



Al Sindaco di Acri  
Dott. Nicola Tenuta  
Sede

Oggetto: Richieste per il superamento della fase commissariale e impugnazione al TAR del DCA30/2016 – Sanità Regione Calabria.

Con la presente il **meetup Acri in Movimento**, chiede alla S.V. di voler procedere all'impugnazione davanti al Tribunale Amministrativo Regionale della Calabria, del decreto commissario ad acta n.30 del 3 marzo 2016, per i seguenti vizi formali e sostanziali:

- **Vizio formale.** Manca la firma del dott. Fatarella, in qualità di direttore generale del dipartimento regionale per la tutela della salute, sul decreto n.30. Ulteriore abuso da parte dei commissari Scura e Urbani, che tendono a bypassare le procedure amministrative abusando del loro ruolo.
- **Modifica del decreto.** La rete ospedaliera, varata con il Decreto commissariale n. 30 è stata cambiata dopo circa una settimana dall'emanazione del primo decreto. Secondo articoli di stampa, il decreto è stato modificato "a seguito delle proteste e segnalazioni degli operatori e parlamentari". Rispetto alla prima scrittura, risultano molteplici le differenze con la seconda pubblicazione. Ad esempio, l'Annunziata di Cosenza aveva perso l'unità operativa complessa di chirurgia d'urgenza ed è stata ripristinata, mentre a Crotone è stata ripristinata la Nefrologia, insieme ad altre 6 strutture semplici. Le modifiche al decreto sono state inviate al ministero, ma non pubblicate prima sul portale istituzionale della Regione Calabria, caso questo di estrema gravità. Inoltre, occorre considerare la mancata attuazione delle sentenze del Consiglio di Stato sulla riattivazione degli ospedali di Praia a Mare e Trebisacce. La modifica del decreto, dopo essere stato pubblicato e dopo mesi di attesa, autorizza a pensare a una gestione personalistica e privatistica della sanità a parte dei commissari del Governo, la quale, ove sganciata dalla verifica puntuale sui bisogni e da ogni valutazione tecnico-organizzativa, si ridurrebbe a un fatto di rapporti diretti con sindaci e altri rappresentanti, col pericolo di informarsi a un «clientelismo politico» ammantato burocraticamente e istituzionalmente;
- **Modifica degli allegati senza ripubblicazione del decreto.** In seguito alla pubblicazione della presunta "rettifica" del DCA30, risulta che gli allegati sono diventati da 7 a 8, e ciò non viene accompagnato dalla ripubblicazione di un nuovo decreto di rettifica che ne motiva. Anche la fattispecie giuridica utilizzata per la nuova emanazione, l'"AVVISO DI RETTIFICA", è una procedura amministrativo-procedurale del tutto inesistente. I presunti "errori materiali" richiamati nella rettifica, si traducono in un aumento di strutture, circa una decina, che rispondono più a lamentele espresse dopo la prima pubblicazione, e che quindi rappresentano correzioni nel merito.
- **Squilibri e inesattezze legate all'emanazione del decreto n.30.** La riorganizzazione della rete è stata fatta con un'analisi del fabbisogno epidemiologico vecchio di 4 anni, mantiene doppioni a direzione

universitaria e strutture ospedaliere senza alcun valido presupposto e criterio, ed inoltre i dati riportati non tengono conto dell'impatto sulla popolazione dei tagli ai servizi in vaste aree della Calabria.

- **Non rispetto dei LEA e del protocollo dell’Emergenza-Urgenza per il P. O. “Beato Angelo” di Acri.** In conseguenza del DCA30-2016, il nostro ospedale ha sulla carta un numero di posti letto pari a 62. Se entriamo nel merito osserviamo che essi sono molti di meno, poiché 12 di essi, dedicati all’Emodialisi, sono da considerarsi c.d. posti tecnici, e quindi non da considerarsi posti letto ordinari, essendo un servizio e non da considerarsi un reparto. Il reparto di chirurgia potrà fare solo interventi programmati, in *Day Surgery*, nonostante le figure già presenti nello stesso reparto, con medici anche esterni. La presenza di 4 anestesisti, praticamente inutili, visto che non si possono eseguire interventi in emergenza. Ci saranno 18 P.L. di multidisciplinare in *Day Surgery*, invece degli attuali 10 ordinari, con ricoveri programmati, mentre non si potranno effettuare interventi in urgenza. Il reparto di Medicina avrà 16 P.L. più 4 di DH. Ci saranno 4 medici in servizio, Primario compreso, anziché degli attuali 5. Questo significa che si rischia di non poter garantire tutti i turni di servizio, stando all’art. 14 L. 161/2014.

Il Laboratorio analisi servirà solo i ricoveri e non gli esterni. Con conseguente calo delle prestazioni e spreco di risorse, visto che il personale c’è e i macchinari pure. Vi saranno anche problemi legati al trasporto dei campioni ematici in laboratori privati, con conseguente aumento dei costi.

La Lungodegenza avrà 16 P.L., ma sarà in pratica una Geriatria e in cui saranno ricoverati i pazienti Cronici e non servirà per le Acuzie.

Il P.O. di Acri è un ospedale di zona disagiata, con un pronto soccorso, pertanto dovrebbe avere le consulenze, ma così non è per il commissario Scura, per il quale rientra nel novero degli ospedali di zona montana, come se questo significasse qualcosa! non svolgono molti servizi e la domanda non trova più risposte sul territorio.

**Invitiamo, inoltre, la S.V. ad inviare una richiesta formale al presidente Oliverio di porre termine della gestione commissariale, rientrando nel pieno controllo del Dipartimento di tutela della salute della Regione Calabria, con la presentazione di un nuovo piano di rientro (piano operativo) ai sensi della L. 191/2009.**

- Illegittimità proroga commissariamento. Il commissariamento della regione Calabria per il rientro dal disavanzo sanitario è stato disposto ai sensi dell'articolo 4 della legge n. 159 del 2007, con deliberazione del Consiglio dei ministri del 30 luglio 2010. Norma di legge richiamata nella deliberazione del Consiglio dei ministri del 12 marzo 2015, con la quale l'ingegnere Massimo Scura e il dottor Andrea Urbani sono stati nominati, rispettivamente, commissario *ad acta* e sub-commissario per l'attuazione del piano di rientro. Inoltre, sempre per la suddetta norma prevede che ove «si prefigurino il mancato rispetto da parte della regione degli adempimenti previsti dai medesimi Piani (di rientro) (...) il Presidente del Consiglio dei ministri, con la procedura di cui all'articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n. 131, (...) diffida la regione ad adottare entro quindici giorni tutti gli atti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali idonei a garantire il conseguimento degli obiettivi previsti nel Piano»; la stessa norma stabilisce che soltanto «ove la regione non adempia alla diffida di cui al comma 1, ovvero gli atti e le azioni posti in essere, valutati dai predetti Tavolo e Comitato, risultino inadeguati o insufficienti al raggiungimento degli obiettivi programmati, il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per gli affari regionali e le autonomie locali, nomina un commissario *ad acta* per l'intero periodo di vigenza del singolo piano di rientro»; è opportuno evidenziare che, ai sensi dell'articolo 4 della legge n. 159 del 2007, la nomina del commissario *ad acta* è prevista «per l'intero periodo di vigenza del singolo piano», ossia, stando alla prima deliberazione del Consiglio dei ministri, del 30 luglio 2010, per tutta la vigenza del piano di rientro 2010-2012; va rimarcato che la legge non contempla alcuna proroga al riguardo, con la conseguenza, che già al 1° gennaio 2013, essendo terminato primo piano di rientro, i cosiddetti «Piani operativi in prosecuzione del Piano di rientro per il periodo 2013-2015»

dovevano rientrare nella gestione ordinaria della regione Calabria, alla quale avrebbe potuto fare seguito un altro commissariamento, stando al citato articolo 4 della legge n. 159 del 2007, soltanto a condizione che «nel procedimento di verifica e monitoraggio dei singoli Piani di rientro, effettuato dal Tavolo di verifica degli adempimenti e dal Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza» si fosse prefigurato «il mancato rispetto da parte della regione degli adempimenti previsti dai medesimi Piani», e comunque solo previa nuova diffida e successivo inadempimento regionale; l'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009 n. 191, sancisce che a «seguito dell'approvazione del nuovo piano cessano i commissariamenti, secondo i tempi e le procedure definiti nel medesimo piano per il passaggio dalla gestione straordinaria commissariale alla gestione ordinaria regionale», con il che è legalmente comprovata la decadenza del commissariamento al termine di ogni singolo piano di rientro (o piano operativo). Il predetto articolo afferma, ancora, che «si applicano le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311» nella sua formulazione vigente; anche quest'ultima norma, lungi dal prevedere una «ultravigenza» del commissariamento disposto in relazione ad ogni piano operativo, afferma esattamente il contrario, poiché stabilisce: «La regione, ove si prospetti sulla base del monitoraggio trimestrale una situazione di squilibrio, adotta i provvedimenti necessari. Qualora dai dati del monitoraggio del quarto trimestre si evidenzia un disavanzo di gestione a fronte del quale non sono stati adottati i predetti provvedimenti, ovvero essi non siano sufficienti, con la procedura di cui all'articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n. 131, il Presidente del Consiglio dei ministri diffida la regione a provvedervi entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento. Qualora la regione non adempia, entro i successivi trenta giorni il Presidente della regione, in qualità di commissario *ad acta*, approva il bilancio di esercizio consolidato del Servizio sanitario regionale»; la prefata ipotesi, relativa alla gestione ordinaria regionale, è indicativa poiché prevede sempre che l'intervento sostitutivo debba essere di regola affidato con provvedimento espresso e all'organo regionale nella persona del suo presidente, nel rispetto dell'autonomia fissata in costituzione e senza sovrapposizione dell'autorità governativa dello Stato. Dunque, l'originario commissariamento doveva intendersi cessato per legge il 31 dicembre 2012, cioè col termine del primo Piano di rientro. Pertanto, non essendo per legge previste delle proroghe, tutte le competenze in materia sanitaria dovevano essere restituite alla regione Calabria e, prima ancora di dare nuova applicazione al richiamo articolo 4 della legge n. 159 del 2007, era indispensabile una preventiva ricognizione su eventuali inadempienze della regione tali da mettere a rischio i LEA o gli equilibri finanziari; a seguito della riferita ricognizione, in caso affermativo si doveva diffidare la regione a porre rimedio e solo all'esito, in seguito, all'accertata inadempienza si poteva nominare un commissario *ad acta* per il successivo piano di rientro (*rectius*: piano operativo in prosecuzione del piano di rientro) 2013-2015;

per quanto finora riassunto, a parere degli interpellanti già la prosecuzione del commissariamento con i poteri commissariali conferiti al presidente della regione *pro tempore*, all'epoca Giuseppe Scopelliti, doveva ritenersi illegittima, data la mancanza del preventivo accertamento di possibili inadempienze ai tavoli di verifica, della diffida governativa alla regione volta ad evitare le inadempienze e dell'effettivo inadempimento della regione; a parere degli interpellanti è dunque illegittima anche la nomina di commissario operata a suo tempo nella persona del gen. Luciano Pezzi, come la nomina dell'ingegnere Scura, poiché entrambe effettuate sull'errato presupposto di sostituire un commissario *ad acta* legittimamente operante. Le nomine dei commissari *ad acta* sono illegittime in quanto travalicano i limiti dell'articolo 2, comma 88, della legge n. 191 del 2009, poiché non si è dato atto della decadenza del commissario *ad acta* e non è stata restituita alla regione la gestione ordinaria della sanità. L'illegittimità è cagionata dall'omissione delle procedure e dallo sconfinamento dei limiti stabiliti dall'articolo 4 della legge n. 159 del 2007. Illegittimo risulta essere lo stesso provvedimento dal quale

l'attuale commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro dal *deficit* della sanità calabrese trae la sua legittimazione e i suoi poteri. Poiché sono trascorsi i sessanta giorni per un'impugnativa del provvedimento da parte della regione innanzi al Tar del Lazio ed essendo decorsi i 120 giorni per impugnare il medesimo provvedimento con ricorso straordinario al Capo dello Stato, ad oggi il provvedimento di nomina, benché illegittimo, è valido ed efficace. L'attuale commissariamento, in quanto per legge disposto «per l'intero periodo di vigenza del singolo piano» deve cessare, a parere degli interpellanti, con la chiusura del piano operativo in prosecuzione del Piano di rientro 2013-2015, cioè alla data del 31 dicembre 2015, con la conseguenza che con il 1° gennaio 2016 tanto il commissario *ad acta* quanto il sub-commissario decadono di diritto dalla carica e le funzioni di specie tornano *ex lege* alla gestione ordinaria della regione Calabria. Al commissario *ad acta* competono strettamente le funzioni e i compiti espressamente indicati nella deliberazione del Consiglio dei ministri del 12 marzo 2015; tali poteri e funzioni devono essere interpretati ed attuati in senso restrittivo, cosicché, ad esempio, gli interventi di «razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale» e di «razionalizzazione e contenimento della spesa per l'acquisto di beni e servizi», di cui ai punti 5 e 6 del mandato commissariale, devono intendersi come competenza all'emanazione di atti di indirizzo, regolamentazione o programmazione generale in materia e/o autorizzazioni alla spesa, ma non possono comprendere il conferimento di incarichi o l'indizione e/o l'espletamento di bandi di gara per l'affidamento di contatti pubblici o di bandi di concorso, in quanto attività non espressamente menzionate nella declaratoria delle funzioni demandate al commissario *ad acta*: se così è, particolare rilevanza assume, dunque, l'esercizio dei poteri commissariali in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie che, nella sostanza, non pare conforme a quanto prevede il punto n. 10 della deliberazione del Consiglio dei ministri del 12 marzo 2015;

la citata deliberazione del Consiglio dei ministri, infatti, stabilisce espressamente che al commissario *ad acta* è affidato il compito di dare «attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale», con una chiara e testuale limitazione delle competenze del commissario *ad acta* alla modifica dell'assetto normativo e senza cenno alcuno a poteri gestionali diretti in materia di autorizzazione e accreditamento;

a parere degli interpellanti non vi è ragionevole motivazione o argomentazione giuridica che giustifichi l'emanazione da parte del commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro di provvedimenti che attengano non già all'assetto normativo delle autorizzazioni e dell'accREDITAMENTO, bensì alla normale gestione ordinaria concernente l'adozione di provvedimenti di rilascio, modifica e revoca dell'autorizzazione sanitaria e/o dell'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie e/o socio-sanitarie della regione Calabria. Dell'anzidetta competenza, si ricorda, non vi è cenno nella delibera di nomina del commissario che, dunque, di fatto sta esercitando con modalità di dubbia legittimità poteri che rientrano nella competenza regionale. Tali segnalati comportamenti del commissario *ad acta* costituiscono, un'illegittima, indebita e forzosa modifica dell'assetto dei poteri, delle competenze e delle responsabilità fissate dalla legge in materia, posto che in materia di emanazione dei provvedimenti di concessione, modifica e revoca di autorizzazione sanitaria all'esercizio e di accREDITAMENTO delle strutture sanitarie e/o socio-sanitarie, in forza dell'articolo 11, comma 6, della legge regionale della Calabria n. 24 del 2008, ricadono espressamente nella competenza del dirigente generale del dipartimento «tutela della salute e politiche sanitarie», e dunque, in ultima analisi, della regione Calabria, essendo tutti atti e provvedimenti che non costituiscono «attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accREDITamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale» di cui al punto n. 10 della deliberazione del Consiglio dei ministri del 12 marzo 2015, bensì ordinarie attività gestionali che non sono in alcun modo riconducibili a tale funzione commissariale. A riprova di quanto detto rileva il

fatto che se attualmente le suddette competenze fossero state già in capo al commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro dal *deficit*, in forza del proprio mandato commissariale, per costui non vi sarebbe stato motivo di prevedere una norma che li attribuisse espressamente *ex novo* con una legge regionale, come invece si evince dall'articolo 24, comma 3, del disegno di legge commissariale sulla nuova disciplina in materia di autorizzazioni sanitarie e accreditamento, di cui al decreto del commissario *ad acta* n. 83 del 21 luglio 2015, il eguale prevede che per «tutta la prosecuzione del piano di rientro dai disavanzi sanitari della regione Calabria in conformità ai Programmi Operativi, i procedimenti che, ai sensi della presente legge, rientrano nella competenza della Giunta regionale, del dirigente generale del dipartimento “tutela della salute e politiche sanitarie”, ovvero di altro dirigente del medesimo Dipartimento, sono adottati con Decreto del commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della regione Calabria, salva diversa indicazione della struttura commissariale».

**Sollecitiemo il consiglio comunale di Acri ad emanare una delibera con la quale si chiede al governo regionale di iniziare una procedura per l'erogazione dei contributi sanitari spettanti e non erogati alla nostra regione, stimati per difetto in oltre 1 miliardo e 700 milioni di euro. Ciò in conseguenza dell'elevata morbilità e comorbilità dei casi occorsi in Calabria rispetto al totale nazionale, come riconosciuto anche dal DCA103/2015.**

- la società italiana di medicina generale ha un sistema in rete di ampio monitoraggio delle patologie nelle regioni italiane, con dati, anche sulla spesa sanitaria, utilizzati dall'Istituto superiore di sanità, dall'Aifa, dall'Agenas, dall'Istat, dall'Osmed, dalla Banca d'Italia. L'associazione di medici «Mediass», operante nel territorio di Catanzaro e collegata con la suddetta società anche per l'inserimento dei dati funzionali al predetto monitoraggio, ha diffuso un compiuto elaborato statistico, in relazione al quale la farmaceutica lorda *pro capite* è, in Italia, depurata dei farmaci Pht (Prontuario della distribuzione diretta per la continuità assistenziale), è di 197,94 euro, mentre in Calabria è di 232,1 euro, con una differenza del 17,3 per cento. La regione Calabria spende in farmaci più del resto d'Italia perché ha molti più malati cronici, rispetto alla media italiana. A fronte di questo ultimo elemento sui malati cronici, la Calabria riceve meno finanziamenti per la sanità, che comunque sono inadeguati, poiché i fondi sanitari regionali vengono ripartiti con il calcolo della popolazione pesata. Il riferito sistema di ripartizione, in vigore dal 1999, penalizza le regioni che hanno qualche giovane in più, come la Calabria, che avendo più malati cronici e meno risorse sfiora ovviamente il tetto di spesa, con conseguente e ingiusto piano di rientro dal disavanzo. Contenuto nel predetto elaborato statistico, il rapporto dei ricercatori – Health Search – della società italiana di medicina generale conferma, per diverse patologie, che i malati cronici sono, in Calabria, superiori alla media nazionale, con una maggiorazione di 1,26 su cento abitanti per l'ulcera gastrica, di 1,3 per il diabete mellito, di 0,64 per l'ipertensione arteriosa, di 0,1 per l'infarto del miocardio, di 2,55 per l'artrosi, di 0,24 per malattie del cuore, di 0,24 per ictus cerebrale, di 0,18 per cirrosi epatica, di 0,57 per osteoporosi, di 1,54 per la broncopneumopatia cronica ostruttiva e di 1,22 per la funzionalità della tiroide. Dal 30 settembre 2015, il quadro fornito dai ricercatori della Società italiana di medicina generale ne trova uno di pari entità e significanza nel decreto n. 103 del 2015 del commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario della regione Calabria, che recepisce «il documento dell'intesa Stato-Regioni del marzo 2015». Nel suindicato decreto del commissario *ad acta*, in Calabria, si evidenziano, per diverse patologie, valori di prevalenza più elevati – almeno del 10 per cento –, rispetto al resto del Paese, ad esempio per ipertensione, artrosi, cefalea/emicrania, osteoporosi, diabete, bronchite cronica/enfisema, ulcera gastrica o duodenale e cataratta. Nel menzionato decreto si certifica, come anche riportato nell'elaborato statistico più volte qui citato, che la Calabria ha almeno il dieci per cento di malati cronici in più del resto d'Italia. Quanto testé riassunto è corroborato dalle informazioni contenute alla pagina 33 dell'allegato n. 1 al Dca n. 103

del 2015, per cui un confronto delle prevalenze di cui al riferito decreto con i dati cd, «Heath Search» e con i dati Istat conferma, inesorabilmente, una maggiore presenza di malati cronici in Calabria rispetto al resto d'Italia. Il Dca n. 103 del 2015 dà ancora una significativa maggiore prevalenza rispetto ai predetti dati, per cui chi ha firmato e validato quel decreto dovrebbe dedurre che in una regione come la Calabria, in cui il numero dei malati cronici è maggiore, è necessario aumentare la spesa per le relative cure e dunque cessare l'attuazione del piano di rientro. Inoltre, in Calabria l'indice di comorbilità, come anche rilevato nell'elaborato statistico dell'associazione «Mediass» è maggiore rispetto alla media nazionale; la maggiore spesa annua per la cura dell'ipertensione arteriosa, del diabete mellito, della broncopneumopatia cronica ostruttiva e dello scompenso cardiaco è stimata in 108 milioni 826 mila e 600 euro, in rapporto ai 16 anni di vigore dell'attuale criterio di ripartizione del fondo sanitario regionale. I dati messi in evidenza nel rapporto di «Mediass» evidenziano che la condizione della Calabria di maggiore prevalenza è piuttosto comune a tutto il Sud dell'Italia. Il «X Rapporto Sanità», presentato nell'ottobre 2014 alle competenti commissioni congiunte del Parlamento, mostra, per esempio, che la Valle d'Aosta spende di spesa sanitaria – sia pubblica che privata – *pro capite* ben 3179 euro, mentre la Calabria ne spende 2200. Nonostante quanto appena sopra evidenziato, la Valle d'Aosta e le regioni del Nord, che spendono sempre più della Calabria, sono ritenute virtuose, mentre la Calabria è in piano di rientro e commissariata. Dal «X Rapporto Sanità» emerge che il piano di rientro realizza una grande disegualianza, in primo luogo sul piano costituzionale, a danno dei cittadini della Calabria, costretti ad affrontare in proprio aggravii molto maggiori rispetto a quelli di aree settentrionali del Paese, benché la regione in parola abbia meno finanziamenti sanitari, più patologie croniche e comorbilità.

Il riferito piano di rientro serve a perpetrare una remota logica di marginalizzazione dell'estrema punta del Sud italiano, coperta dalla vulgata degli sprechi locali e delle ridondanti necessità di correttivi, spesso funzionali a mere mire affaristiche, consentite e alimentate a più livelli istituzionali.

Il commissariamento per l'attuazione del piano di rientro presenta profili di dubbia legittimità e lo stesso piano di rientro è infondato in ragione della spesa effettiva per la cura dei pazienti cronici della regione Calabria. Si traduce, nei fatti, in un mezzo per cancellare servizi sanitari essenziali, comprimere il diritto alla salute e attivare forzatamente delle consulenze (per esempio per i pagamenti senza tracce dell'ASP di Reggio Calabria, per la valutazione dell'offerta sanitaria regionale e per la revisione dei conti della sanità calabrese, con affidamento di servizi aggiuntivi in violazione della normativa sugli appalti pubblici); a parere dell'interrogante lo stesso mezzo (del piano di rientro con relativo commissariamento) in sostanza, strutture sanitarie, come il policlinico dell'università di Catanzaro, che hanno già utilizzato in scioltezza ingenti risorse pubbliche – pure elargite con modalità di dubbia a conformità alle norme e in mancanza dello strumento giuridico del protocollo d'intesa –, con conseguenti disavanzi e vicende ancora da chiarire come ad esempio quella del declino della Fondazione Tommaso Campanella.

**Si dichiara la piena disponibilità del deputato M5S Dalila Nesci e delle sue strutture, per tutte le iniziative, politiche e legali, volte a tutelare il P.O. “Beato Angelo” di Acri e la Salute dei cittadini.**

Distinti saluti.

Acri 19/04/2016

Meetup Acri in Movimento