

LE LEGGI PER LE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI SONO LE SENTENZE DEL CONSIGLIO DI STATO?

Dal 1968 "Prospettive assistenziali", iniziativa che dà voce al volontariato dei diritti, non beneficiando di alcuna sovvenzione da enti pubblici, è impegnata a difendere le esigenze vitali delle persone non autosufficienti, in particolare soggetti con disabilità intellettiva o con autismo e limitatissima o nulla autonomia, anziani malati cronici non autosufficienti, persone colpite dalla malattia di Alzheimer o da altre forme di demenza senile, oltre un milione di nostri concittadini, situazione nella quale anche da un momento all'altro può precipitare ognuno di noi e dei nostri cari (1).

Alla base della nostra attività di promozione della legalità ci sono le leggi (un'azione quindi distante dall'interpretazione arbitraria e dall'ideologia), che si portano dietro la difficile opera civile necessaria per farle applicare quando vengono disattese, in primo luogo dalle istituzioni che formalmente le hanno approvate. Proprio per questa impostazione, da sempre riconosciamo il ruolo e il valore delle istituzioni e, nell'ambito delle nostre limitate possibilità, operiamo, affinché sia riconosciuta, con apposite leggi, la pari dignità di tutti gli individui, in primo luogo quelli non autosufficienti.

La massima considerazione dei principi costituzionali e delle leggi fondamentali del diritto umano fondamentale alle cure dei soggetti con carenza di salute ha portato in alcune occasioni le organizzazioni del Csa (Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base) ad impugnare di fronte all'autorità giudiziaria provvedimenti discriminanti e lesivi dei diritti dei più deboli. Al termine del giudizio della magistratura, nel caso di sentenze che, dopo approfondito esame condotto anche con il confronto di esperti, riteniamo contrastanti con i bisogni vitali delle persone sopra indicate – gli ultimi degli ultimi perché impossibilitate ad autotutelarsi a causa dell'estrema gravità delle loro condizioni di salu-

te – esprimiamo su questa rivista le nostre osservazioni. Poche sono state negli ultimi tempi le sentenze del Consiglio di Stato a favore di questi nostri concittadini e numerose quelli che – a nostro avviso contrastano con le leggi vigenti.

Riferimenti assunti per l'analisi della sentenza

La nostra analisi delle sentenze del Consiglio di Stato, come tutte le attività svolte a difesa delle esigenze e dei diritti degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone colpite dalla malattia di Alzheimer o da altre forme di demenza senile, si fonda sui seguenti nostri pilastri:

a) Tutti questi nostri concittadini, oltre un milione nel nostro Paese, sono destinati senza alcuna eccezione a morire nel giro di 5- 6 giorni se non ricevono le occorrenti indifferibili prestazioni diagnostiche (rese spesso complesse dall'impossibilità degli infermi di segnalare la durata, l'intensità e a volte anche la localizzazione delle loro sofferenze) e terapeutiche (da monitorare con attenzione e con continuità soprattutto nei casi in cui i pazienti non sono in grado di comunicare l'efficacia dei trattamenti effettuati). Inoltre questi malati hanno l'indifferibile esigenza di essere alimentati (spesso mediante imboccamento), curati nella loro igiene personale (sovente è presente la doppia incontinenza), movimentati (allo scopo di evitare l'insorgere delle piaghe da decubito), nonché di ricevere tutte le prestazioni necessarie in base alle loro personali esigenze.

Se, come avviene per i malati posti in illegittime e crudeli liste di attesa, essi non muoiono, ciò è dovuto esclusivamente al fatto che intervengono i congiunti, che non hanno però alcun obbligo giuridico di svolgere le attività assegnate dalla legge al Servizio sanitario nazionale.

b) Il Servizio sanitario nazionale deve operare «senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino

(1) "Prospettive assistenziali" interviene anche a difesa delle esigenze e dei diritti dei minori in gravi difficoltà, ma le relative problematiche non vengono affrontate in questo articolo.

l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio» sanitario nazionale (articolo 1) e deve assicurare «la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata» (articolo 2).

c) *«Nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge» (articolo 23 della Costituzione) e mai il Parlamento ha approvato disposizioni per assegnare ai congiunti compiti attribuiti al Servizio sanitario nazionale.*

d) La priorità delle prestazioni domiciliari, valide per i malati se gli accuditori domiciliari sono idonei, se i servizi sanitari (medici, infermieri e se necessario riabilitatori), forniscono le occorrenti prestazioni, se è assicurato l'accesso ai servizi ospedalieri, ad esempio per dialisi o per emergenze dell'infermo o per l'assoluta e improvvisa impossibilità dell'accuditore familiare di operare. Inoltre le prestazioni domiciliari, economicamente molto convenienti per le Asl, non devono far precipitare i congiunti nella povertà. Gli accuditori domiciliari devono garantire una presenza 24 ore su 24 non solo per rispondere alle esigenze, anche impreviste, degli infermi, ma anche per evitare di essere accusati del reato di abbandono di incapaci, ad esempio nei casi in cui, lasciati soli, gli infermi compiono atti autolesionistici o danneggiano persone o cose, o subiscono violenze da terzi. Al riguardo si segnala che l'importo dell'indennità di accompagnamento (nel 2017 euro 515,43 al mese) corrisponde a 70 centesimi all'ora e che non si può chiedere all'accuditore una presenza di 24 ore al giorno per i 365 giorni dell'anno.

e) Come ha precisato l'Ordine dei Medici di Torino e Provincia nel documento del 6 luglio 2015 *«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 pertanto **hanno in tutti i casi esigenze sanitarie e socio-sanitarie indifferibili** in relazione ai loro quadri clinici e patologici».*

Premessa

Con il ricorso presentato il 16 gennaio 2017 dall'Avvocato Maria Luisa Tezza, l'Associazione promozione sociale, l'Utim – Unione per la tutela delle persone con disabilità intellettiva

(entrambe aderenti al Csa), l'associazione Mtd di Pavia e Umana di Perugia avevano ricorso contro la sentenza del Tar del Lazio n. 7352/2016. Oggetto del contendere il decreto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali di concerto con il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze del 15 maggio 2015 "Ripartizione delle risorse finanziarie affluenti dal fondo per le non autosufficienze per l'anno 2015". I ricorrenti contestavano al provvedimento di non essere, come da legislazione vigente ed in particolare legge istitutiva del fondo per le non autosufficienze (296/2006, commi 1264 e 1265), di mero riparto delle risorse, ma di vincolare illegittimamente tale erogazione a determinate categorie (disabili cosiddetti *«gravissimi»*, che non hanno riscontro nella normativa), a determinate prestazioni (escludendo quelle residenziali) e prospettando l'utilizzo delle risorse del fondo per le non autosufficienze, di esclusiva pertinenza socio-assistenziale, per prestazioni sanitarie tout-court. Con la sentenza 4347/2017 il Consiglio di Stato ha respinto il ricorso, giudicando non fondati i motivi di impugnazione.

Analisi della sentenza del Consiglio di Stato n. 4347/2017

1. Pur nel rispetto delle istituzioni, ma il loro comportamento deve essere corretto soprattutto quando intervengono nei confronti delle persone impossibilitate ad autodifendersi, gli ultimi degli ultimi, rileviamo con molta tristezza la **truffaldina omissione** dell'intera citazione della sentenza della Corte costituzionale n. 509/2000. Infatti nel provvedimento in esame il Consiglio di Stato ha evidenziato che *«la Corte costituzionale ha affermato che il (...) 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 (...) deve tener conto dei limiti oggettivi che il legislatore incontra in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone»*, non riportando – fatto di eccezionale gravità – il seguente seguito della frase: *«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 possono appunto pregiudicare l'attuazione di quel diritto», frase tra l'altro riportata nel ricorso insieme alla citazione dell'importante sentenza della stessa Corte costituzionale n. 304/1994.

Nefasta conseguenza della citata sconcertante omissione sono le seguenti false valutazioni contenute nella sentenza in oggetto: *«In sintesi la Corte costituzionale ha delineato una soluzione intermedia affermando che la necessaria discrezionalità del legislatore nel dare attuazione ai principi e ai diritti fondamentali debba necessariamente incontrare comunque il noto limite della “riserva del ragionevole e del possibile”»!*

2. Nella sentenza in oggetto il Consiglio di Stato ha asserito che l'impatto negativo delle tematiche affrontate dal decreto del Ministero del lavoro del 15 maggio 2015 “Ripartizione delle risorse finanziarie affluenti al Fondo per le non autosufficienze per l'anno 2015” *«è progressivamente collegato rispettivamente: - con l'invecchiamento generale della popolazione; - con il progressivo venir meno dell'assistenza erogata all'interno dei nuclei familiari; - con un sistema ospedaliero mirato sempre più verso l'assistenza ai malati acuti; - con la traumatica notoria crisi della finanza pubblica che ha portato restrizioni in tutti i settori (per cui si è parlato di crisi economica dello Stato sociale)»* (2).

Premesso che nella sentenza non viene rilevato che, contemporaneamente all'invecchiamento della popolazione, è avvenuto e si sta realizzando un relevantissimo aumento dei livelli di autonomia delle persone anziane, è sconcertante che il Consiglio di Stato affermi che *«nel quadro delle ristrettezze di una crisi della finanza pubblica, la volontà di assicurare la permanenza dei soggetti non autosufficienti nell'ambito familiare di provenienza, ha l'evidente finalità di favorire nel tempo l' incentivazione, il rafforzamento e l'integrazione delle differenti forme di assistenza da parte dei familiari e del vicinato in vista della deistituzionalizzazione dei disabili»* e che arrivi al punto di sostenere che *«i servizi esclusivamente residenziali comportano*

una separatezza spesso totale del soggetto non autosufficiente dal suo contesto sociale, con la conseguenza di escludere ogni possibilità di incidere sulle modalità di assunzione delle terapie e di negare al malato molti dei suoi diritti di persone».

Evidentemente siamo in presenza dell'assoluta non conoscenza delle esigenze sanitarie degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con demenza senile (3). Per quanto concerne queste ultime segnaliamo che nell'articolo “Il diritto alle cure e l'organizzazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie in residenze sanitarie assistenziali (Rsa)” pubblicato sul n. 193/2016 di “Prospettive assistenziali”, il dott. Pietro Landra, Direttore sanitario della Rsa “Il Trifoglio” di Torino, già responsabile dell'Unità valutativa geriatrica della Asl Torino 2, ha precisato quanto segue: *«Le persone accolte nelle Rsa non sono, come spesso si usa dire nel linguaggio comune, “vecchietti”, ma pazienti affetti da malattie spesso devastanti: demenze ed altre malattie neurodegenerative, esiti di incidenti vascolari, patologie oncologiche. Affermare che questi ricoverati hanno solo problemi assistenziali (e non sanitari, fatto che rende esigibile il loro diritto di essere curati) è assurdo. È difficile, se non impossibile, separare le componenti sanitarie da quelle assistenziali. Una recente sentenza del Tar del Lazio afferma che la separazione di clinica e assistenza non è percorribile essendo foriera di disfunzioni. Una Rsa, oltre ad accogliere a tempo indefinito i malati cronici, può essere una risorsa preziosa nella continuità delle cure dopo la degenza in ospedale o il passaggio in Pronto soccorso, può essere l'alveo in cui praticare cure palliative, può anche accogliere pazienti che necessitano di riabilitazione sia estensiva che intensiva, tutto con costi enormemente ridotti e non lontano da casa. Cito qui a titolo di esempio un caso recentemente affrontato che ben testimonia l'elevato grado di attività sanitarie che il personale delle Rsa si trova ad affrontare quotidianamente. Riguarda una paziente novantenne affetta da demenza senile, diabetica insulinodipendente, che nell'ultimo anno ha registrato in struttura diversi episodi di insuffi-*

(2) In merito all'asserita mancanza di adeguati finanziamenti si veda l'articolo “Il falso alibi delle risorse. I soldi ci sono. Rassegna degli sprechi e proposte operative per il recupero di rilevanti risorse economiche”, “Prospettive assistenziali”, n. 188/2014.

(3) È significativo che nella sentenza n. 4347/2017 mai siano usate le parole “malato” e “cure sanitarie” come se le persone non autosufficienti non fossero degli infermi con salute zero.

cienza respiratoria, un infarto cardiaco, vari episodi di subocclusione intestinale e febbri recidivanti che hanno richiesto anche consulenze ed esami mirati all'ospedale di riferimento. Tutti gli interventi clinici sono stati realizzati in Rsa, il che ha chiamato medici, infermieri, operatori socio-sanitari ad un'intensa attività di tipo sanitario».

D'altra parte nella sentenza n. 339/2015 lo stesso Consiglio di Stato ha riconosciuto la prevalenza delle prestazioni sanitarie fornite da una Rsa ad una malata cronica non autosufficiente ed ha stabilito l'obbligo da parte del Servizio sanitario nazionale di assumere tutte le spese del relativo ricovero (quota sanitaria e quota alberghiera). Analoghe sono le sentenze 7020/2015 della prima Sezione civile del Tribunale di Milano, n. 9017/2015 della terza Sezione civile dello stesso Tribunale di Milano, n. 689/2016 del Tribunale di Verona, n. 14180/2016 della seconda Sezione civile del Tribunale di Roma e la n. 617/2017 del Tribunale di Monza.

Da segnalare altresì il valore della sentenza n. 46/2017 con la quale Consiglio di Stato ha precisato che i Comuni non possono condizionare l'erogazione dell'integrazione delle quote alberghiere di ricovero presso Rsa per motivi economici.

Particolarmente importante anche la sentenza n. 3058/2017 nella quale, recependo integralmente quel che aveva deciso la Corte di Cassazione nel provvedimento n. 21748/2007, il Consiglio di Stato ha evidenziato che *«chi versa in stato vegetativo permanente è, a tutti gli effetti, persona in senso pieno che deve essere rispettata e tutelata nei suoi diritti fondamentali a partire dal diritto alla vita e dal diritto alle prestazioni sanitarie, a maggior ragione perché in condizioni di estrema debolezza e non in grado di provvedervi autonomamente»*. Al riguardo si osserva che le condizioni delle persone non autosufficienti e non in grado, come la grande maggioranza di essi, nemmeno di segnalare i propri bisogni vitali, sono sostanzialmente uguali a quelli dei soggetti in stato vegetativo permanente e richiedono quindi analoghe prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (4).

(4) Da notare che la degenza delle persone che versano in stato vegetativo permanente presso strutture residenziali è a totale carico del Servizio sanitario nazionale.

3. Per quanto concerne le prestazioni domiciliari, si segnala che anche le organizzazioni presentatrici del ricorso al Tar, hanno chiesto al Parlamento europeo di assumere le iniziative volte ad ottenere che anche nel nostro Paese venga effettivamente riconosciuta la loro priorità rispetto al ricovero, tenuto anche conto della negativa sentenza del Consiglio di Stato n. 5538/2015 (5).

4. Nella sentenza viene asserito che *«la legge, nel demandare sic et simpliciter ad un provvedimento amministrativo l'attuazione dei Lea, ha chiaramente lasciato la responsabilità delle relative decisioni in proposito alla sfera della discrezionalità politico-amministrativa»*. In merito si trascrive il testo dei commi 1264 e 1265 della citata legge 296/2006 evidenziando che non c'è alcun riferimento diretto o indiretto all'asserita delega per *«l'attuazione dei Lea»*. Il comma 1264 è così redatto: *«Al fine di garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti, è istituito presso il Ministero della solidarietà sociale un fondo denominato "Fondo per le non autosufficienze", al quale è assegnata la somma di 100 milioni di euro per l'anno 2007 e di 200 milioni di euro per ciascuno degli anni 2008 e 2009»*. Il comma 1265 è così redatto: *«Gli atti e i provvedimenti concernenti l'utilizzazione del Fondo di cui al comma 1264 sono adottati dal Ministro della solidarietà sociale, di concerto con il Ministro della salute, con il Ministro delle politiche per la famiglia e con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281»*.

A conferma che nei sopra citati commi non c'è alcuna disposizione che consenta di sostenere, come prevede la sentenza, che la legge 296/2006 ha demandato *«ad un provvedimento amministrativo l'attuazione dei Lea»*, si ricorda che i Lea sono stati resi esigibili nel 2002 (quattro anni prima della legge 296/2006) dall'articolo 54 della legge 289, il cui testo è il seguente:

«1. Dal 1° gennaio 2001 sono confermati i livelli essenziali di assistenza previsti dall'articolo

(5) Cfr. l'editoriale del n. 193/2016 di questa rivista *«Cure domiciliari: è tempo del loro concreto riconoscimento»*.

lo 1, comma 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

«2. Le prestazioni riconducibili ai suddetti livelli di assistenza e garantite dal Servizio sanitario nazionale sono quelle individuate all'allegato 1 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002, con le esclusioni e i limiti di cui agli allegati 2 e 3 del citato decreto, con decorrenza dalla data di entrata in vigore dello stesso decreto.

«3. La individuazione di prestazioni che non soddisfano i principi e le condizioni stabiliti dall'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, nonché le modifiche agli allegati richiamati al comma 2 del presente articolo sono definite con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano».

5. Si legge nella sentenza in oggetto che «esattamente il Tar ha dunque sottolineato che il decreto non muta l'individuazione dell'area delle prestazioni assistenziali, ma si preoccupa di ripartire delle risorse che sono del tutto aggiuntive a quelle in precedenza trasferite alle Regioni per l'attuazione dei Lea». Al riguardo si precisa che non ci sono mai state risorse «in precedenza trasferite alle Regioni per l'attuazione dei Lea» in quanto, per quanto concerne le somme di competenza del Servizio sanitario nazionale, esse sono erogate dallo Stato senza alcuna prefissata destinazione. Compete infatti alle Regioni di assegnare alle Asl i finanziamenti necessari per le attività imposte dai Lea per le varie categorie di aventi diritto della "Area integrazione socio-sanitaria" e cioè: assistenza programmata a domicilio (quota a carico delle Asl 50% per le «prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona»); per i programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali autosufficienti e non (70%); per le prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale per anziani non autosufficienti (50%); per le prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative per persone autosufficienti o non con problemi psichiatrici (40%); per le prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative in regime residenziale per disabili gravi (70%, 40% se

si tratta di disabili privi di sostegno familiare) (6); prestazioni terapeutiche di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per anziani autosufficienti (50%); prestazioni a favore di persone affette da Aids autosufficienti o non (70%).

Dunque, mentre le risorse del Fondo sanitario sono destinate dalla legge per tutte le prestazioni sanitarie fornite a persone malate autosufficienti o non autosufficienti, i finanziamenti del Fondo per le non autosufficienze, istituito dalla più volte citata legge 296/2006, sono previsti dalla legge esclusivamente per le persone non autosufficienti e non per le persone con disabilità gravi o gravissime e per i soggetti autosufficienti, per cui per tutti gli altri soggetti aventi diritto alle prestazioni non gratuite previste dai Lea, i Comuni devono provvedere con risorse proprie o di altra provenienza rispetto a quelli del Fondo per le non autosufficienze.

Conclusioni

Sulla base delle sconcertanti sopra analizzate nostre valutazioni il Consiglio di Stato:

- non ha riconosciuto l'evidente condizione di indifferibilità delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie delle persone non autosufficienti e pertanto con salute zero, sostenendo illogicamente che dovrebbero farsene carico in tutti i casi prioritariamente i congiunti, omettendo di considerare le citate norme dell'articolo 23 della Costituzione e non considerando le loro specifiche esigenze diagnostiche e sanitarie;
- ha evidenziato, senza alcuna prova, conseguenze estremamente negative causate da tutti i ricoveri delle persone non autosufficienti, affermando addirittura – lo ripetiamo che «i servizi esclusivamente residenziali comportano una separazione (spesso totale) del soggetto non autosufficiente dal suo contesto sociale, con la conseguenza di escludere ogni possibilità di incidere sulle modalità di assunzione delle terapie e di negare al malato molti dei suoi diritti di persona»;
- ha ritenuto corrette le norme del decreto del Ministero del lavoro del 15 maggio 2015, in base alle quali è stabilita la negazione dell'ero-

(continua a pag. 13)

(6) È altresì di estrema importanza rilevare che per le prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative in regime residenziale per disabili gravi, le norme sui Lea non contengono precisazioni riguardanti né la loro autosufficienza, né il livello della gravità.

gazione da parte dei Comuni di contributi destinati al ricovero delle persone non autosufficienti, nonostante la loro condizione di malati totali e la destinazione a questi soggetti dei finanziamenti stabiliti dalla legge 296/2006;

- nelle inaspettate ed inesistenti funzioni di legislatore, ha stabilito che la disabilità gravissima (7) deve essere considerata coincidente con la non autosufficienza, anche se il citato decreto è un semplice atto amministrativo. Dunque, ad esempio, tutte le persone in carrozzella, comprese quelle che svolgono attività lavorativa proficua, compresi quindi i Parlamentari, sono soggetti non autosufficienti!

- nella stessa posizione di legislatore ha affermato che: a) *«Non vi sono dubbi che l'attribuzione di una determinata quota di risorse pubbliche a destinatari preferenziali [non previsti dalla legge 296/2006, n.d.r.] costituisce una*

(7) Nel nostro ordinamento l'unico riferimento alla gravità, ma non a quella gravissima, è presente nel terzo comma dell'articolo 3 della legge 104/1992 che recita: «Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità. Le situazioni riconosciute di gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici». Come è evidente, si tratta di una definizione assolutamente generica, in cui non c'è alcun riferimento alla autosufficienza o alla non autosufficienza.

legittima determinazione [da parte di un atto amministrativo, n.d.r.] che afferisce al merito delle scelte "di governo" legittimamente rientranti alla sfera e discrezionalità e di responsabilità amministrativa che la legge [non c'è traccia nella sopra citata legge 296/2006 di misure discrezionali, n.d.r.] lascia all'Amministrazione»; b) «la decisione di stabilire una determinata quota di riserva per interventi a favore di persone – comunque non autosufficienti – con disabilità "gravissima" appare una finalità legittima oltre che assolutamente ragionevole», nonostante che la legge 296/2006 stabilisca che le erogazioni sono stabilite «con riguardo alle persone non autosufficienti»; c) «le associazioni non hanno alcuna legittimazione ad azionare la tutela dell'autonomia finanziaria degli enti locali e delle Regioni (...) in quanto sia le Regioni e le Province autonome sia l'Anci per le autonomie locali hanno mostrato di condividere pienamente tale scelta [sottrazione delle risorse destinate a coprire la quota sociale destinata alle persone non autosufficienti n.d.r.] di politica sociale sottoscrivendo le relativa intesa, il che è sul piano sostanziale toglie ogni valenza argomentativa alle censure», per cui detta intesa modificherebbe i contenuti della legge 296/2006 varata dal Parlamento (e di qualsiasi altra legge?)!