado di essere efficacemente assistiti in strutture residenziali o a domicilio risulterebbe una misura del tutto inappropriata, oltre che eccessivamente costosa e di fatto inapplicabile per l'enorme dilatazione del numero dei posti letto che comporterebbe»</i>. In sostanza i giudici ritengono che i congiunti siano obbligati a garantire le prestazioni domiciliari, necessarie 24 ore su 24, oppure nelle Rsa a loro totale carico, perché a loro dire, non si possono spendere grosse risorse per un malato anziano non autosufficiente. Un esempio eclatante di eugenetica sociale.</p>
<p><b>5.</b> Come già segnalato, l'articolo 1 della legge 833/1978 stabilisce che il Servizio sanitario nazionale deve operare <i>«senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio»</i> sanitario.</p>	<p><b>5.</b> Fra le più gravi e palesi violazioni approvate dalle Regioni ma introdotte da Lea nei riguardi dell'articolo 1 della legge 833/1978, segnaliamo le seguenti:</p> <p>a) la valutazione preventiva della situazione socio-economica degli anziani cronici non autosufficienti e delle persone con demenza senile al fine di individuare il punteggio per la loro collocazione nelle illegittime liste d'attesa. Da parte di alcune commissioni viene addirittura anche considerata la situazione socio-economica del nucleo familiare dell'infermo;</p> <p>b) l'obbligo del pagamento della cosiddetta quota alberghiera o sociale (per le Rsa il 50% della retta totale), mentre nulla viene richiesto per le degenze di infermi non autosufficienti ricoverati nelle rianimazioni, negli</p>

	<p>hospice e nei reparti preposti alle cure palliative e alle terapie contro il dolore;</p> <p>c) frequenti richieste da parte dei gestori delle Rsa di denaro per prestazioni sanitarie dichiarate indispensabili, senza imporre tuttavia al Servizio sanitario di corrisponderle nella misura del 100% o del 50%;</p> <p>d) costo a carico totale degli infermi ricoverati nelle Rsa per i trasferimenti presso ospedali per emergenze o prestazioni sanitarie specifiche, ad esempio dialisi.</p>
<p><b>6.</b> In base alla legge 833/1978 (cfr. articolo 25) il Servizio sanitario nazionale deve assicurare anche le occorrenti prestazioni domiciliari a tutti gli infermi che necessitano di questo intervento e quindi anche agli infermi non autosufficienti nei casi in cui è volontariamente disponibile un “accuditore familiare”, definizione da noi preferita a quella di “caregiver”.</p> <p>Ricordiamo che il Progetto-obiettivo “Tutela della salute degli anziani”, approvato il 30 gennaio 1992 dal Parlamento, prevedeva la priorità delle prestazioni domiciliari, nonché la sperimentazione della “Spedalizzazione domiciliare”, mai attuata nonostante i positivi risultati, anche sotto il profilo economico, del relativo servizio funzionante presso l’Ospedale Molinette di Torino dal 1985 e tuttora operativo con altissimo indice di gradimento da parte degli infermi e dei loro congiunti.</p> <p>Tenuto conto di quanto previsto al precedente punto 4 circa il divieto costituzionale dell’imposizione ai congiunti degli infermi non autosufficienti di assumere il compito di “accuditori familiari”, è di fondamentale importanza il documento del 21 marzo 2016 dell’Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino in cui viene evidenziato che gli interventi sanitari domiciliari destinati agli infermi non autosufficienti <i>«quando soddisfano le indifferibili loro esigenze terapeutiche, ne determinano in generale notevoli benefici, fra l’altro con rilevanti risparmi da parte delle Asl e dei Comuni»</i> (2). Di particolare importanza la precisazione</p>	<p><b>6.</b> Attualmente (anno 2020) lo Stato versa agli infermi <i>«che non sono in grado di compiere gli atti quotidiani della vita e necessitano dell’aiuto permanente di una persona»</i> (leggi n. 18/1980 e n. 509/1988) l’indennità di accompagnamento di euro 520,29 al mese, corrispondente a centesimi 70 all’ora (520,29 x 12 mesi : 365 giorni x 24 ore). Al riguardo occorre tenere conto che l’accuditore domiciliare deve direttamente o tramite altre persone garantire per tutta la durata della degenza a domicilio (mesi e mesi e spesso anni) una presenza attiva 24 ore su 24 sia per rispondere alle frequenti esigenze non programmabili dell’infermo, sia per intervenire immediatamente nei casi di emergenza, come si deve fare per evitare di incorrere nel reato di abbandono di persona incapace nelle situazioni sopra indicate e nei casi in auto o di etero lesionismo provocato, ad esempio, da terze persone introdotesi abusivamente nell’abitazione dell’infermo non autosufficiente, che può essere colpito da demenza senile (3).</p> <p>Il Dpcm 15/2017, che ha aggiornato i Lea non ha riconosciuto il diritto prioritario alle prestazioni domiciliari e nessun contributo economico a carico della sanità a sostegno dei maggiori oneri che richiede il mantenimento al domicilio di una persona malata cronica non autosufficiente.</p>

(2) Nel citato documento viene precisato che *«il costo per il Servizio sanitario nazionale risulta così ripartito: degenza in case di cura*

<p>contenuta nel sopra citato documento secondo cui le prestazioni dovrebbero essere assicurate «dall'Asl» con la creazione di «un unico servizio di cure domiciliari per i pazienti acuti o cronici, adulti o anziani, attivato da medici di medicina generale».</p>	
<p><b>7.</b> La legge n. 38/2010 precisa all'articolo 1 che «la presente legge tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore», il cui accesso «è garantito (...) al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze». Inoltre lo stesso articolo 1 stabilisce che «le strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapia del dolore assicurano un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia nel rispetto dei seguenti principi fondamentali: a) tutela della dignità e dell'autonomia del malato, senza alcuna discriminazione; b) tutela e promozione della qualità della vita fino al suo termine; c) adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della sua famiglia».</p> <p>Da notare che tutte le prestazioni, comprese quelle sopra indicate come «socio-assistenziali» per il malato e la sua famiglia, sono interamente gratuite.</p>	<p><b>7.</b> Nel decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 non sono previste le cure palliative nelle strutture residenziali (articolo 33). Inoltre quasi ovunque sono concretamente disapplicate le norme dell'articolo 23 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502": «Il servizio sanitario nazionale garantisce le cure domiciliari palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38, nell'ambito della Rete di cure palliative a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita».</p> <p>Le norme del decreto 12 gennaio 2017 non prevedono alcun «sostegno sanitario e socio assistenziale» della famiglia del malato ed escludono le prestazioni nei casi in cui gli operatori ritengano non significativo il prolungamento della vita!</p> <p>Non sono previste le cure palliative nelle strutture residenziali (articolo 33).</p>
<p><b>8.</b> Le norme costituzionali e la legge 833/1978, com'è stato sopra evidenziato, impongono al Servizio sanitario nazionale di fornire le occorrenti cure sanitarie a tutti i malati, senza alcuna esclusione.</p>	<p><b>8.</b> I Livelli essenziali di assistenza sono spesso decreti amministrativi che hanno assunto il valore di leggi dello Stato (si vedano in particolare le insensate affermazioni contenute nella sentenza del Consiglio di Stato n. 1858/2019). Come risulta dagli esempi sopra citati, sono in atto in numerose Regioni attività concrete di eugenetica social-utilitaristica.</p>

154 euro/giorno (con percorso di riabilitazione fino a 272,70 euro/giorno); degenza in Residenza sanitaria assistenziale (Rsa) da 71,56 a 104,44 euro/giorno (di cui solo il 50% a carico del Servizio sanitario nazionale); prestazione socio-sanitaria domiciliare da 26 a 52,80 euro/giorno (di cui il 50% a carico del Servizio sanitario nazionale)».

(3) Nel disegno di legge n. 868/Senato, presentato il 25 ottobre 2018 dal Sen. Laus, è previsto che «l'importo del contributo economico a carico delle Asl non può essere né inferiore al doppio dell'ammontare dell'indennità di accompagnamento erogata agli invalidi civili totali, né superiore al quadruplo dell'ammontare di detta indennità». Ne consegue che detto importo mensile non può essere inferiore a euro 520,29 x 3 = euro 1.560,87 che, diviso per 30 giorni x 24 ore, corrisponde a euro 2,17 all'ora, né superiore a euro 520,29 x 5 = euro 2.601,45 corrispondente a euro 3,61 all'ora, importi da noi ritenuti non riducibili.

## Conclusioni

A partire dai decreti 14 febbraio e 29 novembre 2001 lo scopo vero dei Livelli essenziali di assistenza è non solo il trasferimento, purtroppo già realizzato, delle cure per gli anziani malati cronici non autosufficienti e per le persone con demenza senile dalla piena competenza del Servizio sanitario nazionale al fasullo, truffaldino e oneroso (per i malati) settore socio sanitario.

Il secondo traguardo, perseguito con programmata ed efficace gradualità, è stato raggiunto – complice il sostegno dei Sindacati e l'indifferenza delle Chiese, del volontariato e delle altre organizzazioni, che a parole asseriscono di tutelare le persone deboli – con l'emanazione del sopra citato decreto Gentiloni del 12 gennaio 2017, che ha "autorizzato" lo scarico al settore socio-sanitario di tutti gli infermi non autosufficienti: minori, giovani e adulti.

Ne consegue altresì che tutto è pronto per un ulteriore Livello essenziale di assistenza che, individuato il momento propizio, assegni definitivamente al settore dell'assistenza sociale (in base al primo comma dell'articolo 38 della Costituzione rivolto agli inabili al lavoro e sprovvisti dei mezzi necessari per vivere) tutte le competenze istituzionali riguardanti le persone non autosufficienti, non più considerate come

individui malati da curare, com'è successo recentemente in assai numerose Rsa.

Verranno in tal modo elusi i vigenti diritti esigibili dei cittadini malati, come in larga misura viene da anni impunemente attuato in Lombardia, Veneto, Liguria, Umbria e Valle d'Aosta (4), ponendo a carico delle famiglie non solo la responsabilità, anche di natura penale, relativa alla prosecuzione delle cure terminata la fase acuta delle patologie, ma anche i relativi oneri economici. Il Piano per la non autosufficienza 2019-2021 è un primo passo in questa direzione.

(4) Si vedano gli articoli pubblicati in *Prospettive assistenziali*: "Persistente e drammatica situazione degli anziani malati cronici non autosufficienti in Lombardia", n. 210/2020; "Lombardia mon amour: immotivate lodi al sistema sanitario lombardo, promotore di emarginazione e negazione delle cure", n. 208/2019; "Osservazioni dell'Associazione Umana sul piano sanitario della Regione Umbria 2019-2021", n. 207/2019; "Maltrattamenti in Rsa, nove persone agli arresti a Rovigo", n. 207/2019; "La sanità in Umbria: se non ti sbrighi a guarire, paghi", n. 205/2019; "Regione Lombardia: violazione delle leggi vigenti, malati e loro famiglie impoveriti dalla richiesta di contributi non dovuti", n. 203/2018; "Regione Lombardia: violazioni del diritto alle cure sanitarie e socio-sanitarie", n. 200/2017; "Numerosi e assai gravi i fatti avvenuti nel Veneto a danno delle persone più deboli", n. 197/2017; "Iniziative delle Regioni Liguria e Veneto contrastanti con la corretta attuazione del diritto degli anziani malati cronici non autosufficienti alle cure socio-sanitarie", n. 192/2015; "Le Regioni continuano a sottrarre alle persone colpite da patologie e/o da disabilità invalidanti e da non autosufficienza quote rilevanti dei finanziamenti erogati dallo Stato", n. 190/2015.

## REGALA L'ABBONAMENTO A

# PROSPETTIVE ASSISTENZIALI

Dal 1968 la rivista indipendente che promuove e tutela i diritti di coloro che non possono difendersi da sé – malati non autosufficienti, persone con demenza, Alzheimer... persone con disabilità intellettiva grave/autismo e limitata o nulla autonomia.

### COSTO ABBONAMENTI

Annuale (4 numeri): 50 euro (estero 100 euro - sostenitore 70 euro; promozionale 100 euro) (Prezzo speciale per i Soci delle organizzazioni aderenti al Csa - Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base: euro 40,00).

### COME ABBONARSI

a) presso gli Uffici POSTALI sul c.c.p. n. 25454109 intestato a: Associazione promozione sociale via Artisti, 36 - 10124 Torino (Iban: IT49S076010100000025454109);

b) in BANCA tramite bonifico bancario, intestato a: Associazione promozione sociale, Iban: IT39Y0200801058000002228088 (Unicredit banca, Agenzia Torino, C.so S. Maurizio 42).

Indicare SEMPRE nella causale Nome, Cognome e Indirizzo.

Per ulteriori informazioni scrivere a: [info@fondazionepromozionesociale.it](mailto:info@fondazionepromozionesociale.it)