

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20

tel. 045502181 – fax. 0458278201 - cell. 3474447557

avvmarialulsatezza@puntopec.it

ORIGINALE

TRIBUNALE AMMINISTRATIVO REGIONALE

per il LAZIO

R I C O R S O con istanza cautelare

proposto da

- **U.T.I.M.** - Unione per la Tutela delle Persone con Disabilità Intellettiva - in persona del Presidente e legale rappresentante pro tempore, sig. Vincenzo Bozza, con sede legale in 10124 Torino, Via Artisti n. 36 (C.F. 97549820013) autorizzato con delibera del Consiglio Direttivo in data 12.10.2015

- **ASSOCIAZIONE “PROMOZIONE SOCIALE”**, in persona del Presidente e legale rappresentante pro tempore, sig. Francesco Santanera, con sede legale in 10124 Torino, Via Artisti n. 36 (C.F. 97557070014), autorizzato con delibera del Consiglio direttivo in data 18.08.2015

- **ASSOCIAZIONE “SENZA LIMITI ONLUS”**, in persona del Presidente e legale rappresentante pro tempore, sig. Fulvio Aurora, con sede legale in Milano, Via dei Carracci, 2 (C.F.: 97139120154) autorizzato con delibera del Consiglio Direttivo in data 15.10.2015

- **M.T.D.** - MOVIMENTO PER LA TUTELA DEI DIRITTI DELLE PERSONE DIVERSAMENTE ABILI E QUELLE NON AUTOSUFFICIENTI ORGANIZZAZIONE ONLUS, in persona del Presidente e legale rappresentante pro tempore, ing. Arek Filibian, con sede legale in Pavia, Piazzale Salvo D'Acquisto n. 8 (C.F. 96062140189) autorizzato con delibera del Consiglio direttivo in data 07.10.2015

- **ASSOCIAZIONE UMANA** (Unione per la difesa dei diritti dei Malati Anziani Non Autosufficienti) in persona del Presidente e legale rappresentante pro tempore, sig.ra Elena Brugnone, con sede legale in 06126 Perugia, Strada comunale San Vetturino n. 8/F (C.F. 94145920545) autorizzato con delibera del Consiglio direttivo in data 13.10.2015,

tutte rappresentate e difese dall'avv. Maria-Luisa Tezza (TZZMLS64S68Z133F) con studio in Verona, via Pomposa n. 20 (fax 0458276201 pec avvmarialuisatezza@puntopec.it) ed elett.te dom.ti presso lo studio dell'avv. Alessandra Mari (MRALSN66B67H501G) in 00186 Roma, Piazza Santa Anastasia n. 7 (fax n. 06-3223394 PEC alessandra.mari@legalmail.it) giusta procura in calce al presente atto,

- con richiesta di gratuito patrocinio -

contro

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI in persona del Ministro legale rappresentante pro tempore (C.F. 80237250586), presso l'Avvocatura Generale dello Stato, in 00186 Roma, Via dei Portoghesi, 12

e contro

MINISTERO DELLA SALUTE in persona del Ministro legale rappresentante pro tempore (C.F. 80242250589), presso l'Avvocatura Generale dello Stato, in 00186 Roma, Via dei Portoghesi, 12

nonché contro

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE in persona del Ministro legale rappresentante pro tempore (C.F. 80415740580), presso l'Avvocatura Generale dello Stato, in 00186 Roma, Via dei Portoghesi, 12

***in punto*: annullamento previa sospensione cautelare:**

- del Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali di concerto con il Ministro della Salute ed il Ministro dell'Economia e delle Finanze, in data 14.05.2015 pubblicato sulla G.U. n. 178 del 03.08.2015 ad oggetto: *"Ripartizione delle risorse finanziarie affluenti al fondo per le non autosufficienze per l'anno 2015"* (doc. 1),
- nonché di ogni altro atto, anche endoprocedimentale, connesso e/o accessorio, presupposto e/o consequenziale rispetto al decreto impugnato.

* * *

Il decreto impugnato costituisce l'ennesima riprovevole conferma della volontà politica di dirottare enormi risorse economiche in una direzione ben diversa da quella in origine impressa dal legislatore nazionale a tutela delle *“persone non autosufficienti”*.

Ed infatti il **“Fondo per le non autosufficienze”** (d'ora in poi FNA) è stato istituito con la L. 296/2006 art. 1, comma 1264, per *garantire* ai sensi dell'art. 117 co. 2 lett. m) Cost. *l'attuazione su tutto il territorio nazionale dei livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie – c.d. L.E.A. disciplinati con legge dello Stato (art. 54 L. 289/2002, D.P.C.M. 14.2.2001 e D.P.C.M. 29.11.2001) – con riguardo alle persone non autosufficienti*. Le risorse del FNA devono pertanto essere obbligatoriamente destinate esclusivamente alle *“persone non autosufficienti”* e cioè ai soggetti nei cui confronti, come precisa La L. 508/88, art. 1, comma 2, lett. b), *“sia stata accertata una inabilità totale per affezioni fisiche o psichiche e che si trovino nella impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognano di una assistenza continua”*.

Con il decreto impugnato, invece, assistiamo di fatto a quello che possiamo definire un ingannevole stratagemma: il FNA viene *apertis verbis* destinato in direzione diversa ed, addirittura, **utilizzato per finanziare prestazioni che dovrebbero essere invece prevalentemente, ed in certi casi interamente, a carico del SSN**.

Per effetto di ciò, 3 milioni¹ di italiani non autosufficienti con problemi di salute non solo vengono privati della compartecipazione prevista per la quota c.d. sociale ma, addirittura, non vedono garantita la loro quota sanitaria delle prestazioni, cui hanno pieno diritto ai sensi dell'art. 32 Cost.

¹ Secondo i dati Istat 2001 sono 2.615.000 le persone non autosufficienti. Nel 2011 gli ultra75 superavano i 6 milioni e 147 mila unità. Con l'avanzare dell'età cresce la proporzione di coloro che dichiarano di avere una malattia o un problema di salute cronici, superando la metà dei cittadini di età compresa tra i 75 e gli 84 anni e sfiorando il 64% tra gli over 85.

Paradossalmente ciò avviene a scapito proprio di coloro che hanno più bisogno: persone malati invalidi al 100% non autosufficienti i quali, a causa del proprio status, si trovano ricoverati in strutture residenziali. Proprio a costoro il decreto impugnato nega quell'essenziale assistenza socio-sanitaria per garantire la quale era stato creato il FNA.

La inevitabile conseguenza è l'accollo a carico dei malati invalidi al 100% non autosufficienti di quanto dovrebbe, invece, gravare a carico del SSN e dei Comuni per le prestazioni residenziali e semiresidenziali.

E' evidente che a fronte di una siffatta gravissima violazione di diritti di rango costituzionale, di una inaccettabile lesione della dignità delle persone non autosufficienti tutelata ad ogni livello (nazionale, europeo ed internazionale), di una arbitraria ed ingiustificata invasione di competenza, le associazioni ricorrenti hanno avvertito l'imperativo di agire in via giudiziaria per la tutela e nell'interesse di quanti, per l'età o la condizione di handicap, non sono in grado di autodifendersi.

* * *

Legittimazione ed interesse delle associazioni ricorrenti

Il ricorso de quo ha ad oggetto la tutela degli interessi dei cittadini malati invalidi al 100% non autosufficienti al fine di garantire il rispetto dei Livelli Essenziali di assistenza socio-sanitaria che agli stessi devono essere riconosciuti.

Evidente è il gravissimo pregiudizio che il decreto impugnato arreca a detta fascia debole della popolazione che possiamo stimare, come accennato, in circa 3 milioni di persone.

Pacifica pertanto la legittimazione ad agire e l'interesse delle associazioni ricorrenti, storicamente impegnate per la promozione e la tutela dei diritti delle persone non autosufficienti (doc. 2-5).

* * *

FATTO

In data 03.08.2015 veniva pubblicato sulla G.U. n. 178 il decreto adottato in data 14.05.2015 dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali di concerto con il Ministro della Salute e il Ministro dell'Economia e delle Finanze (**doc. 1**).

Detto decreto reca quale oggetto: *“Ripartizione delle risorse finanziarie affluenti al fondo per le non autosufficienze per l'anno 2015”*.

- **L'art. 1 (“Riparto delle risorse”)** destina i 400 milioni assegnati al *“Fondo per le non autosufficienze”*, per una quota pari a 390 milioni alle Regioni per le finalità indicate all'art. 2 e per la restante quota di 10 milioni al Ministero del lavoro e delle politiche sociali per progetti sperimentali in materia di vita indipendente. Ciò sulla base ed in funzione di due indicatori della domanda potenziale di servizi per la non autosufficienza: a) popolazione pari o superiore a 75 anni, nella misura del 60%; b) criteri per il riparto del Fondo nazionale per le politiche sociali nella misura del 40%. Emerge, dunque, sin d'ora che i destinatari privilegiati, in percentuale pari al 60%, delle risorse del FNA sono i cittadini **ultra75 non autosufficienti**.

- **L'art. 2 (“Finalità”)** indica correttamente – al comma 2 - la necessità che le **risorse siano finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza SOCIALE dell'assistenza socio-sanitaria** e, dunque, **non possano essere sostitutivi (ma aggiuntivi e complementari)** rispetto **a quelli sanitari**. Ciò nel rispetto della *ratio* del FNA. Così tra le *«aree prioritarie di intervento»* a cui le risorse devono essere destinate, la *lett. c)* individua quale *supporto alla persona non autosufficiente*, l'assunzione dell'**ONERE della QUOTA SOCIALE nel caso di ricoveri in strutture sociosanitarie**. Detta assunzione viene tuttavia limitata ai ricoveri temporanei (c.d. di sollievo) con esclusione espressa - del tutto illegittima - per le *prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo di natura non temporanea*.

- **L'art. 3 (“Disabilità gravissime”)** **impone** alle Regioni ed ai Comuni l'obbligo di utilizzare le risorse *prioritariamente e comunque in maniera esclusiva per una quota non inferiore al 40%*, per interventi a favore di persone in condizione di *disabilità gravissima*. Il medesimo articolo introduce la definizione di *persone in*

condizioni di disabilità gravissima identificandole nelle persone in condizione di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio di carattere sociosanitario nelle 24 ore, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche, con la compromissione delle funzioni respiratorie, nutrizionali, dello stato di coscienza, privi di autonomia motoria e/o comunque bisognosi di assistenza vigile da parte di terza persona per garantirne l'integrità psico-fisica.

- L'art. 4 ("Integrazione socio-sanitaria") impone ("si impegnano") alle Regioni e ai Comuni l'obbligo di: a) prevedere o rafforzare punti unici di accesso alle prestazioni e ai servizi da parte di Aziende sanitarie e Comuni»; b) attivare o rafforzare modalità di presa in carico della persona non autosufficiente attraverso un piano personalizzato di assistenza che integri le diverse componenti sanitaria, socio-sanitaria e sociale»; c) implementare modalità di valutazione della non autosufficienza attraverso unità multi-professionali UVM, in cui siano presenti le componenti clinica e sociale»; d) definire gli ambiti territoriali di programmazione omogenei per il comparto sanitario e sociale in modo che gli ambiti sociali intercomunali di cui all'art. 8 L. 328/2000 coincidano con i distretti sanitari.

- L'art. 5 disciplina le modalità di "erogazione e monitoraggio" degli interventi di cui all'art. 2 tenuto conto di quanto disposto all'art. 3 comma 1. Precisa, inoltre, che la programmazione degli interventi si inserisce nella più generale programmazione per macro-livelli e obiettivi di servizio delle risorse afferenti al Fondo nazionale per le politiche sociali. Il comma 3 richiama il SINA – Sistema informativo nazionale per la non autosufficienza – introdotto dal decreto interministeriale n. 206 in data 16.12.2014 ("Regolamento recante modalità attuative del Casellario dell'ASSISTENZA") il quale, all'art. 5, individua per la *disabilità e non autosufficienza* una "Banca dati della valutazione multidimensionale per la presa in carico" nel caso in cui all'erogazione di una prestazione **SOCIALE** sia associata una presa in carico da parte del servizio sociale professionale competente

per la *presa in carico, progettazione, valutazione multidimensionale, inserimento in strutture residenziali e centri diurni* (D.M. 206/2014, art. 1, comma 2, lett. h).

* * *

Il Fondo per le non autosufficienze - FNA

Per comprendere la grave illegittimità del decreto impugnato appare imprescindibile soffermarsi sulla *ratio* e sulla natura del FNA siccome indicata nella relativa norma di istituzione, *id est* la legge 27 dicembre 2006 n. 296 c.d. "Finanziaria 2007".

L'articolo 1, comma 1264 della L. 296/2006 così statuisce: «*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 prevede che «*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*».

Il Fondo ha dunque per **destinatari** le *persone non autosufficienti*.

La finalità è indicata nella necessità di *garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie* che, ai sensi dell'art. 117, co. 2, lett. m, Cost. *devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale*.

Come correttamente precisato nell'art. 2, comma 2, del decreto impugnato, le risorse del FNA devono essere utilizzate per la copertura dei **COSTI di rilevanza SOCIALE dell'assistenza socio-sanitaria** e sono aggiuntive rispetto alle risorse già destinate alle prestazioni e ai servizi a favore delle persone non autosufficienti da parte delle Regioni, nonché da parte delle autonomie locali e, pertanto, i conseguenti finanziamenti non sono sostitutivi, ma aggiuntivi e complementari a quelli sanitari.

Dunque le risorse del FNA vedono come destinatari i Comuni.

L'art. 22 della L. 328/2000 indica tra gli interventi che costituiscono il *livello essenziale delle prestazioni sociali* (*“ferme restando le competenze del servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione nonché le disposizioni in materia di integrazione socio-sanitaria di cui”* al D.Lgs. 502/1992) alla lett. g *“l'accoglienza e la socializzazione presso strutture residenziali .. per coloro che, in ragione della elevata fragilità personale o di limitazione dell'autonomia, non siano assistibili a domicilio”*.

Ed infatti per le prestazioni socio-sanitarie, ossia per quelle nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili, il **D.P.C.M. 29.11.2001** (*“Definizione dei livelli essenziali di assistenza”* socio-sanitaria - c.d. LEA) nell'allegato 1.C (*“area integrazione socio-sanitaria”*) indica la **percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al SSN, percentuale che grava a carico dei Comuni (c.d. quota sociale)**.

Si tratta di limiti essenziali delle prestazioni socio-sanitarie, minimi e non derogabili dalla legislazione regionale dopo che, con la riforma introdotta con L. Cost. 3/2001, tale materia è stata inserita tra quelle di legislazione esclusiva dello Stato al fine di garantire su tutto il territorio nazionale una uniformità di trattamento sul piano dei diritti di tutti i soggetti [art. 117 comma 2 lett. m) Cost.].

Sulla piena rispondenza dei LEA socio-sanitari così definiti con la fattispecie di cui all'art. 117 comma 2 lett. m) Cost., la Corte Costituzionale si è già definitivamente pronunciata² riconoscendone l'importanza quale fondamentale strumento per garantire il mantenimento di una adeguata *uniformità di trattamento sul piano dei diritti di tutti i soggetti*; il godimento dei livelli essenziali di assistenza come definiti dal D.P.C.M.

² *ex plurimis* C.Cost., sentt. 282/2002, 88/2003, 353/2003, 383/2003, 387/2007, 271/2008.

29.11.2001, infatti, deve essere *assicurato a tutti in condizioni di uguaglianza sul territorio nazionale*³, affinché non si verifichi che in parti di esso gli utenti debbano, in ipotesi, assoggettarsi ad un regime di assistenza sanitaria inferiore per qualità e quantità, a quello ritenuto intangibile dallo Stato⁴.

Detti livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie sono cogenti in base all'art. 54 L. 289/2002 che così statuisce:

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

L'all. 1.C del dcpm 29.11.2001 definisce, dunque, le percentuali di oneri a carico del SSN (c.d. quota sanitaria) e dei Comuni (c.d. quota sociale) in merito alle prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali che devono essere obbligatoriamente assicurate alle persone con disabilità intellettiva o con autismo e limitata o nulla autonomia, ai pazienti con problemi psichiatrici definiti «a bassa intensità assistenziale», agli anziani malati cronici non autosufficienti, infermi ai quali vengono generalmente equiparati i soggetti colpiti dal morbo di Alzheimer o da altre forme di demenza senile. Trattasi di **persone** che possono essere definite come **non autosufficienti**. Ed infatti la Corte Costituzionale nella sentenza n. 36/2013, dopo aver ricordato che «l'attività sanitaria e socio-sanitaria a favore di anziani non autosufficienti (identiche sono le norme concernenti le persone con disabilità o con autismo) è elencata tra i livelli essenziali di assistenza sanitaria dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001», ha definito **non**

³ C.Cost. 282/2002

⁴ C.Cost. 271/2008 e 387/2007

autosufficienti le «persone anziane o disabili che non possono provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri».

Nei confronti di tutti i succitati cittadini colpiti da patologie e/o da disabilità invalidanti i Comuni sono obbligati, pertanto, a coprire gli oneri economici non assicurati dal SSN e dagli utenti. In estrema sintesi l'all. 1.C del dpcm 29.11.2001 così indica la quota degli oneri a carico dei Comuni (o dell'utente):

- punto 7: per gli interventi socio-sanitari domiciliari ivi compresi (lett. e) «*le prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona*» la percentuale del 50% a carico del SSN e del **50% a carico del Comune** o dell'utente. Si tratta di prestazioni che possono essere fornite (cfr. la legge della Regione Piemonte n. 10/2010) anche da badanti e da congiunti;

- punto 8: per gli interventi semiresidenziali (centri diurni)
 - per gravi disabili fisici, sensoriali, intellettivi o con autismo, la percentuale del 70% a carico del SSN e del **30% a carico del Comune** o dell'utente;
 - per anziani non autosufficienti (punto 8) 50% a carico del SSN e **50% a carico del Comune** o dell'utente

- punto 9: per gli interventi residenziali
 - per persone con problemi psichiatrici a *bassa intensità assistenziale*, 40% a carico del SSN e **60% a carico del Comune** o dell'utente
 - per i citati disabili gravi, 70% a carico del SSN e **30% a carico del Comune** o dell'utente
 - per i citati anziani non autosufficienti e le persone con demenza senile, 50% a carico del SSN e **50% a carico del Comune** o dell'utente.

La L. 328/2000 all'art. 6 (“*Funzioni dei Comuni*”), comma 4, prevede che “*per i soggetti per i quali si renda necessario il ricovero stabile presso strutture residenziali, il comune nel quale essi hanno la residenza prima del ricovero, previamente informato, assume gli obblighi connessi all'eventuale integrazione economica*”.

Il FNA è stato creato per garantire, con riguardo alle persone non autosufficienti, l'attuazione dei detti LEA, nell'ambito dell'offerta integrata dei servizi socio-sanitari, siccome indicati dal dpcm 29.11.2001.

Al fine di *garantire l'attuazione degli stessi in modo uniforme su tutto il territorio nazionale*, la L. 229/2006, art. 1 commi 1264 e 1265, ha destinato in via esclusiva i finanziamenti del FNA a coprire la quota sociale (non coperta dal SSN) che grava a carico dei Comuni in base alla detta normativa nazionale sui LEA.

Pertanto il FNA non può essere utilizzato per finanziare interventi e/o prestazioni che non sono ricompresi nei LEA definiti dal dpcm 29.11.2001.

In base alle citate norme sui Lea, i Comuni devono provvedere alla copertura degli oneri a loro carico – c.d. quota sociale - per la parte non versata dagli utenti nei riguardi di tutti gli utenti ammessi alle prestazioni a carico del SSN.

Ne deriva in modo incontrovertibile che i finanziamenti destinati ai Comuni, provenienti dal FNA, non possono e non devono essere utilizzati per coprire gli oneri a carico del SSN e, quindi, delle Asl.

Ne deriva, altresì, che i finanziamenti del FNA non possono essere utilizzati per interventi a favore di coloro che non ricevono le prestazioni ed i relativi contributi, siccome definiti nel dpcm 29.11.2011, da parte del SSN tramite le Asl.

* * *

Così chiarita la ratio del FNA, riteniamo che il decreto impugnato sia gravemente lesivo degli interessi delle persone non autosufficienti ed illegittimo per i seguenti motivi di

DIRITTO

I: VIOLAZIONE DI LEGGE: L. 296/2006, art. 1 comma 1264 e 1265; art. 32, 117, co. 2, lett. m, art. 119 Cost.; dpcm 14.02.2001 e 29.11.2001; ECCESSO DI POTERE: sviamento; INCOMPETENZA

La L. 296/2006, art. 1 comma 1265, nell'istituire il FNA non ha certo delegato i Ministeri ivi indicati a modificare le norme sui LEA; il compito loro assegnato è quello di adottare *“gli atti e i provvedimenti concernenti l'utilizzazione”* del FNA per le finalità dettate nel precedente comma: *“garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale”*.

Il vincolo imposto dal legislatore statale appare chiaro ed è ulteriormente rafforzato dall'utilizzo per ben due volte del termine *“garantire”*.

Lo ribadiamo: **la normativa sui LEA - livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie - introdotta dal dpcm 29.11.2001 (le cui norme sono cogenti in base alla L. 289/2002, art. 54) garantisce il pieno e immediato diritto alle prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali a TUTTI i cittadini affetti da patologie invalidanti e da non autosufficienza, nonché alle persone con disabilità fisica e/o intellettiva e/o con autismo e limitata o nulla autonomia.**

Un decreto ministeriale non può determinare, modificare e/o innovare i “livelli essenziali delle prestazioni” cui fa riferimento l'art. 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione.

Ne deriva che il decreto ministeriale impugnato è illegittimo nella misura in cui incide – modificandolo - su quanto già previsto dalla normativa nazionale sui LEA per quanto concerne:

- la destinazione delle risorse agli utenti
- la definizione di priorità nella erogazione
- i criteri per l'individuazione di nuovi utenti.

Illegittimo è pertanto l'art. 2 che impone la destinazione delle risorse del FNA alle *“aree prioritarie di intervento”* ivi precisate, **diverse** – peraltro - da quelle indicate dalla detta normativa sui LEA.

Addirittura, in palese violazione della L. 296/2006, l'art. 2 del decreto in oggetto **esclude** dalle *«aree prioritarie di intervento»* le obbligatorie prestazioni semiresidenziali e residenziali stabilite dalla legislazione nazionale sui LEA a favore

delle persone con disabilità o con autismo, degli infermi psichiatrici, degli anziani malati cronici non autosufficienti e dei soggetti colpiti dal morbo di Alzheimer o da altre forme di demenza senile.

Parimenti illegittimo è l'obbligo imposto nell'art. 3 alle Regioni ed ai Comuni di utilizzare le risorse *“prioritariamente e comunque in maniera esclusiva”* nella percentuale ivi indicata (“40%”) *«a favore di persone in condizione di disabilità gravissima»*.

Ancora, un decreto Ministeriale non può certo imporre alle Regioni gli obblighi previsti dall'art. 4 (*“..le regioni si impegnano a... prevedere o rafforzare ... punti unici di accesso alle prestazioni e ai servizi ... da parte di Aziende sanitarie e Comuni»; “attivare o rafforzare modalità di presa in carico della persona non autosufficiente attraverso un piano personalizzato di assistenza che integri le diverse componenti sanitaria, socio-sanitaria e sociale»; implementare “modalità di valutazione della non autosufficienza attraverso unità multi-professionali UVM, in cui siano presenti le componenti clinica e sociale»; definire gli ambiti territoriali di programmazione omogenei per il comparto sanitario e sociale”*).

A seguito delle modifiche introdotte dalla legge costituzionale n. 3/2001, in base all'art. 117, 4 co., Cost. *«spetta alle Regioni la potestà legislativa in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata allo Stato»*, com'è il caso dell'assistenza sociale.

In detta materia lo Stato (il legislatore statale e non certo il Ministero) può intervenire esclusivamente mediante la *“determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”* siccome previsto dall'art. 117, lett. m, Cost.

Come già esposto, gli attuali LEA disciplinati dal dpcm 29.11.2001 assegnano ai Comuni essenzialmente il ruolo relativo alle integrazioni economiche della c.d. quota sociale, non coperta dal SSN, per le prestazioni – nella misura e tipologia – ivi indicate.

E' inoltre pacifico che **un decreto ministeriale non può imporre “un preciso vincolo di destinazione nell'utilizzo delle risorse da assegnare alle Regioni Ciò si pone in contrasto con i criteri e limiti che presiedono all'attuale sistema di autonomia finanziaria regionale, delineato dal nuovo art. 119 della Costituzione, che non consentono finanziamenti di scopo per finalità non riconducibili a funzioni di spettanza statale”**; ed infatti **“non sono consentiti finanziamenti a destinazione vincolata, in materie e funzioni la cui disciplina spetti alla legge regionale, siano esse rientranti nella competenza esclusiva delle Regioni ovvero in quella concorrente, pur nel rispetto, per quest'ultima, dei principi fondamentali fissati con legge statale (sentenze numeri 16 del 2004 e 370 del 2003)”** (sentenza Corte Cost. n. 423/2004).

Ne deriva che sono costituzionalmente illegittime non solo le norme citate contenute nell'art. 2 del decreto impugnato, ma anche quelle oggetto delle lett. a), b), c) e d) dell'art. 4 dello stesso.

Ed infatti nei LEA – lo ribadiamo - non vi sono norme riguardanti quanto previsto negli artt. 2 e 4 del decreto.

Né certamente la materia dei LEA socio-sanitari appartiene alla competenza ministeriale; né vi rientra quella dei “servizi sociali” che è, invece, in capo alle Regioni.

Il decreto impugnato è pertanto illegittimo in quanto utilizza le risorse del **FNA per finanziare interventi e/o prestazioni che non sono ricompresi nei LEA siccome definiti dal dpcm 29.11.2001.**

II: VIOLAZIONE DI LEGGE: L. 296/2006 art. 1 comma 1264; DPCM 14.02.2001 e 29.11.2001; art. 32, 38 e 117, comma 2 lett. m), Cost; Convenzione di New York sui diritti delle persone con disabilità; SVIAMENTO

Abbiamo già illustrato come ai sensi della L. 296/2006 i finanziamenti del FNA devono essere destinati *«al fine di garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale con riguardo alle*

semiresidenziali e residenziali siccome indicate nel dpcm 29.11.2001 che ha per oggetto, appunto, la “*Definizione dei livelli essenziali di assistenza*” - c.d. LEA.

Ne deriva che, non solo il decreto impugnato non può modificare quanto previsto a livello legislativo ma, neppure, può espressamente vietare di destinare le risorse del FNA alle «*prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo di natura non temporanea*».

Illegittimo appare pertanto il decreto impugnato laddove (art. 2) individua le aree prioritarie di intervento con espressa “*esclusione delle prestazioni erogate in ambito residenziale*”.

In modo parimenti illegittimo, l’art. 2 esclude gli interventi **semiresidenziali** e cioè i centri diurni frequentati, ad esempio, dai soggetti non autosufficienti con disabilità intellettiva o autismo.

Ne deriva che le norme del decreto non consentono in alcun modo di contribuire al costo delle “*prestazioni assistenziali*” a favore di coloro che sono ricoverati in strutture residenziali o semiresidenziali.

Non è chi non veda, pertanto, la palese violazione dei LEA che sono rivolti, infatti, a **tutelare le “*persone non autosufficienti*” nelle molteplici modalità socio-sanitarie specificamente indicate nel dpcm 29.11.2001.**

La violazione appare massima se consideriamo che i servizi residenziali hanno come utenti soprattutto⁵ quei cittadini ultra75 non autosufficienti che sono indicate come destinatari privilegiati - nella misura del 60% - delle risorse *de quibus* (art. 1).

⁵ Per quanto riguarda l’accesso ai presidi assistenziali e sociosanitari da parte di anziani non autosufficienti, secondo la serie storica dei dati ISTAT (2004, 2010, 2012) negli ultimi anni il tasso degli utenti ultrasessantacinquenni di queste strutture sulla popolazione anziana è salito in modo significativo: si è passati da un tasso stabile dell’1,4% tra il 2000 e il 2006 all’1,8% del 2010. Al contrario, l’accesso a residenze dedicate ad anziani autosufficienti ha visto una lieve diminuzione, dallo 0,8% di anziani che ne hanno usufruito nel 2000 allo 0,6% nel 2010

III: VIOLAZIONE DI LEGGE: art. 32 e 38 Cost; L. 296/2006 art. 1 comma 1264; L. 508/88; dpcm 14.02.2001 e 29.11.2001;

Abbiamo già visto come il FNA ai sensi della L. 296/2006 art. 1 comma 1264 ha come destinatari *“le persone non autosufficienti”*.

La *“non autosufficienza”* è definita nella L. 508/88, art. 1 comma 2, lett. b: essa riguarda i *“cittadini nei cui confronti sia stata accertata una inabilità totale per affezioni fisiche o psichiche e che si trovino nella impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognano di una assistenza continua.*

Anche nel recente dpcm 159/2013 (Regolamento sull'ISEE) nell'allegato 3 vengono indicate le tre categorie di *“disabilità media”, “disabilità grave”* e *“non autosufficienza”* ed ai fini di quest'ultima viene richiamata la L. 508/88, art. 1, comma 2, lett. b)

Le risorse del FNA devono, dunque, essere rivolte esclusivamente ed obbligatoriamente alle persone “non autosufficienti”.

L'art. 3 del decreto impugnato dirotta, invece, dette risorse *“prioritariamente e comune in maniera esclusiva per una quota inferiore al 40%”* alle persone *“in condizioni di disabilità gravissima”*.

Palese appare, dunque, l'illegittimità del **decreto impugnato che viola non solo il contenuto ma anche la ratio e le finalità impresse al FNA dalla legge istitutiva.**

Peraltro **il concetto di “non autosufficienza” è diverso da quello di “disabilità gravissima”.**

Come vedremo nel successivo motivo, la situazione di disabilità non coincide né è sovrapponibile a quello di non autosufficienza.

Basti sul punto fare nuovamente riferimento all'allegato 3 del dpcm 159/2013 che non solo distingue il “disabile grave” dalla persona “non autosufficiente”, ma per ciascuna

di dette situazioni richiama riferimenti normativi del tutto diversi: in particolare gli anziani invalidi civili over65 sono “*disabili gravi*” se hanno “*difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni propri della loro età, inabili 100%*” in base al D.Lgs. 124/98, art. 5, comma 7; divengono, invece, “*non autosufficienti*” se sono in condizioni di usufruire dell’*indennità di accompagnamento* ai sensi della L. 508/88, art. 1, comma 2, Lett. b).

Attesa la differenza e non sovrapponibilità delle dette due condizioni, ne deriva l’illegittimità del decreto impugnato nella misura in cui **sostituisce** al destinatario previsto dalla legge istitutiva del FNA, una categoria ivi non prevista né contemplata.

IV: VIOLAZIONE DI LEGGE: art. 3, 32, 38 e 117, comma 2, lett. m), Cost; L. 104/1992; Convenzione di New York sui diritti delle persone con disabilità; L. 3 marzo 2009 n. 18; dpcm 14.02.2001 e 29.11.2001; D.Lgs. 124/98; L. 296/2006 art. 1 comma 1264 e 1265;

Il provvedimento impugnato non solo, come appena illustrato, indica come destinatari privilegiati le “*persone in condizione di disabilità gravissima*” – e dunque una categoria diversa rispetto a coloro che si trovano in condizione di “*non autosufficienza*” – ma, addirittura, nell’art. 3 introduce la definizione di “*disabilità gravissima*”.

Orbene non rientra di certo nella competenza ministeriale – in assenza di una delega ad hoc - la definizione del concetto di “disabilità”, tantomeno “gravissima”.

Non è questa la sede per ripercorrere l’evoluzione del concetto di disabilità a livello nazionale ed internazionale. Siano sufficienti alcune considerazioni, utili per comprendere la “*mostruosità*” del ruolo che si arroga il decreto ministeriale impugnato.

L’art. 3 Cost., ricalcando la Dichiarazione universale dei diritti dell’uomo (ONU, 1948), sancisce che tutti i Cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione alcuna, e che «è compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e

L'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana ...».

Lo stesso articolo vieta la **distinzione** «di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali».

L'art. 38 Cost. prevede che «ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale».

La L. 104/1992 si rivolge ai "diversamente abili", ovvero coloro che presentano una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione. L'art. 3 definisce la «persona handicappata» come «colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione»; il comma 3 specifica l'accezione di disabile grave: «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.»

Nel precedente motivo abbiamo già ricordato il D.Lgs. 124/98 che all'art. 5, comma 7, gradua la disabilità come "media" o "grave" in relazione alla "presenza di difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età".

Evidenziamo che nelle sopra citate definizioni il legislatore non fa mai riferimento alla "non autosufficienza", ciò a dimostrazione del fatto che – come abbiamo già evidenziato - il concetto non coincide necessariamente con quello di *disabile gravissimo*.

La **Convenzione di New York sui diritti delle persone con disabilità**, approvata il 13.12.2006 e ratificata dall'Italia con L. 03.03.2009 n. 18, introduce una definizione "rivoluzionaria" rispetto a quella contenuta nella legislazione italiana: viene affermata la responsabilità di fondo delle politiche di ciascun Paese e dei servizi che questo attiva e mantiene per favorire la piena inclusione e le pari opportunità senza discriminazioni basate sulla disabilità.

L'art. 1 parla esplicitamente di persone disabili, definendole come "*coloro che presentano una duratura e sostanziale alterazione fisica, psichica, intellettuale o sensoriale la cui interazione con varie barriere può costituire un impedimento alla loro piena ed effettiva partecipazione nella società, sulla base dell'uguaglianza con gli altri*".

Giova ricordare anche lo strumento di classificazione innovativo, multidisciplinare e dall'approccio universale: "*La Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*", denominato **ICF elaborato dall'OMS** in data 22.05.2001.

L'OMS, attraverso l'ICF, propone un modello di disabilità universale, applicabile a qualsiasi persona, normodotata o diversamente abile: la disabilità non viene considerata un problema di un gruppo minoritario all'interno di una comunità, ma un'esperienza che tutti, nell'arco della vita, possono sperimentare.

Orbene da questi brevi cenni, comprendiamo la mole del flusso normativo su una tematica tanto delicata come la disabilità.

L'art. 3 del decreto impugnato introduce – in modo unilaterale ed arbitrario - la definizione di “disabilità gravissima” senza la minima considerazione ed in modo del tutto avulso rispetto alla normativa nazionale ed internazionale in materia.

Si tratta, di certo, di una **definizione che esula dall'ambito di competenza ministeriale** in generale e, nella specie, anche dai limiti delle attribuzioni e dalle

finalità siccome indicate nella L. 296/2006 art. 1 comma 1264 e 1265.

Sicuramente non spetta al Ministero né definire il concetto di disabilità, né dettare i parametri per individuare la natura “gravissima” della stessa.

V: VIOLAZIONE DI LEGGE: art. 3 e 32 Cost; L. 104/1992; L. 3 marzo 2009 n. 18; Convenzione di New York sui diritti delle persone con disabilità; Convenzione Europea dei Diritti dell’Uomo (art. 14); Carta europea dei diritti fondamentali (art. 21); dpcm 14.02.2001 e 29.11.2001; L. 296/2006 art. 1 comma 1264 e 1265; L. 833/1978 art. 1

Non compete al Ministero neppure “prediligere” alcune disabilità (quelle definite “gravissime”) rispetto ad altre.

Vi è infatti un’ulteriore profilo di illegittimità dell’art. 3 del decreto impugnato, connaturato alla grave discriminazione operata ai danni di una categoria di disabili rispetto ad un’altra: quella dei disabili definiti “gravissimi” dallo stesso decreto.

Viene introdotta una ingiustificabile, illegittima, inaccettabile disparità di trattamento tra disabili “normali” (e/o “medi”) e “gravissimi”.

Viene insomma prevista la distinzione tra disabili di serie A – quelli “gravissimi” - destinatari privilegiati nell’uso delle risorse del FNA – e disabili di serie B.

In base all’art. 3, infatti, ai primi devono essere destinate “prioritariamente” le risorse del FNA.

E’ pacifica la violazione del principio di uguaglianza, garantito dall’art. 3 Cost., che trova, in riferimento alle persone disabili, ulteriore riconoscimento nella citata Convenzione internazionale delle Nazioni Unite sulle persone con disabilità, cui ha aderito anche l’Unione europea (Decisione del Consiglio n. 2010/48/CE, del 26 novembre 2009, relativa alla conclusione, da parte della Comunità europea, della convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità), e che pertanto

vincola l'ordinamento italiano con le caratteristiche proprie del diritto dell'Unione europea, limitatamente agli ambiti di competenza dell'Unione medesima, mentre al di fuori di tali competenze costituisce un obbligo internazionale, ai sensi dell'art. 117, primo comma, Cost." (C. Cost., sent. 26.10.2012 n. 296). Il **principio di non discriminazione** è sancito anche dalla **Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo** (art. 14) e dalla **Carta europea dei diritti fondamentali** (art. 21) entrambi pienamente vincolanti per le istituzioni europee e gli Stati membri.

Ricordiamo che già la L. 833/1978 all'art. 1 prevedeva che il Servizio Sanitario Nazionale deve operare "*senza distinzioni di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio*" stesso.

E' disumano e immorale sotto tutti i punti di vista inventare artificiose definizioni per consentire solo a costoro di ottenere le prestazioni domiciliari o residenziali e ciò a scapito di altri, fra l'altro assai più numerosi.

Pretendere di selezionare e creare ad hoc una categoria di persone che vengono definite – in modo avulso dal contesto legislativo nazionale ed internazionale – "disabili gravissimi" e ciò solo allo scopo di riservare a costoro le risorse del FNA, viola apertamente le finalità del Fondo stesso e crea **disparità di trattamento assolutamente ingiustificate alla luce della normativa nazionale sui LEA e dei principi costituzionali ed universali di eguaglianza e rispetto della dignità della persona disabile**. Ciò anche in ossequio alla "*Convenzione O.N.U. sui diritti delle persone con disabilità*" ratificata dall'Italia con L. 18/2009 la quale così stabilisce:

art. 25: "*Gli Stati Parti riconoscono che le persone con disabilità hanno il diritto di godere del migliore stato di salute possibile, senza discriminazioni fondate sulla disabilità*."

art. 26: "*1. Gli Stati Parti adottano misure efficaci e adeguate, in particolare facendo ricorso a forme di mutuo sostegno, al fine di permettere alle persone con disabilità di*

ottenere e conservare la massima autonomia, le piene facoltà fisiche, mentali, sociali e professionali, ed il pieno inserimento e partecipazione in tutti gli ambiti della vita.

Ancora prima della Convenzione Internazionale sui diritti delle persone con disabilità, la L. 104/1992 stabiliva che (art. 1): *“La Repubblica. a) garantisce il pieno rispetto della dignità umana e i diritti di libertà e di autonomia della persona handicappata e ne promuove la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società; b) previene e rimuove le condizioni invalidanti che impediscono lo sviluppo della persona umana, il raggiungimento della massima autonomia possibile e la partecipazione della persona handicappata alla vita della collettività, nonché la realizzazione dei diritti civili, politici e patrimoniali; c) persegue il recupero funzionale e sociale della persona affetta da minorazione ... d) predisponde interventi volti a superare stati di emarginazione e di esclusione sociale della persona handicappata”.*

Il decreto impugnato va esattamente in direzione opposta, introducendo una grave arbitraria sperequazione che non trova alcuna giustificazione nella L. 296/2006 art. 1 comma 1264 e 1265.

VI: VIOLAZIONE DI LEGGE: art. 32 e 117, comma 2, lett. m) Cost; art 3 septies D.LGS. 502/92; art. 3 DPCM 14.02.2011; DPCM 29.11.2001; art. 26 L. 833/1978; art. 30 L. 730/1983; art. 32 e 117 lett m) Cost.; SVIAMENTO;

L'art. 3 indica quali destinatari privilegiati, nella misura “non inferiore al 40%”, delle risorse del FNA le *“persone in condizione di disabilità gravissima”* indicando quali debbano intendersi tali. Precisa in particolare l'art. 3 che si tratterebbe di *“persone in condizione di dipendenza vitale”* in quanto necessitano di *“assistenza continuativa e monitoraggio di carattere sociosanitario nelle 24 ore”, “con la compromissione delle funzioni respiratorie, nutrizionali, dello stato di coscienza” “e/o comunque*

bisognosi di assistenza vigile da parte di terza persona per garantirne l'integrità psicofisica".

Orbene, come ben evidenziato dal **Consiglio di Stato** anche nella recente **sentenza n. 339 depositata il 26 gennaio 2015**, trattasi di **prestazioni ad elevata integrazione sanitaria a carico interamente del SSN**. Ed infatti per le persone "*in condizione di dipendenza vitale*" è necessario

.. il concorso **inscindibile di più apporti professionali sanitari e sociali** nell'ambito di un processo personalizzato di assistenza, con un'avvertita preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati negli apporti di cura, ove si consideri che la mancanza di un continuo e assiduo **monitoraggio sanitario** metterebbe in gioco le condizioni di vita e di sopravvivenza del paziente.

Quanto precede assume specifico rilievo con riguardo alla **nutrizione e idratazione artificiale che integra una procedura medica complessa** (nella specie effettuata tramite PEG, con intervento invasivo sul malato) da calibrarsi secondo la massa corporea del paziente, le patologie in atto, con continuità di verifica della situazione nutrizionale e metabolica, tanto più nelle ipotesi in cui il paziente versi in stato vegetativo. Il **presidio terapeutico** è frutto di una **specifico strategia medica** e permane sotto il controllo di personale specializzato in costante **monitoraggio sanitario** dell'assistito (cfr. Cons. St., Sez. III, n. 4460 del 17 luglio 2014).

Uguale concorso di **personale medico e infermieristico qualificato** richiedono le ulteriori prestazioni sulla funzionalità respiratoria, del catetere, di prevenzione e cura di piaghe da decubito e di verifica delle generali condizioni vitali del paziente.

Il Consiglio di Stato indica la normativa da applicare:

"l'individuazione delle prestazioni socio/sanitarie che vedono il concorso di prestazioni sanitarie e di azioni di protezione sociale della persona si ricava dall'art. 3 **septies** del d.lgs. n. 502 del 1992, quale integrato dal d.lgs. n. 229 del 2009. La disposizione rinvia ad apposito atto di indirizzo e di coordinamento la definizione in dettaglio delle prestazioni da ricondurre fra quelle *sanitarie a rilevanza sociale o sociali a rilevanza sanitaria* – precisando i criteri riparto del finanziamento fra le U.S.L. e i comuni – nonché le *prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria*. Queste ultime si caratterizzano per la *particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria* (art. 3 **septies**, comma 4) e vedono come destinatari individuate aree di assistenza (materno infantile, anziani, portatori di *handicap*, ecc.). Tali ultime **prestazioni sono assicurate dalle aziende sanitarie e sono comprese nei L.E.A. (livelli essenziali di assistenza sanitaria)**.

Il D.P.C.M. 14 febbraio 2001, attuativo nel menzionato art. 3 **septies**, all'art. 3, comma 3, precisa la nozione di *prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria* e riconduce in tale ambito le "*patologie terminali, inabilità e disabilità conseguenti a patologie cronico – degenerative*". Aggiunge il decreto attuativo che "*tali prestazioni sono quelle, in particolare, attribuite alla fase post-acuta caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità*

dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza. Dette prestazioni a elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario. Esse possono essere erogate in regime ambulatoriale domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali e sono in particolare riferite alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti le funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lungo assistenza".

Ne deriva che:

L'inscindibilità e prevalenza dell'apporto professionale sanitario rispetto a quello assistenziale comporta, ai sensi degli artt. 3 *septies*, del d.lgs. n. 502 del 1992 e 3, comma 3 del D.P.C.M. 14 febbraio 2001, la qualificazione degli interventi di cura e assistenza come **prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria** e, quindi, la riconduzione dei relativi oneri economici nei livelli essenziali di assistenza sanitaria a carico della U.L.S.S. e per essa del Servizio sanitario nazionale.

Ricorre, in conclusione, nella fattispecie ... la prevalenza delle prestazioni sanitarie rispetto a quelle assistenziali che con essa concorrono, rese in favore di malato in condizione disabile, caratterizzata da gravità e cronicità, e ciò determina, in linea con il concorde orientamento della giurisprudenza di questo consesso, **esclusivo impegno economico del servizio sanitario regionale negli oneri di spesa** (cfr. Cons. St., sez V, n. 2456 del 13 maggio 2014; sez. III, n. 957 del 18 febbraio 2013; n. 790 del 16 febbraio 2012; n. 3997 del 9 luglio 2012).

La giurisprudenza è assolutamente granitica: Cass. Civ, Sez. I, 22.03.2012 n. 4558 che richiama "Cass. Sez. un., 27 gennaio 1993 n. 1003; Cass., 20 novembre 1996, n. 10150; Cass., 25 agosto 1998, n. 8436 proprio in tema di rapporti con la legislazione del Veneto; Cons. St., 31 luglio 2006 n. 4695; Cons. St., 29 novembre 2004 n. 7766; Cons. St. 16 giugno 2003 n. 3377, TAR Piemonte 29 aprile 2010 n. 2101"; Cons. Stato, Sez. III, 26.01.2015 n. 339; Cons. Stato, Sez. III, 09.07.2012 n. 3997; cfr: Cons. Stato, Sez. III, 16.02.2012 n. 790; Cons Stato, Sez. III, 15.02.2013 n. 930; Cons. Stato, Sez. V, 16.06.2003 n. 3377; Cons. Stato, Sez. V, Sez. V, 29.01.2004 n. 306).

Ex plurimis riportiamo la sentenza del Consiglio di Stato n. 790 in data 16.02.2012:

E' stato più volte ribadito da questo Consiglio che in materia di assistenza ai malati di mente, **ove insieme ai trattamenti farmacologici e sanitari siano erogate anche prestazioni socio-assistenziali, l'attività va considerata comunque di rilievo sanitario e pertanto di competenza del Servizio Sanitario Nazionale** (cfr. in tal senso Cons. St.V, 28 gennaio 2009, n.7811; V,31 luglio 2006, n.4696; V, 29 gennaio 2004, n.306; V, 16 giugno 2003, n.3377).

Tale indirizzo giurisprudenziale, condiviso dal Collegio, è del resto coerente con il quadro normativo di riferimento, e segnatamente con l'atto di indirizzo e coordinamento di cui al D.P.C.M. 14 febbraio 2001 che all'art.3, 3° comma, qualifica come prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria –

erogate dalle Aziende sanitarie ed a carico del S.S.N.- "tutte le prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, le quali attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche,..."; le quali prestazioni "possono essere erogate in regime ambulatoriale domiciliare, o nell'ambito di strutture residenziali o semiresidenziali e sono in particolare riferite alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti le funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lungo assistenza

Parimenti la sentenza n. 3997 del Consiglio di Stato in data 9 luglio 2012 ricorda l'orientamento giurisprudenziale consolidato per il quale, nel caso in cui, **oltre alle prestazioni socio-assistenziali, siano erogate anche prestazioni sanitarie, l'intera attività va considerata come di rilievo sanitario e, pertanto, di competenza del sistema sanitario nazionale, senza che assuma rilievo, in contrario, la circostanza dell'impossibilità di guarigione o di miglioramento della malattia psichica nella specie trattata (v. Cass. s.u. n. 8102/2004; I, n. 10150/1996; Cons. St., V, n. 461/2009, 7766/2004 e 2472/2001)".**

Anche la sentenza n. 2456 in data 13.05.2014 del Consiglio di Stato ha ribadito che:

c) per individuare l'ente pubblico (comune o azienda sanitaria), obbligato alla rifusione delle spese di ricovero dei malati indigenti, il criterio guida dirimente è quello della natura oggettiva della prestazione in concreto erogata; in presenza di prestazioni miste, deve aversi riguardo alla circostanza che l'istituto di ricovero sia accreditato con il servizio sanitario nazionale (o quantomeno autorizzato ad esercitare attività sanitaria), e che non si tratti di prestazioni sanitarie occasionali (ovvero non legate alla patologia che ha dato causa al ricovero); in quest'ottica si è stabilito che:

l) laddove ad un soggetto malato cronico, oltre alle prestazioni socio-assistenziali, vengano erogate anche quelle sanitarie e sussista una stretta correlazione tra le stesse, l'attività va considerata comunque di rilievo sanitario e quindi di totale competenza del servizio sanitario nazionale; ... in tal caso i relativi oneri finanziari ricadono totalmente sul servizio sanitario nazionale".

Sul punto è intervenuta anche la recente sentenza del Consiglio di Stato, Sez. III, n. 4460, in data 17.07.2014, depositata il 02.09.2014 che, nell'esaminare lo stato di coma vegetativo permanente (quello della sig.ra Eluana Englaro), ha confermato che "l'alimentazione e l'idratazione artificiale" sono "un trattamento sanitario di sostegno vitale":

35.3. In conclusione, sostiene l'appellante, errerebbe il T.A.R. nell'affermare che, nel caso di idratazione e di alimentazione artificiale, ci si troverebbe in presenza di "atti medici" o "trattamenti medici in senso proprio".

36. La tesi dell'appellante è infondata.

36.1. Essa contrasta anzitutto, e inammissibilmente, con quanto ha stabilito, ormai con autorità di giudicato, la Suprema Corte di Cassazione, laddove ha ritenuto che "non v'è dubbio che l'idratazione e l'alimentazione artificiali con sondino nasogastrico costituiscono un trattamento sanitario" e che "esse, infatti, integrano un trattamento che sottende un sapere scientifico, che è

posto in essere da medici, anche se poi proseguito da non medici, e consiste nella somministrazione di preparati come composto chimico implicanti procedure tecnologiche" (Cass., sez. I, 16.10.2007, n. 21478).

36.2. Siffatta qualificazione è, del resto, convalidata dalla comunità scientifica internazionale, come ha osservato la Suprema Corte.

36.3. Per questo, se anche si volesse per absurdum prescindere, come pretende la Regione, dalla valutazione della Cassazione, la tesi dell'appellante non meriterebbe condivisione.

37. La nutrizione e l'idratazione artificiale costituiscono trattamenti medici.

37.1. La tesi della Regione appellante è, in tal senso, destituita di fondamento scientifico né può trovare solido conforto nel parere, per quanto autorevole sul piano morale, di una commissione che non ha per legge competenze scientifiche in materia o di un mero atto di indirizzo del Ministro delle Politiche Sociali, che proprio a tale parere si richiama e che non può certo, per factum principis, imporre una definizione scientifica di trattamento sanitario.

37.2. Il richiamo a tali atti, basterebbe qui solo aggiungere, integra del resto una motivazione postuma, non presente nel provvedimento impugnato, del tutto inammissibile, al di là della sua totale inattendibilità sul piano scientifico.

37.3. Questo Consiglio già in una propria precedente pronuncia ha chiarito che la nutrizione artificiale è un complesso di procedure mediante le quali è possibile soddisfare i fabbisogni nutrizionali di pazienti che non sono in grado di alimentarsi sufficientemente per la via naturale (v., sul punto, Cons. St., sez. III, 2.9.2013, n. 4364).

37.4. La società scientifica di riferimento in Italia, la Società Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale (SINPE), nelle sue Precisazioni in merito alle implicazioni bioetiche della nutrizione artificiale del gennaio 2007, ha definito appunto tale forma di nutrizione come "un complesso di procedure mediante le quali è possibile soddisfare i fabbisogni nutrizionali di pazienti non in grado di alimentarsi sufficientemente per via naturale".

37.5. Si distinguono, in particolare, due tipi di **nutrizione artificiale (NA)**: la forma parenterale, in cui i nutrienti (acqua, glucosio, aminoacidi, elettroliti, grassi, vitamine, oligoelementi) vengono immessi direttamente nella circolazione sanguigna attraverso una vena di grosso calibro, e la forma enterale, in cui i nutrienti sono somministrati direttamente nel tubo digerente mediante apposite sonde inserite dal naso oppure attraverso orifici creati chirurgicamente nell'addome (le cc.dd. stomie e, tipicamente, la PEG, Percutaneous Endoscopic Gastronomy).

37.6. Nel caso di-OMISSIS- la nutrizione artificiale era di tipo enterale e veniva somministrata tramite un sondino naso-gastrico.

38. La SINPE, che ha fatto propria la posizione di omologhe società internazionali, ha chiarito che "la NA è da considerarsi, a tutti gli effetti, un trattamento medico fornito a scopo terapeutico o preventivo" e che "la NA non è una misura ordinaria di assistenza (come lavare o imboccare il malato non autosufficiente)" poiché essa ha, come tutti i trattamenti medici, indicazioni, controindicazioni ed effetti indesiderati.

38.1. L'attuazione della NA, proprio per questo, presuppone e prevede il consenso informato del paziente o del suo delegato, secondo le norme del codice deontologico.

38.2. La NA è dunque una procedura medica complessa, che richiede un intervento invasivo sul corpo del malato – sia esso l'inserimento del sondino dal naso-gastrico sino al lume gastrico o consista esso nella creazione chirurgica di un orifizio attraverso il quale il sondino stesso passa – e, con esso, la somministrazione, di regola mediante apposite pompe, di nutrienti calibrati per qualità e quantità secondo la massa corporea del paziente e le sue patologie e, infine, il periodico monitoraggio della situazione nutrizionale e metabolica, tanto più necessario nell'ipotesi di paziente che da lunghi anni versi in stato vegetativo permanente.

38.3. La decisione di somministrare al paziente l'alimentazione e l'idratazione artificiale è, in tutto e per tutto, il frutto di una strategia terapeutica che il medico, con il consenso informato del paziente, adotta, valutando costi e benefici di tale cura per il paziente, ed è particolarmente invasiva, per il corpo del paziente stesso, poiché prevede, nel caso della nutrizione enterale, addirittura l'inserimento di un sondino che dal naso discende sino allo stomaco o l'apertura di un orifizio, attraverso un intervento chirurgico, nell'addome.

38.4. L'inserimento, il mantenimento e la rimozione del sondino naso-gastrico o della PEG sono dunque atti medici, previsti e attuati nell'ambito e in funzione di una precisa e consapevole strategia terapeutica adottata con il necessario consenso del paziente.

38.5. L'alimentazione e l'idratazione artificiale non possono in alcun modo essere considerati una forma di alimentazione sui generis, quasi un regime dietetico a parte, un surrogato della normale alimentazione e idratazione naturale.

38.6. Essi richiedono l'impiego di particolari tecniche mediche, che devono essere poste in pratica da personale specializzato, un costante monitoraggio della situazione nutrizionale e metabolica, stante anche il particolare contenuto e gli eventuali effetti indesiderati dei nutrienti forniti attraverso l'alimentazione e l'idratazione artificiale, una valutazione della loro efficacia terapeutica che solo il medico, e non altri, può compiere.

38.7. Tali osservazioni sono state sostenute e fatte proprie dalle maggiori società scientifiche internazionali e nelle conclusioni raggiunte dal Gruppo di Lavoro su nutrizione e idratazione nei soggetti in stato di irreversibile perdita della coscienza, istituito con Decreto del Ministro della Sanità del 20.10.2000 e rese pubbliche nel 2001".

Alla luce del detto chiaro quadro normativo e giurisprudenziale, possiamo dunque affermare che le "condizioni di dipendenza vitale" siccome indicate dall'art. 3 del decreto impugnato richiedono prestazioni di totale competenza del SSN.

Ne deriva che i relativi oneri finanziari debbono ricadere totalmente sul SSN.

Non possono, dunque, certamente essere coperti tramite l'utilizzo del FNA.

Lo ribadiamo: i finanziamenti provenienti dal FNA non possono e non devono

essere utilizzati per coprire gli oneri a carico del SSN - e, quindi, delle Asl - quali sono, appunto, quelli relativi alle persone in condizioni di disabilità gravissima siccome indicate dall'art. 3 del decreto impugnato.

Pacifica appare pertanto la violazione dell'art. 3 D.Lgs. 502/92 nonché dei dpcm 14.02.2011 e DPCM 29.11.2001. Vengono in rilievo anche l'art. 26 della L. 833/1978 nonché l'art. 30 della L. 730/1983.

Ricordiamo infatti che il quadro normativo che disciplina la materia è costituito dall'art. 26 della L. 833/1978, dall'art. 30 L. 730/1983 e dal D.P.C.M. 14 febbraio 2001, atto di indirizzo e coordinamento, che ai sensi dell'art. 26 della L. 833/1978 ha definito che le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, sono erogate dalle unità sanitarie locali.

Già l'art. 30 L.730/1983 poneva a carico del Servizio sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali, che il successivo D.P.C.M. 8.8.1985 individuava in quelle che richiedono personale e tipologie di intervento propri dei servizi socio-assistenziali purché diretti immediatamente e in via prevalente alla *tutela della salute* del cittadino ed estrinsecantisi in interventi a sostegno dell'attività sanitaria di *cura e/o riabilitazione* fisica e psichica.

Evidente appare, inoltre, la violazione degli artt. 32 e 117, comma 2, lett m) Cost.

VII: VIOLAZIONE DI LEGGE: L. 296/2006, art. 1 comma 1264; artt. 2, 3, 32, 93, 97, 114, 117, 119 Cost.; Convenzione di New York sui diritti delle persone con disabilità; dpcm 14.02.2001 e 29.11.2001; L. 104/1992; ECCESSO DI POTERE: violazione principi di sussidiarietà, di autonomia finanziaria, di adeguatezza, di indipendenza della persona disabile, sviamento.

Abbiamo già illustrato come il decreto impugnato dirotti illegittimamente al SSN (e dunque alle Asl) le risorse del FNA creato per garantire la "*copertura dei costi di*

rilevanza sociale” e, pertanto, per l’assunzione dell’*onere della quota sociale* (come ricordato nell’art. 2 del decreto impugnato) di competenza dei Comuni.

La norma sui LEA – dpcm 29.11.2001 – assegna rilevanti oneri economici a carico dei Comuni nelle percentuali ivi forfettariamente indicate, sino ad arrivare come abbiamo già illustrato, ad esempio, al 60% del costo dell’assistenza residenziale per i “*disabili gravi privi di sostegno familiare*” o per i pazienti psichiatrici “*in strutture a bassa intensità assistenziale*”.

La sottrazione (e/o riduzione) degli stanziamenti che il FNA destina ai Comuni per la copertura dei costi posti a loro carico nei LEA, impedisce di fatto a questi la concreta possibilità di esercitare la funzione loro attribuita in violazione degli artt. 114, 117, 119, 93, 3 Cost.

Evidente è infatti la violazione dell’autonomia finanziaria dei Comuni, di cui agli artt. 114 e 119 Cost., con conseguenti negative ricadute anche sul buon andamento dell’amministrazione (art. 97 Cost.): la sottrazione delle risorse spettanti ai Comuni in base alla L. 296/2006, art. 1, comma 1264 ed alla normativa sui LEA si traduce in una menomazione della loro autonomia finanziaria perché non consente a tali enti di dare “*copertura ai costi di rilevanza sociale*”, ricompresi nelle funzioni socio-sanitarie loro assegnate costringendoli o ad attingere a risorse proprie o, come di fatto è, a scaricare detti costi sui cittadini utenti “non autosufficienti” pretendendo una compartecipazione al 100% per l’intera quota sociale.

La menomazione all’autonomia finanziaria dei Comuni si traduce di fatto in un ostacolo all’assolvimento dei compiti istituzionali che la normativa sui LEA socio-sanitari accolla a detti enti.

Palese appare anche la violazione dell’art. 3 Cost: il dirottamento delle risorse si pone in contrasto con il compito della Repubblica di rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e l’uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana. **La mancata copertura dei**

“costi di rilevanza sociale” si traduce in una inaccettabile discriminazione a danno dei non autosufficienti e nella sostanziale negazione dei loro diritti di libertà.

Violati sono anche i **principi di sussidiarietà ed adeguatezza.**

Viene in rilievo anche l'art. 38 Cost., comma 1, che riconosce agli inabili sprovvisti dei mezzi necessari per vivere, **il diritto all'assistenza sociale** ed al mantenimento; il comma 2, richiede che ai lavoratori siano preveduti ed assicurati **mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia ed invalidità.**

Anche la **Convenzione di New York sui diritti delle persone con disabilità** – Preambolo lett. t) - sottolinea il fatto che la maggior parte delle persone con disabilità vive in condizioni di povertà, ed a questo proposito riconoscendo l'urgente necessità di affrontare l'impatto negativo della povertà sulle persone con disabilità, pone tra i principi generali **il rispetto per la dignità intrinseca, l'autonomia individuale e l'indipendenza delle persone,** e se all'art. 27 riconosce il diritto delle persone con disabilità al lavoro su base di parità con gli altri, all'art. 28 sancisce **il diritto delle persone con disabilità ad un livello di vita adeguato per sé e per le proprie famiglie,** incluse adeguate condizioni di alimentazione, vestiario e alloggio, ed il continuo **miglioramento delle condizioni di vita.**

Dunque è evidente che il dirottare alla sanità risorse economiche destinate alla **“copertura dei costi di rilevanza sociale”**, impedisce ai Comuni di esercitare i compiti assegnati agli stessi dalla normativa sui LEA e, soprattutto, si traduce in una gravissima violazione dei fondamentali diritti delle persone non autosufficienti.

* * *

Istanza di sospensiva

Si ritiene che in punto di ***fumus boni iuris*** valgano ampiamente le deduzioni in diritto sin qui svolte.

Quanto al ***periculum in mora***, appare evidente la gravità della situazione in cui si troveranno tutti i disabili gravi/gravissimi ed, in generale, le persone *non*

autosufficienti fruitori, attuali e potenziali, dell'offerta integrata di prestazioni socio-sanitarie a causa di quanto previsto nel decreto impugnato.

Gravissimi sono i danni economici derivanti ai cittadini malati non autosufficienti (stimati – ricordiamolo – in circa 3 milioni) dal dirottamento dei finanziamenti al SSN. Altrettanto gravi sono gli oneri, sia sotto il profilo umano che economico, per i “disabili gravissimi”: il trasferimento di questi malati gravissimi dal settore della sanità a quello dell'assistenza sociale (FNA), con la conseguente perdita del loro diritto soggettivo alle cure, rientra in quella cultura dello “scarto” che è stata denunciata da Papa Francesco.

Inaccettabile appare poi il fatto che i danni maggiori graveranno proprio sui più bisognosi i quali non potranno – e non possono tuttora – essere assistiti a domicilio a causa della propria condizione: per costoro il decreto nega in modo assoluto la, sia pure minima, attuazione delle garanzie previste a loro tutela dalla normativa nazionale sui LEA sociosanitari.

La conseguenza, in termini di danni, è l'accollo integrale a carico dei malati invalidi al 100% non autosufficienti bisognosi di prestazioni residenziali e semiresidenziali del costo di quella “quota sociale” che, invece, dovrebbe gravare a carico dei Comuni.

Si tratta di una inaccettabile lesione dei primari diritti di rilievo universale spettanti ai cittadini più vulnerabili e gravemente compromessi.

Gustavo Zagrebelsky, costituzionalista e presidente emerito della Corte Costituzionale, sul punto non solo ha più volte fatto riferimento all'eugenetica (si veda la sua *lectio magistralis* in apertura dell'edizione 2015 della manifestazione Biennale democrazia), ma ha più volte ribadito come “*nell'art. 2 [della Costituzione] si parla di “doveri inderogabili di solidarietà sociale”. E se c'è solidarietà sociale non si può immaginare di abbandonare a se stessi i soggetti più deboli. Una società solidale non ammette l'emarginazione e nei doveri di solidarietà ci sono i bisogni di salute, di assistenza*” (La Repubblica del 20 ottobre 2014).

Garantire i LEA sanitari e socio-sanitari rientra tra le priorità che uno Stato democratico deve assicurare a tutti i malati, a maggior ragione se incapaci di difendersi autonomamente, e dipendenti in tutto e per tutto dagli altri.

Per converso alcun danno deriva ai Ministeri resistenti, atteso anzi che, nelle more del giudizio de quo, potranno riallocare le risorse del FNA nel rispetto della *ratio* e delle finalità dello stesso.

La sospensione del provvedimento impugnato appare quindi quanto mai opportuna.

* * *

Per i suesposti motivi, e per ogni altro di ragione e di legge, con riserva di altro dedurre e produrre, i ricorrenti confidano nell'accoglimento delle seguenti

CONCLUSIONI

Salvis iuribus, adversis reiectis, voglia codesto Ill.mo Tribunale:

in via cautelare sospendere l'efficacia dei provvedimenti impugnati

in via principale:

- annullare i provvedimenti impugnati e comunque tutti gli atti presupposti e/o conseguenti e comunque connessi.

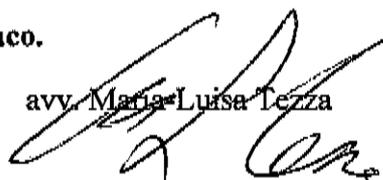
Con vittoria di spese, competenze e compensi del presente grado di giudizio, oltre al rimborso forfettario per spese generali ex art. 15 tariffa professionale, CNPA ed IVA di legge.

Ai sensi dell'art. 14 del D.P.R. 30 maggio 2002 n. 115 e successive modificazioni e/o integrazioni si dichiara che la controversia, di valore indeterminato, verte in materia di assistenza obbligatoria e pertanto è esente da contributo unificato per il combinato disposto degli artt. degli artt. 10 L. 533/1973, unico L. 319/1958, 12, Tab. B), D.P.R. 642/1972, e 10 D.P.R. 115/2002. Inoltre si rileva che è stata presentata istanza di ammissione al gratuito patrocinio.

Si producono i documenti citati, come da separato elenco.

Verona, 28 ottobre 2015

avv. Maria Luisa Tezza



PROCURA SPECIALE ALLE LITI

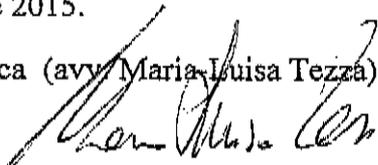
Io sottoscritto BEZZA VINCENZO presidente e legale rappresentante p.t.
dell'associazione UTIM con sede in TORINO VIA ARTISTI 36

(C.F. 97549820013) giusta delibera assembleare in data 12/10/2015 con il presente atto conferisco procura speciale alle liti all'avv. **Maria-Luisa Tezza** con studio in 37134 Verona, via Pomposa n. 20 – TZZMLS64S68Z133F - (fax 0458276201 pec avvmarialuisatezza@puntopec.it) delegandola alla rappresentanza e difesa al fine di promuovere avanti il **Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio** il ricorso per l'annullamento, previa sospensione cautelare, del Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali di concerto con il Ministro della Salute ed il Ministro dell'Economia e delle Finanze, in data 14.05.2015 pubblicato sulla G.U. n. 178 del 03.08.2015 ad oggetto: "*Ripartizione delle risorse finanziarie affluenti al fondo per le non autosufficienze per l'anno 2015*" nonché di ogni altro atto, anche endoprocedimentale, connesso e/o accessorio, presupposto e/o consequenziale rispetto al decreto impugnato.

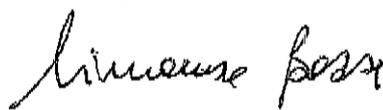
Conferisco all'Avv. Maria-Luisa Tezza i più ampi poteri inerenti alla procura, ivi compreso quello di sottoscrivere il detto ricorso e gli atti del relativo procedimento avanti il T.A.R. del Lazio, di transigere, di rinunciare agli atti e di accettare rinunce. Dichiaro, inoltre, ai sensi e per gli effetti delle normative in vigore in tema di privacy di essere stato edotto che i dati personali richiesti direttamente ovvero raccolti presso terzi verranno utilizzati ai soli fini del presente incarico e presto conseguentemente il mio assenso al loro trattamento. Prendo altresì atto che il trattamento dei dati personali avverrà mediante strumenti manuali, informatici e telematici con logiche strettamente collegate alle finalità dell'incarico. Eleggo domicilio presso lo studio dell'avv. **Alessandra Mari** (MRALSN66B67H501G) in 00186 Roma, Piazza Santa Anastasia n. 7 (fax n. 06-3223394 PEC alessandra.mari@legalmail.it). Chiedo di ricevere le comunicazioni al fax **045.8276201** o all'email avvmarialuisatezza@puntopec.it o quello diverso indicato nel Reg. Ind.E.

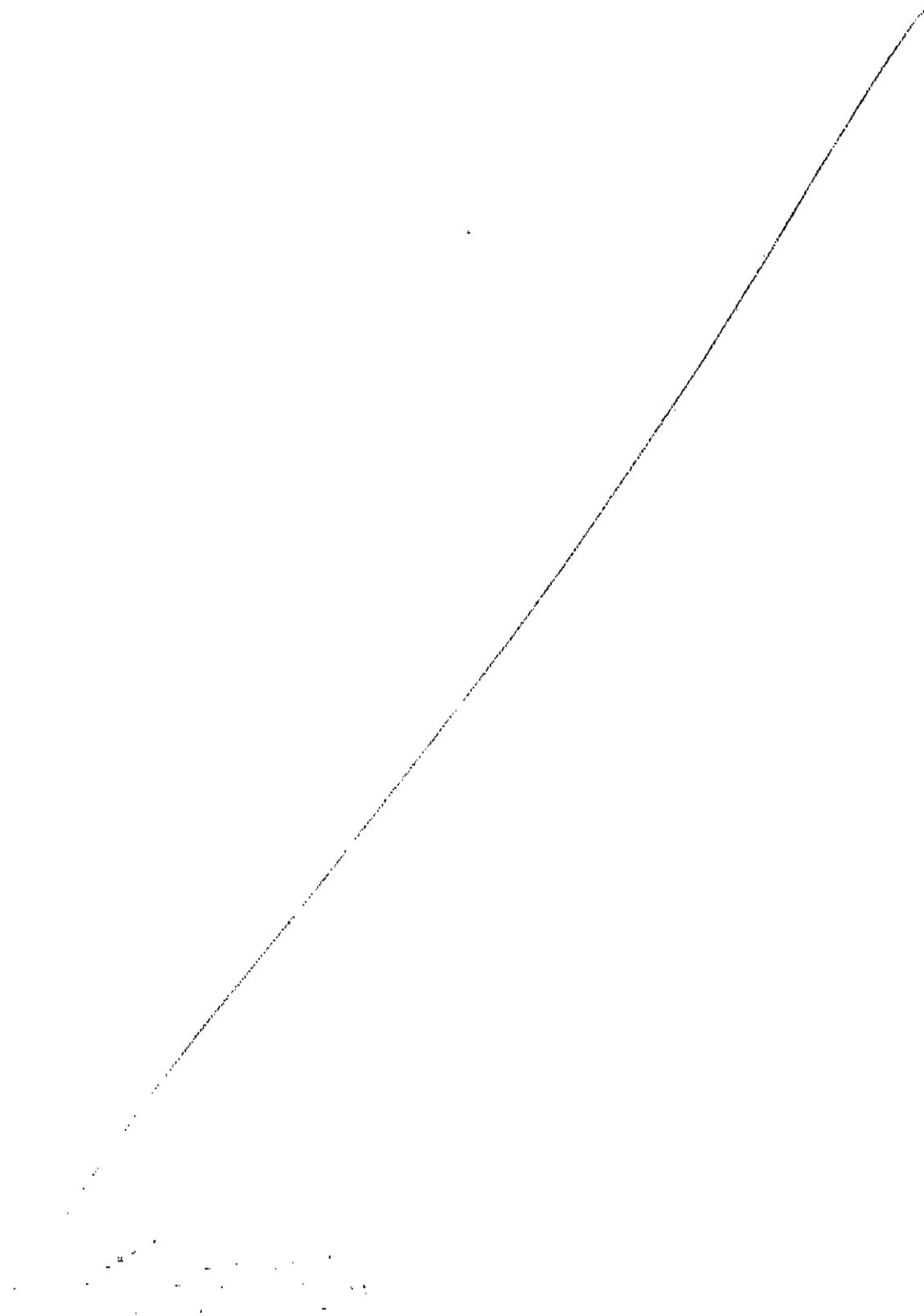
Torino, 23 ottobre 2015.

La firma è autentica (avv. Maria-Luisa Tezza)



UTIM
Unione per la tutela
delle persone con disabilità intellettiva
Via Artisti, 36 - 10124 Torino
Presidente dell'Associazione





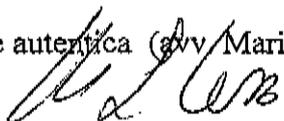
PROCURA SPECIALE ALLE LITI

Io sottoscritto *FRANCESCO SANTANERA* presidente e legale rappresentante p.t. dell'associazione *promozione sociali* con sede in *Torino, Via Arona, 36* (C.F. *97557070014*) giusta delibera assembleare in data *18.08.2015* con il presente atto conferisco procura speciale alle liti all'avv. **Maria-Luisa Tezza** con studio in 37134 Verona, via Pomposa n. 20 – TZZMLS64S68Z133F - (fax 0458276201 pec avvmarialuisatezza@puntopec.it) delegandola alla rappresentanza e difesa al fine di promuovere avanti il **Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio** il ricorso per l'annullamento, previa sospensione cautelare, del Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali di concerto con il Ministro della Salute ed il Ministro dell'Economia e delle Finanze, in data *14.05.2015* pubblicato sulla G.U. n. 178 del *03.08.2015* ad oggetto: "*Ripartizione delle risorse finanziarie affluenti al fondo per le non autosufficienze per l'anno 2015*" nonché di ogni altro atto, anche endoprocedimentale, connesso e/o accessorio, presupposto e/o consequenziale rispetto al decreto impugnato.

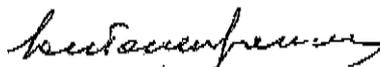
Conferisco all'Avv. Maria-Luisa Tezza i più ampi poteri inerenti alla procura, ivi compreso quello di sottoscrivere il detto ricorso e gli atti del relativo procedimento avanti il T.A.R. del Lazio, di transigere, di rinunciare agli atti e di accettare rinunce. Dichiaro, inoltre, ai sensi e per gli effetti delle normative in vigore in tema di privacy di essere stato edotto che i dati personali richiesti direttamente ovvero raccolti presso terzi verranno utilizzati ai soli fini del presente incarico e presto conseguentemente il mio assenso al loro trattamento. Prendo altresì atto che il trattamento dei dati personali avverrà mediante strumenti manuali, informatici e telematici con logiche strettamente collegate alle finalità dell'incarico. Eleggo domicilio presso lo studio dell'avv. **Alessandra Mari** (MRALSN66B67H501G) in 00186 Roma, Piazza Santa Anastasia n. 7 (fax n. 06-3223394 PEC alessandra.mari@legalmail.it). Chiedo di ricevere le **comunicazioni** al fax **045.8276201** o all'email avvmarialuisatezzapuntopec.it o quello diverso indicato nel Reg. Ind.E.

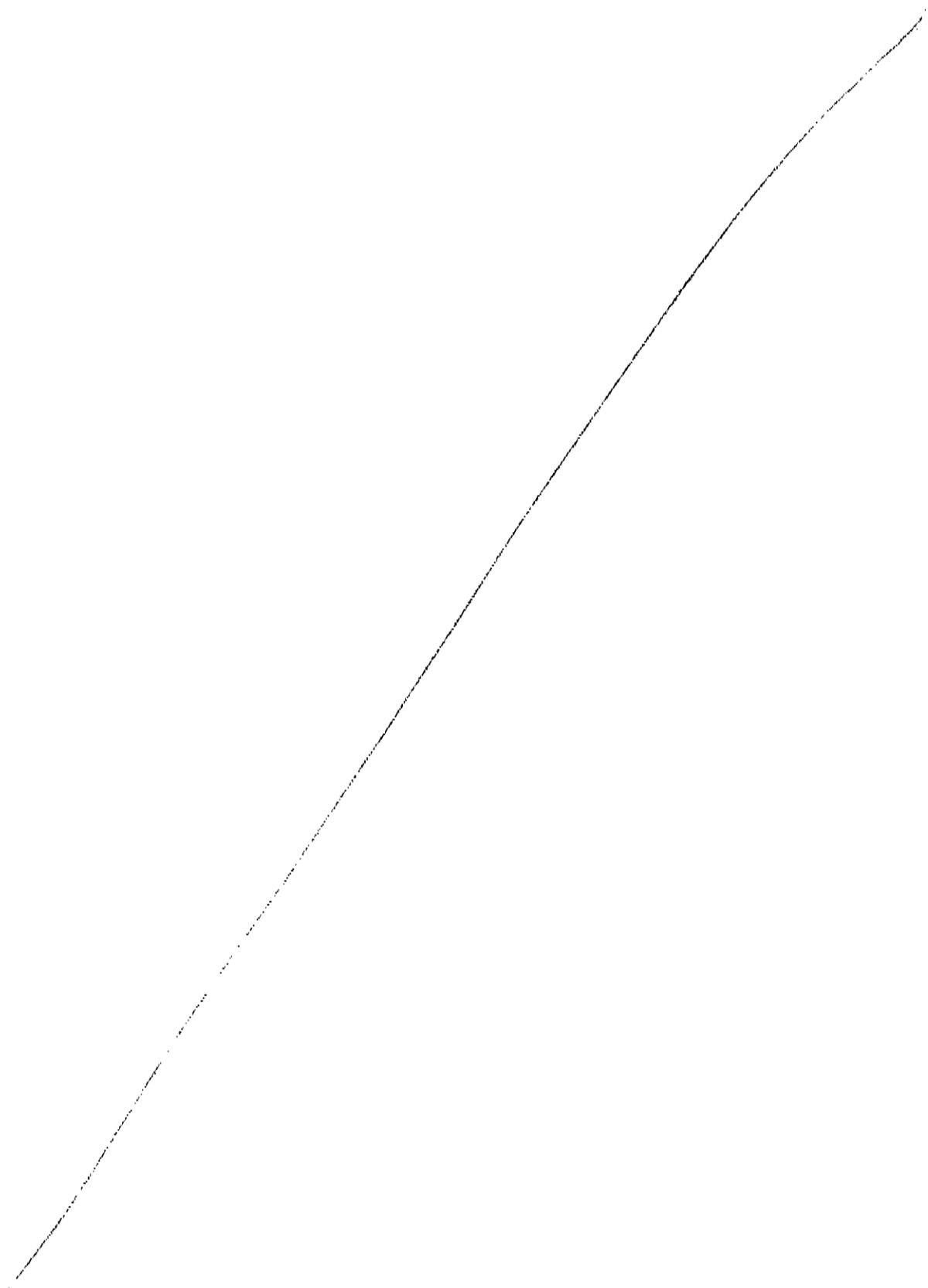
Torino, 23 ottobre 2015.

La firma è autentica (avv. Maria-Luisa Tezza)



Presidente dell'Associazione





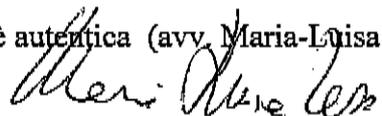
PROCURA SPECIALE ALLE LITI

Io sottoscritto Fulvio Aurora presidente e legale rappresentante p.t. dell'associazione SENZA LIMITI con sede in 20149 Milano Via dei Carracci n. 2 (C.F. 97139120154) giusta delibera assembleare in data 15.10.2015 con il presente atto conferisco procura speciale alle liti all'avv. **Maria-Luisa Tezza** con studio in 37134 Verona, via Pomposa n. 20 – TZZMLS64S68Z133F - (fax 0458276201 pec avvmarialuisatezza@puntopec.it) delegandola alla rappresentanza e difesa al fine di promuovere avanti il **Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio** il ricorso per l'annullamento, previa sospensione cautelare, del Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali di concerto con il Ministro della Salute ed il Ministro dell'Economia e delle Finanze, in data 14.05.2015 pubblicato sulla G.U. n. 178 del 03.08.2015 ad oggetto: *"Ripartizione delle risorse finanziarie affluenti al fondo per le non autosufficienze per l'anno 2015"* nonché di ogni altro atto, anche endoprocedimentale, connesso e/o accessorio, presupposto e/o consequenziale rispetto al decreto impugnato.

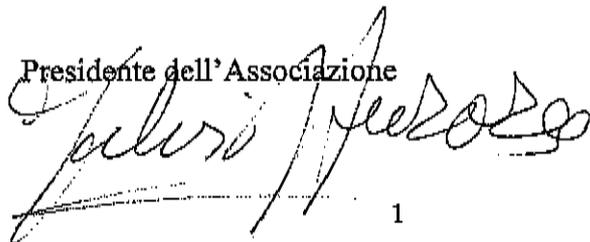
Conferisco all'Avv. Maria-Luisa Tezza i più ampi poteri inerenti alla procura, ivi compreso quello di sottoscrivere il detto ricorso e gli atti del relativo procedimento avanti il T.A.R. del Lazio, di transigere, di rinunciare agli atti e di accettare rinunce. Dichiaro, inoltre, ai sensi e per gli effetti delle normative in vigore in tema di privacy di essere stato edotto che i dati personali richiesti direttamente ovvero raccolti presso terzi verranno utilizzati ai soli fini del presente incarico e presto conseguentemente il mio assenso al loro trattamento. Prendo altresì atto che il trattamento dei dati personali avverrà mediante strumenti manuali, informatici e telematici con logiche strettamente collegate alle finalità dell'incarico. Eleggo domicilio presso lo studio dell'avv. **Alessandra Mari** (MRALSN66B67H501G) in 00186 Roma, Piazza Santa Anastasia n. 7 (fax n. 06-3223394 PEC alessandra.mari@legalmail.it). Chiedo di ricevere le **comunicazioni** al fax **045.8276201** o all'email avvmarialuisatezzapuntopec.it o quello diverso indicato nel Reg. Ind.E.

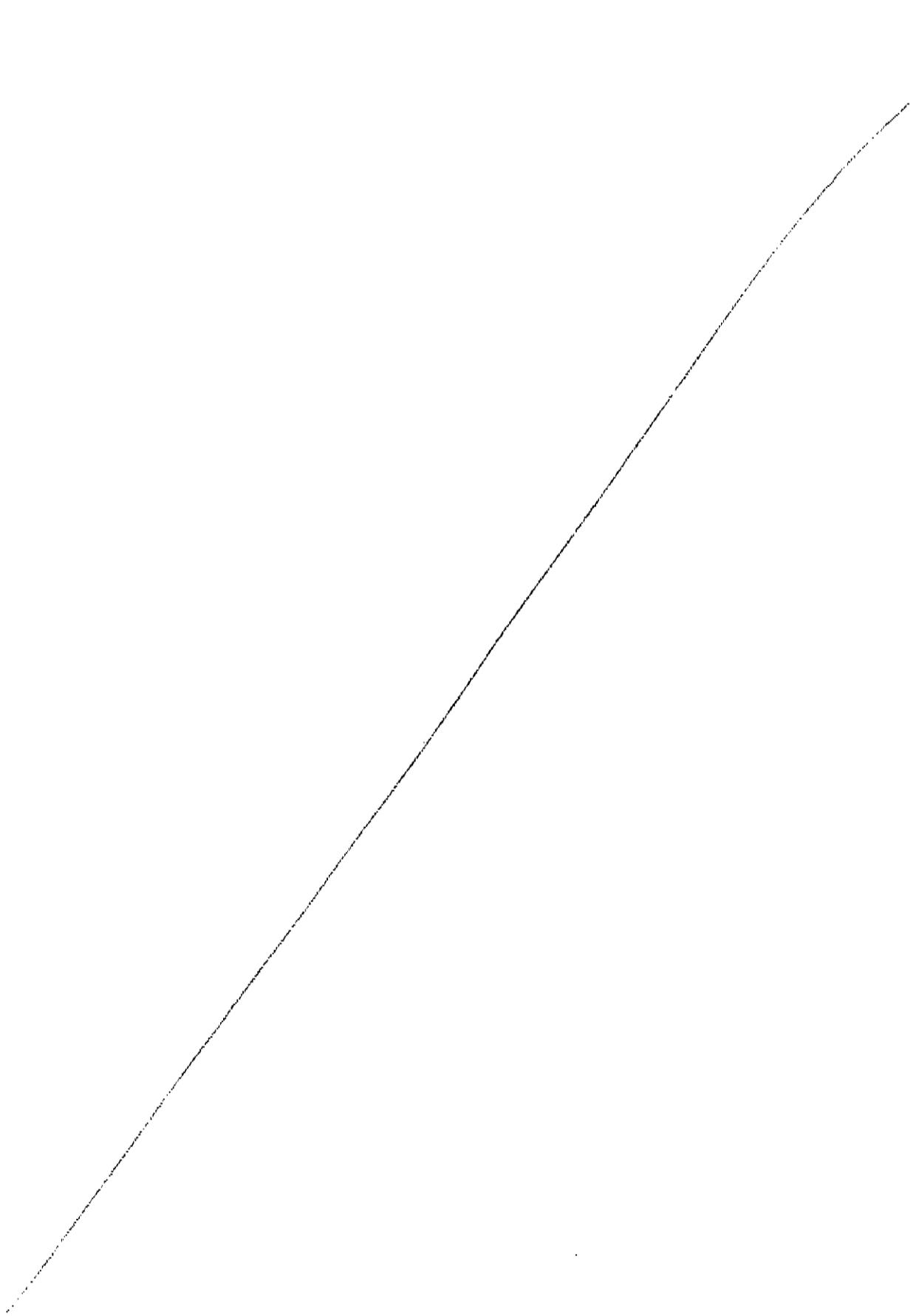
Torino, 23 ottobre 2015.

La firma è autentica (avv. Maria-Luisa Tezza)



Presidente dell'Associazione





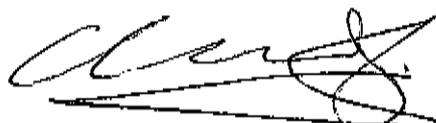
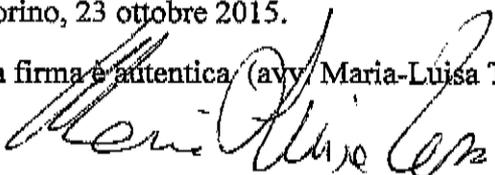
PROCURA SPECIALE ALLE LITI

Io sottoscritto **Filibian Arek** presidente e legale rappresentante p.t. dell'associazione **M.T.D. - Movimento per la Tutela dei diritti delle Persone Diversamente Abili e quelle non autosufficienti** con sede in Pavia P.le Salvo D'Acquisto, 8 (C.F. 96062140189) giusta delibera (n. 3/2015) del Consiglio Direttivo in data 07.10.2015 con il presente atto conferisco procura speciale alle liti all'avv. **Maria-Luisa Tezza** con studio in 37134 Verona, via Pomposa n. 20 – TZZMLS64S68Z133F - (fax 0458276201 pec avvmarialuisatezza@puntopec.it) delegandola alla rappresentanza e difesa al fine di promuovere avanti il **Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio** il ricorso per l'annullamento, previa sospensione cautelare, del Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali di concerto con il Ministro della Salute ed il Ministro dell'Economia e delle Finanze, in data 14.05.2015 pubblicato sulla G.U. n. 178 del 03.08.2015 ad oggetto: "*Ripartizione delle risorse finanziarie affluenti al fondo per le non autosufficienze per l'anno 2015*" nonché di ogni altro atto, anche endoprocedimentale, connesso e/o accessorio, presupposto e/o consequenziale rispetto al decreto impugnato.

Conferisco all'Avv. Maria-Luisa Tezza i più ampi poteri inerenti alla procura, ivi compreso quello di sottoscrivere il detto ricorso e gli atti del relativo procedimento avanti il T.A.R. del Lazio, di transigere, di rinunciare agli atti e di accettare rinunce. Dichiaro, inoltre, ai sensi e per gli effetti delle normative in vigore in tema di privacy di essere stato edotto che i dati personali richiesti direttamente ovvero raccolti presso terzi verranno utilizzati ai soli fini del presente incarico e presto conseguentemente il mio assenso al loro trattamento. Prendo altresì atto che il trattamento dei dati personali avverrà mediante strumenti manuali, informatici e telematici con logiche strettamente collegate alle finalità dell'incarico. Eleggo domicilio presso lo studio dell'avv. **Alessandra Mari** (MRALSN66B67H501G) in 00186 Roma, Piazza Santa Anastasia n. 7 (fax n. 06-3223394 PEC alessandra.mari@legalmail.it). Chiedo di ricevere le **comunicazioni** al fax **045.8276201** o all'email avvmarialuisatezzapuntopec.it o quello diverso indicato nel Reg. Ind.E.

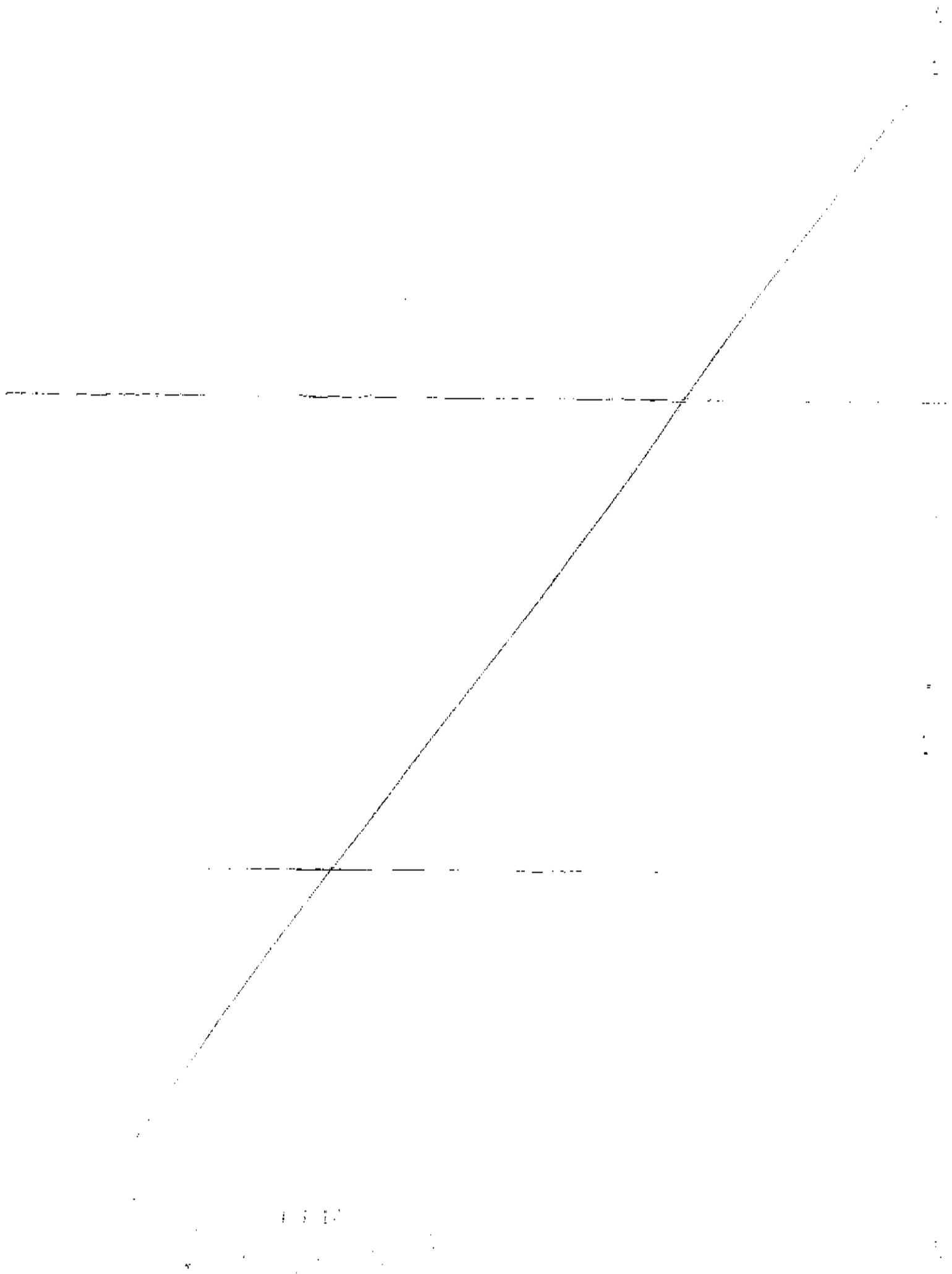
Torino, 23 ottobre 2015.

La firma è autentica (avv. Maria-Luisa Tezza)



Presidente dell'Associazione

M.T.D.
MOVIMENTO PER LA TUTELA DEI DIRITTI DELLE PERSONE
DIVERSAMENTE ABILI E QUELLE NON AUTOSUFFICIENTI
ORGANIZZAZIONE DI VOLONTARIATO (ONLUS)
SEDE LEGALE: P.le Salvo D'Acquisto, 8 - 27100 Pavia
C.F. 96062140189
E-mail: mtdpavia@gmail.com



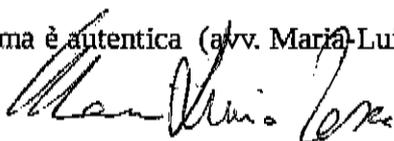
PROCURA SPECIALE ALLE LITI

Io sottoscritto *ELENA BRUGNONE* presidente e legale rappresentante p.t. dell'associazione *UMANA* con sede in *PERUGIA, STRADA SAN VETTURINO* n. 8/F (C.F. 94145920545) giusta delibera assembleare in data 13/10/2015 con il presente atto conferisco procura speciale alle liti all'**avv. Maria-Luisa Tezza** con studio in 37134 Verona, via Pomposa n. 20 – TZZMLS64S68Z133F - (fax 0458276201 pec avvmarialuisatezza@puntopec.it) delegandola alla rappresentanza e difesa al fine di promuovere avanti il **Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio** il ricorso per l'annullamento, previa sospensione cautelare, del Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali di concerto con il Ministro della Salute ed il Ministro dell'Economia e delle Finanze, in data 14.05.2015 pubblicato sulla G.U. n. 178 del 03.08.2015 ad oggetto: *"Ripartizione delle risorse finanziarie affluenti al fondo per le non autosufficienze per l'anno 2015"* nonché di ogni altro atto, anche endoprocedimentale, connesso e/o accessorio, presupposto e/o consequenziale rispetto al decreto impugnato.

Conferisco all'Avv. Maria-Luisa Tezza i più ampi poteri inerenti alla procura, ivi compreso quello di sottoscrivere il detto ricorso e gli atti del relativo procedimento avanti il T.A.R. del Lazio, di transigere, di rinunciare agli atti e di accettare rinunce. Dichiaro, inoltre, ai sensi e per gli effetti delle normative in vigore in tema di privacy di essere stato edotto che i dati personali richiesti direttamente ovvero raccolti presso terzi verranno utilizzati ai soli fini del presente incarico e presto conseguentemente il mio assenso al loro trattamento. Prendo altresì atto che il trattamento dei dati personali avverrà mediante strumenti manuali, informatici e telematici con logiche strettamente collegate alle finalità dell'incarico. Eleggo domicilio presso lo studio dell'avv. **Alessandra Mari** (MRALSN66B67H501G) in 00186 Roma, Piazza Santa Anastasia n. 7 (fax n. 06-3223394 PEC alessandra.mari@legalmail.it). Chiedo di ricevere le **comunicazioni** al fax 045.8276201 o all'email avvmarialuisatezzapuntopec.it o quello diverso indicato nel Reg. Ind.E.

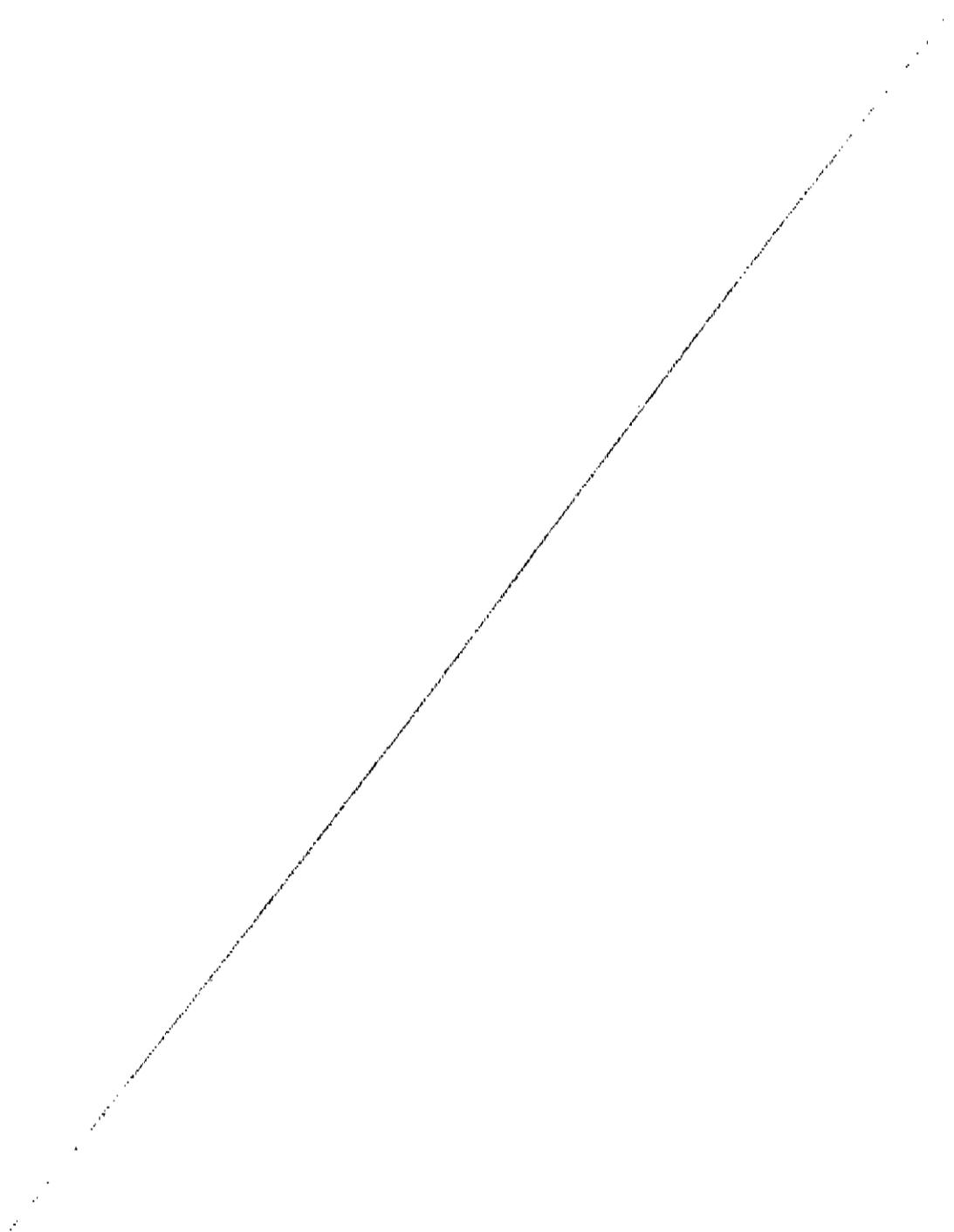
Torino, 23 ottobre 2015.

La firma è autentica (avv. Maria-Luisa Tezza)



Presidente dell'Associazione

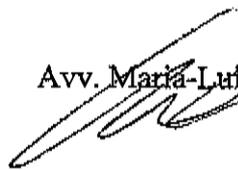




RELAZIONE DI NOTIFICA cron. 257/2015: io sottoscritto procuratore *ut supra*, in virtù dell'autorizzazione del Consiglio dell'Ordine degli Avvocati di Verona Prot. n. 1021/03 rilasciata in data 06.03.2003 e previa iscrizione al n° 257 del mio registro cronologico, ai sensi della Legge n. 53 del 21 gennaio 1994 ho notificato copia conforme all'originale del suesteso ricorso al T.A.R. Lazio, tramite spedizione di copia in piego raccomandato spedito dall'Ufficio postale di Verona, Via Palazzina n. 77, in data corrispondente a quella del timbro postale al seguente destinatario a:

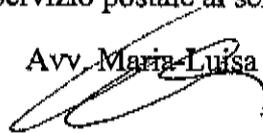
MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI in persona del Ministro legale rappresentante pro tempore (C.F. 80237250586), presso l'Avvocatura Generale dello Stato, in 00186 Roma, Via dei Portoghesi, 12 ed ivi a mezzo del servizio postale ai sensi di legge.

Avv. Maria-Luisa Tezza



MINISTERO DELLA SALUTE in persona del Ministro legale rappresentante pro tempore (C.F. 80242250589), presso l'Avvocatura Generale dello Stato, in 00186 Roma, Via dei Portoghesi, 12 ed ivi a mezzo del servizio postale ai sensi di legge.

Avv. Maria-Luisa Tezza



MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE in persona del Ministro legale rappresentante pro tempore (C.F. 80415740580), presso l'Avvocatura Generale dello Stato, in 00186 Roma, Via dei Portoghesi, 12 ed ivi a mezzo del servizio postale ai sensi di legge.

Avv. Maria-Luisa Tezza

