Data: 17/06/2016

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE DI TRIESTE

SEZIONE CIVILE

Il Tribunale in persona del giudice Dott. Arturo Picciotto ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa iscritta al n. 1339/14 R.G.,

TRA

Sc. Ca., domiciliata in Trieste alla via Giustiniano 8, presso il difensore avv. / zi, dal quale è difesa insieme all'avv. Giovanni Franchi del Foro di Parma;

ATTORE

CONTRO

Comune di :, in persona del Sindaco e legale rappresentante pro tempore, domiciliato in Trieste alla via del Teatro Romano 7, presso l'avvocatura comunale, difeso dall'avv. :

CONVENUTO

E CONTRO

Azienda Sanitaria universitaria integrata di Trieste, già Azienda per i Servizi Sanitari N. 1 - Triestina, in persona del legale rappresentante pro tempore, domiciliato in Trieste alla via S. Nicolò 21, presso il difensore avv. a che lo difende insieme all'avv. (

TERZO CHIAMATO

avente ad oggetto: accertamento di indebito, nullità di contratto e restituzione di somma di denaro.

CONCLUSIONI:

PER L'ATTORE: come da allegato al verbale di udienza del 7.3.2016:

1) DICHIARARE che nulla era dovuto dalla signora Ol. Sa. al Comune di Trieste per il suo ricovero presso R.S.A. del Comune, per essere la stessa affetta dal morbo di Alzheimer, con la conseguenza che la stessa era a carico del Servizio Sanitario Nazionale e/o Regionale;

2) DICHIARARE la nullità ex art. 1418 c.c. dell'impegno assunto dalla signora Ca. Sc. di provvedere al pagamento della retta di ricovero della madre signora Ol. Sa. presso R.S.A. del Comune di Trieste, siccome contraria a norme imperative;

3) DICHIARARE tenuto, per l'effetto, e CONDANNARE il Comune di Trieste alla restituzione in favore di Ca. Sc. di quanto corrisposto da lei ed eventualmente dalla compianta madre per la retta di ricovero di quest'ultima presso R.S.A., nonché per l'impegno di pagamento, ossia, salvo maggiori o minori somme accertate in corso di causa, E 50.493,10, oltre interessi legali dal dì del dovuto al saldo;

4) in via subordinata, giuste le difese avversarie, si chiede il pagamento del 50% della somma anticipata;

- IN VIA ISTRUTTORIA -

1) Ch. disporre ordine di esibizione ex artt. 210 e ss. c.p.c. nei confronti della Casa di Riposo - R.S.A. Ba. - Comune di Trieste, dell'Azienda per i Servizi Sanitari n° 1 Triestina e/o di ogni altro soggetto in possesso della medesima, A) della cartella clinica, B) delle lettere di dimissioni, e C) di tutta la documentazione medica, inerenti la compianta signora Oliva Sahar relativamente al periodo dal 19 novembre 2008 alla morte al 29 settembre 2011 per cui è causa .

PER IL CONVENUTO COMUNE DI TRIESTE: come in comparsa di costituzione e risposta:

in via preliminare

autorizzare ai sensi dell'art. 269 c.p.c. la chiamata in causa dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 - Triestina, corrente in

Trieste Via Giovanni Sai n. 1-3, in persona del suo legale rappresentante, per estendere a questi il contraddittorio con chiamata in garanzia della stessa, o, nella denegata ipotesi in manleva per tutte le somme che il Comune di Trieste dovesse corrispondere a parte attrice a seguito di accoglimento della domanda provvedendo a congruo differimento della prima udienza fissata per il giorno 29.9.2014 h 11.00 per consentire la citazione del terzo, nel rispetto dei termini previsti ex art. 163 c.p.c.

in via di merito

rigettare tutte le domande formulate nei confronti del Comune di Trieste in quanto infondate

e come in atto di citazione del terzo:

in via principale di merito

rigettare ogni domanda formulata dall'attrice nei confronti del Comune di Trieste in quanto infondata;

in via subordinata di merito

in caso di accoglimento delle domande attoree, accertare e dichiarare tenuta l'Azienda per i Servizi Sanitari Triestina n. 1, a tenere indenne il Comune di Trieste di quanto sarà tenuto a pagare, e per l'effetto condannando l'Azienda per i Servizi Sanitari Triestina n. 1 al pagamento di tale somma a favore dell'attore.

Con vittoria di onorari e spese .

PER IL TERZO CHIAMATO AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI TRIESTE, GIÀ AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 1 - TRIESTINA: come in comparsa di costituzione e risposta:

In via principale

Respingere, per i motivi esposti in narrativa e comunque perché infondate in fatto e in diritto, tutte le domande svolte da parte attrice;

In via subordinata

Nella denegata ipotesi in cui l'Ecc. mo Tribunale ritenesse accertato il diritto, in capo all'attrice ad ottenere il rimborso delle somme

già versate per le prestazioni di cui in atti, accertare e dichiarare

che nulla è dovuto a tale titolo da parte dell'Azienda Sanitaria n. 1

Triestina e che tali prestazioni sono a totale carico del Comune di

Trieste, con conseguente rigetto delle domande formulate dalla

convenuta nei confronti della terza chiamata .

Fatto

RAGIONI DELLA DECISIONE

1. Con atto di citazione notificato il 28.4.2014, Sc. Ca. espone di essere figlia ed erede di Ol. Sa., deceduta in Trieste il 29 settembre 2011. La madre, affetta dal morbo di Alzheimer, da demenza senile e da diabete mellito, siccome impossibilitata a rimanere presso la sua abitazione a causa della sua situazione clinica, era stata ricoverata dal 8 maggio 2008 presso R.S.A. del Comune di Trieste. Alla donna era stato chiesto il pagamento di una retta di ricovero, ed al versamento di tali importi aveva provveduto la figlia, in forza dell'impegno dalla stessa assunto con la sottoscrizione delle "Condizioni per l'accoglimento presso le strutture residenziali per anziani del Comune di Trieste".

Di tali importi chiede la restituzione invocando la decisione della Corte di Cassazione n. 4558 del 22 marzo 2012, a tenore della quale la retta dovrebbe essere posta a carico del Servizio Sanitario Nazionale, oggi Regionale, senza che il Comune possa rivalersi sul malato o, se questi è nel frattempo deceduto, sui suoi parenti. In particolare la Corte avrebbe statuito che, in presenza di una "stretta correlazione" tra "prestazioni sanitarie e assistenziali, tale da determinare la totale competenza del Servizio sanitario nazionale", non "vi è luogo per una determinazione di quote" da parte dell'ente comunale. In presenza di persone affette dal morbo di Alzheimer non sarebbe possibile distinguere tra gli aspetti della cura e quelli dell'assistenza, e di conseguenza tra le prestazioni erogate, stante la "stretta correlazione" di prestazioni sanitarie e assistenziali, con "netta prevalenza degli aspetti di natura sanitaria". Ed a nulla rileverebbe la circostanza che le strutture sanitarie suddividano il loro budget in quote giornaliere di spesa sanitaria rimborsabile, escludendo i costi di assistenza, dovendo essere anteposto a tutto il "diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana".

La Corte avrebbe quindi premiato "un indirizzo interpretativo del tutto omogeneo, tale da costituire diritto vivente, nel senso che, nel caso in cui oltre alle prestazioni socio assistenziali siano rogate prestazioni sanitarie, l'attività va considerata comunque di rilievo sanitario e, pertanto, di competenza del Servizio Sanitario Nazionale", finendo per escludere qualsiasi rivalsa economica nei confronti di pazienti affetti dal morbo di Alzheimer. Inoltre, una eventuale "promessa di pagamento" sottoscritta dai parenti dell'assistito al momento del ricovero dovrebbe essere ritenuta nulla, trattandosi "(indiscutibilmente) di prestazioni totalmente a carico del Sistema Sanitario Nazionale".

Invocando questi principi l'attrice chiede quindi di accertare che nulla era dovuto dalla signora Ol. Sa. al Comune di Trieste per il suo ricovero presso R.S.A. del Comune, per essere la stessa affetta dal morbo di Alzheimer, con la conseguenza che la stessa era a carico del Servizio Sanitario Nazionale e/o Regionale; nonché dichiararsi la nullità dell'impegno assunto per la madre , e per l'effetto condannare il Comune di Trieste alla restituzione in proprio favore di quanto corrisposto, quantificato in E 50.493,10, oltre interessi legali dal dì del dovuto al saldo.

2. Resiste alla domanda il Comune di Trieste, chiamando in causa l'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 Triestina stante la dichiarata volontà di accertare che ogni onere di natura socio - sanitaria, a favore di soggetti non autosufficienti con patologie cronico - degenerative, va integralmente posto a carico delle A.S.S., nei cui confronti sarebbe possibile agire in rivalsa.

Pur riconoscendo la novità costituita dalla decisione della Suprema Corte di Cassazione, nega che la stessa possa costituire fonte di diritto nei termini astratti e generali , essendo il suo valore giuridico circoscritto alla specifica controversia fra le parti. Lo stesso quadro normativo invocato nella decisione (le norme di cui al d.p.C.M . 8.8.85, approvate ex art. 5 della L. 833/78 e dell'art. 30 della L. 730/1983) sarebbe superato, dovendo essere richiamati i d.p.C.M. 14/2/01 e 29/11/01 adottati ai sensi degli art. 1 e 3 septies del DLGS 502/92 e ss.mm., che fissa i livelli essenziali di assistenza che il S.S.N. è tenuto a garantire sull'intero territorio nazionale. Il decreto legislativo, fatta comunque salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale, dispone la ripartizione in pari quota delle spese relative alle prestazioni tra il servizio sanitario nazionale ed i Comuni, per il caso di servizi di lungo assistenza semiresidenziale e residenziale.

Espone quindi che la signora Sa. godeva in vita di un contributo comunale a copertura della retta, versando unicamente la pensione con quota fissa senza aver mai corrisposto la tredicesima mensilità della pensione: per tale ragione si era accumulata una situazione debitoria di cui, essendo stata accettata dall'attrice l'eredità in morte della madre, veniva richiesta alla stessa l'estinzione con la restituzione del contributo di E. 7.472,86. Il debito veniva rateizzato su richiesta dell'erede con pagamento di E. 100,00 mensili, e solo parzialmente onorato.

Nega essersi verificata alcuna violazione di norme imperative, avendo l'amministrazione comunale operato nell'ambito della disciplina nazionale e regionale, nel mentre ogni obbligazione graverebbe se del caso sull'Azienda Sanitaria, tenuta ad accollarsi tutte le spese qui richieste in restituzione. Per tale ragione è stata richiesta la chiamata in causa del terzo, nei cui confronti il Comune di Trieste ha concluso per sentire accertare, in caso di mancato rigetto delle domande attoree, la sua condanna a tenerlo indenne ed a pagare il creditore.

3. Resiste alla domanda anche l'Azienda per i Servizi Sanitari N. 1 - Triestina, a propria volta ricostruendo dapprima il quadro fattuale, che vede l'Azienda fornire assistenza sanitaria presso le residenze ubicate nel Comune di Trieste - tra cui le case di riposo Gregoretti e Bartoli frequentate dalla Sa. - sulla base di una convenzione stipulata con il Comune di Trieste, mettendo a disposizione le necessarie risorse di assistenza medica generale e riabilitativa, l'erogazione di farmaci e l'assistenza infermieristica. Presso tali strutture convenzionate, la retta di degenza sarebbe determinata al netto degli oneri sanitari, versati dall'Azienda ai sensi del D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni. La retta sarebbe stata ridotta in forza della legge regionale n. 10/1997, che autorizza le Aziende a concedere contributi agli ospiti non autosufficienti accolti in strutture residenziali regolarmente autorizzate.

Anche il quadro normativo viene dettagliatamente illustrato dal terzo chiamato.

3.1. Quanto al livello nazionale, mette in rilievo l'art. 3-septies del D.Lgs. n. 502/1992, che rinvia al D.P.C.M. 14 febbraio 2001 per la definizione delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, di competenza dei Comuni, prestate con partecipazione alla spese da parte dei cittadini, e determina i costi dei servizi residenziali necessari per la cura e il recupero funzionale di soggetti anziani e persone non autosufficienti con patologie cronico - degenerative non curabili a domicilio. In particolare, per il caso di forme di lungo assistenza semiresidenziali e residenziali, il 50% del costo complessivo viene posto a carico del Servizio sanitario nazionale, con riferimento ai costi riconducibili al valore medio della retta relativa ai servizi in possesso degli standard regionali, ed il restante 50% del costo complessivo a carico del Comune, fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale. Inoltre richiama il D.P.C.M. del 29 novembre 2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza (c.d. LEA o LIVEAS) che ulteriormente ripartisce il costo del 50% a carico dell'utente o del Comune con riguardo alle prestazioni di Cura e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti non curabili a domicilio, tramite servizi residenziali a ciclo continuativo, compresi interventi e servizi di sollievo , e che regolamenta altresì le prestazioni sanitarie di rilevanza sociale ovvero le prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali si è convenuta una percentuale di costo non attribuibile

alle risorse finanziarie destinate al servizio sanitario nazionale... . Tale testo normativo sarebbe stato legificato per mezzo di un apposito intervento normativo (art. 54 della legge 27.12.2002, n. 54), che ne ha recepito i contenuti.

3.2. Quanto al livello regionale, l'ambito di intervento sarebbe quello relativo alle griglie ministeriali, ampliabili quanto al novero delle prestazioni fornite, aumentabili facendo ricorso alle proprie finanze. Rispetto al quadro delineato dalla disciplina nazionale, alle Regioni sarebbe consentito allargare le griglie ministeriali, ampliando il novero delle prestazioni fornite, facendosi carico con risorse finanziarie proprie dell'erogazione di livelli di assistenza superiori a quelli definiti dalla normativa nazionale. In tal senso la L.R. n. 10 del 1997, all'art. 13, ha sancito il diritto degli ospiti non autosufficienti, ricoverati presso strutture residenziali, ad ottenere un'agevolazione sotto forma di abbattimento di una quota della somma complessiva da versare per il pagamento delle rette giornaliere di accoglienza: si tratterebbe di norma eccezionale, che confermerebbe la regola per cui le rette di accoglienza, generalmente, sarebbero a carico degli ospiti della struttura. In questo ambito si sarebbe poi mossa l'amministrazione regionale con alcune deliberazioni di Giunta che hanno incrementato progressivamente, l'ammontare del contributo in base alla situazione economica del degente, detraendo dalla retta un importo fisso in base a parametri ISEE.

3.3. Infine, su questo panorama si cala la convenzione tra il Comune di Trieste e la A.S.S. n. 1 in ordine all'assistenza sanitaria agli ospiti delle strutture protette, che rappresenterebbe la precisa attuazione della disciplina prevista a livello legislativo nazionale e regionale.

3.4. Così ricostruito il quadro normativo e convenzionale, ne deriverebbe l'infondatezza delle domande formulate dall'attrice e dal Comune di Trieste, in considerazione della concreta possibilità di scindere le prestazioni sanitarie e assistenziali a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Evidenzia poi che non sarebbe stata proposta alcuna domanda da parte di Sc. Ca. nei riguardi della Azienda Sanitaria universitaria integrata di Trieste, nel mentre quella avanzata nei confronti del Comune convenuto si baserebbe su un'erronea lettura dei dati giurisprudenziali (fondati su presupposti normativi diversi da quelli attualmente vigenti che, invece, trovano necessaria applicazione nella presente fattispecie) e normativi, comunque inattuali dopo la riforma introdotta dai D.Lgs. n. 502 del 1992 e n. 229 del 1999, che hanno introdotto la cd. aziendalizzazione delle U.L.S.S., con la costituzione di Aziende sanitarie locali, dotate di personalità giuridica, autonomia organizzativa, gestionale, patrimoniale e imprenditoriale. Per attuare il nuovo disegno dell'integrazione socio - sanitaria, le prestazioni sanitarie e quelle sociali sarebbero state suddivise in quote di compartecipazione tra il Servizio Sanitario Regionale - da un lato - e l'utente o il Comune - dall'altro - in applicazione della dettagliata e rigida disciplina contenuta nel D.P.C.M. 14.02.2001 e nel D.P.C.M. 29.11.2001 in tema di livelli essenziali di assistenza. Al riguardo non ha mancato di evidenziare che qualsiasi ampliamento - anche per via interpretativa - del disposto normativo determinerebbe rilevantissimi effetti sulla distribuzione delle risorse a disposizione dell'Azienda Sanitaria . A tutto voler concedere, comunque, la documentazione prodotta comproverebbe la sola pretesa nei confronti del Comune di Trieste, ma non varrebbe a provare la natura inscindibile delle prestazioni sanitarie e assistenziali prestate a favore della Sa..

Infine, l'accordo fra il Comune e l'attrice non violerebbe alcuna norma imperativa, e la domanda svolta dal convenuto Comune di Trieste nei confronti dell'Azienda sarebbe infondata, non sussistendo alcuna prova che le spese sostenute dall'attrice competessero all'A.S.S. Triestina, la quale si era fatta comunque carico dei costi per le prestazioni di sua competenza, in applicazione dei parametri indicati.

Conclude, per l'ipotesi di dichiarata nullità dell'impegno assunto dalla Sc. con il Comune di Trieste e di diritto al rimborso delle somme già versate, ritenendo che nulla sarebbe dovuto a tale titolo da parte dell'Azienda Sanitaria, essendo le prestazioni stesse a totale carico del Comune.

4. Le domande ed eccezioni non sono state ulteriormente modificate o precisate, e non è stato dato ingresso a prove orali.

Sulle conclusioni di cui in premessa, quindi, la causa è stata trattenuta in decisione alla scadenza dei termini per il deposito di scritti conclusivi e repliche.

5. Deve essere preliminarmente chiarito che la defunta era quanto meno dal 2007 (Doc. 16 attore, programma assistenziale proveniente dalla stessa Azienda per i Servizi Sanitari N. 1 - Triestina), e dunque prima dell'avvio del periodo di ospitalità, affetta da una demenza da morbo di Alzheimer, oltre che da diabete mellito di tipo II. Nel sopra citato programma assistenziale, redatto dalla dott.ssa Ba. Ma. del distretto sanitario, la donna veniva descritta come "paziente non gestibile a domicilio", in quanto necessitante di "assistenza nell'igiene personale, nella mobilizzazione, nell'assunzione di farmaci, ssunzione del cibo [...] idratazione". La lettera di dimissioni da un ricove2011 (doc. 18) testimonia della permanenza di tale situazione (la donna morì poco dopo) e della impossibilità per la paziente di qualsiasi attività autonoma, nonché della necessità continua di cure. Deve quindi ritenersi evidente la non distinguibilità, in termini operativi, delle prestazioni assistenziali da quelle sanitarie, stante il gravissimo deterioramento mentale, il disorientamento temporo - spaziale e l'assenza di qualsiasi autonomia personale, con esigenza di un monitoraggio giornaliero per l'accertamento delle sue condizioni e per la erogazione delle terapie: tutto ciò avuto riguardo anche alla notevole compromissione della capacità di deglutizione (si raccomandava nel doc. 18 la nutrizione con cibi semisolidi e l'idratazione con acqua gelificata), alla costante necessità di prevenzione delle piaghe da decubito anche in ragione della patologia diabetica.

Anche a seguito della mancata contestazione delle parti, ed in forza della documentazione bancaria dimessa, deve ritenersi pacifica l'affermazione che i pagamenti siano stati effettuati da Sc. Ca., in parte in proprio ed in parte versando la pensione della madre.

Ferme queste premesse, sostiene l'attrice che il caso di specie rientri nella fattispecie esaminata dalla nota sentenza della Suprema Corte di Cassazione n. 4558 del 2012, e debba conseguentemente essere regolata negli stessi termini: ma per giungere a questa conclusione, pur dando per vero che la fattispecie materiale giudicata dalla Corte fosse del tutto simile a quella in esame, occorre farsi carico di verificare se il quadro normativo sia significativamente mutato rispetto a quello sul quale è intervenuta la Suprema Corte di Cassazione.

5.1. L'attività sanitaria e sociosanitaria a favore di anziani non autosufficienti è compresa tra quelle per le quali il d.p.C.M. 29 novembre 2001 elenca i livelli essenziali di assistenza. Il fondo regionale per la non autosufficienza, così come quello nazionale istituito dall'art. 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - legge finanziaria 2007), concorre poi ad assicurare l'attuazione dei livelli essenziali di assistenza con riguardo agli anziani non autosufficienti. Il d.p.C.M. del 29 novembre 2001, alla tabella 1C, regola la distribuzione dei costi relativi alle prestazioni sanitarie di rilevanza sociale , per tali definendo le prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili . Con riguardo a queste prestazioni si può convenire una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al Servizio Sanitario Nazionale .

Questo sistema di schematizzazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA o LIVEAS) è stato recepito dal legislatore nella legge n. 289 del 2002, che all'art. 54 (Livelli essenziali di assistenza) li aveva ratificati dal 1 gennaio 2001, individuandoli per l'appunto in quelli di cui all'allegato 1 del d.p.C.M. 29 novembre 2001, con le esclusioni e i limiti di cui agli allegati 2 e 3 del citato decreto. La norma demandava poi ad eventuali d.p.C.M., di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, per l'individuazione di prestazioni non soddisfacenti i principi e le condizioni stabiliti dall'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ss., e per le modifiche agli allegati richiamati.

I "livelli essenziali di assistenza sanitaria" già precisati nel d.p.C.M. 29 novembre 2001, richiamati e confermati dall'articolo 54 della l. n. 289 del 2002, hanno quindi individuato il diritto pieno ed esigibile degli

anziani non autosufficienti (o dei soggetti con handicap grave) alle cure sanitarie, senza limiti di durata, pur stabilendo, sulla base di determinati presupposti, l'onere dei pazienti (ma non quello dei loro parenti) di partecipare ai relativi costi. Nei casi di ricovero presso RSA o strutture analoghe, il SSN è tenuto a versare la quota sanitaria, che non può essere inferiore al 50% della retta totale; il soggetto non autosufficiente, superiore ai sessantacinque anni ovvero con handicap grave, deve contribuire, sulla base delle sue "personali" condizioni economiche (redditi e beni). È stato poi imposto alle regioni, comprese quelle a statuto speciale, nonché alle province autonome di Trento e Bolzano, di garantire le prestazioni sanitarie residenziali ai predetti soggetti.

La legge regionale del Friuli Venezia Giulia non prevede alcuna partecipazione a carico di altri soggetti (parenti o affini), e dunque non si pone la questione, peraltro già decisa dalla Corte Costituzionale (sent. n. 296 del 2012), di legittimità di una tale previsione.

Tutto questo quadro di riferimento, che solo per sommi capi è stato riportato, è quindi nuovo e diverso rispetto a quello oggetto della decisione della Suprema Corte di Cassazione. Esso va poi letto alla luce della natura delle Aziende sanitarie locali, che sono oggi entità dal carattere imprenditoriale, per quanto con finalità pubbliche, e dunque strutture dotate di autonomia attraverso le quali le Regioni assicurano i livelli essenziali di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale (Corte cost., sentenze n. 390 del 2008 e n. 107 del 2007 e, nello stesso senso: Cass. SU 22 luglio 2013, n. 17783; Cass. SU 30 gennaio 2008, n. 2031; Cass. SU 4 luglio 2014, n. 15304; Cass. 5 febbraio 2014, n. 2643, nonché Corte cost., ord. n. 49 del 2013 e sent. n. 186 del 2013).

5.2. Lungi dal voler affrontare in termini generali la delicatissima problematica del bilanciamento tra diritti essenziali e limiti di copertura di bilancio, o quella - più specifica ma comunque non di pertinenza del presente giudizio - dell'effettiva utilità di queste misure, dichiaratamente volte a ristrutturare il servizio sanitario, ma mediante opere di manutenzione straordinaria piuttosto che con riforme organiche, è tuttavia innegabile che tali previsioni siano espressione di quello che in dottrina viene qualificato come approccio di tipo compensativo. Per raggiungere il fine della razionalizzazione complessiva delle prestazioni incluse nei LEA, è ovviamente necessario che, a fronte di estensioni di prestazioni e di nuove inclusioni soggettive, siano parallelamente apportate correzioni sotto forma di esclusioni o restrizioni, con conseguente revisione dell'intervento per le diverse patologie. La figura della coperta corta, purtroppo, rimane emblematicamente la più idonea, metaforicamente, ad esprimere l'attuale situazione.

La sentenza, più volte invocata, della Suprema Corte di Cassazione (n. 4558 del 2012), invece, era intervenuta vigenti la legge n. 730 del 1983, art. 30, ed il D.P.C.M. 8 agosto 1985, art. 6, e cioè i cd. livelli di assistenza uniformi definiti con il piano sanitario nazionale previsto dalla legge n. 833 del 1978 (artt. 1, 3, 19, 53 e 63)1. Ed in quel contesto aveva ritenuto che la lettura della norma contenuta nella L. n. 730 del 1983, art. 30 deve effettuarsi, per altro in maniera conforme al tenore letterale della disposizione, nel senso di ritenere che gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio assistenziali sono a carico del fondo sanitario nazionale , richiamando peraltro quel consolidato indirizzo interpretativo del tutto omogeneo, tale da costituire diritto vivente, nel senso che, nel caso in cui oltre alle prestazioni socio assistenziali siano erogate prestazioni sanitarie, l'attività va considerata comunque di rilievo sanitario e, pertanto, di competenza del Servizio Sanitario Nazionale . E in tal senso aveva concluso che Appare quindi evidente che, ove sussista quella stretta correlazione, nel senso sopra evidenziato, fra prestazioni sanitarie e assistenziali, tale da determinare la totale competenza del servizio sanitario nazionale, non vi sia luogo per una determinazione di quote, nel senso invocato dal Comune ricorrente (con riferimento al citato D.P.C.M. 8 agosto 1985, art. 6, u.c., e della L.R. Veneto n. 55 del 1982, art. 3), che presuppongono una scindibilità delle prestazioni, non ricorrente in ipotesi, come quella in esame, di stretta correlazione con netta prevalenza degli aspetti di natura sanitaria .

Ma si è visto che il contesto normativo è oggi assolutamente mutato.

L'art. 54 della legge n. 289 del 2002 ha espressamente confermato i livelli essenziali di assistenza previsti dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, rinviando per la loro individuazione all'allegato 1 del decreto del d.p.C.M. 29 novembre 2001. Questo modo di individuazione delle prestazioni essenziali è stato ritenuto legittimo dalla Corte Costituzionale (sent. n. 36 del 2005) sull'assunto che il relativo compito rientra tra quelli specifici del legislatore e della programmazione statali, anche per rendere confrontabili, nell'ambito dell'unitarietà del servizio sanitario, le prestazioni rese (sentenze n. 507 e n. 63 del 2000): a tutela delle competenze regionali, non di meno, sta il ruolo determinante assunto dagli accordi in materia, ai quali fanno seguito i d.p.C.M. attuativi. Sul punto la sentenza n. 134 del 2006 della Corte Costituzionale ha confermato che la rilevante compressione dell'autonomia regionale che consegue alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, se <<attribuisce al legislatore statale un fondamentale strumento per garantire il mantenimento di una adeguata uniformità di trattamento sul piano dei diritti di tutti i soggetti, pur in un sistema caratterizzato da un livello di autonomia regionale e locale decisamente accresciuto>>, esige <<che queste scelte, almeno nelle loro linee generali, siano operate dallo Stato con legge, che dovrà inoltre determinare adeguate procedure e precisi atti formali per procedere alle specificazioni ed articolazioni ulteriori che si rendano necessarie>> (sentenza n. 88 del 2003) .

In sintesi: questo particolare procedimento per la determinazione dei livelli essenziali, costituito dalla predisposizione di un decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, è stato previsto dall'art. 6 del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347 (Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria), quale modificato dalla legge di conversione 16 novembre 2001, n. 405. Ed è proprio su questa base che è stato adottato il d.p.C.M. 29 novembre 2001. Successivamente l'art. 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, ha confermato la procedura, specificando anche che le modifiche ai LEA individuati negli allegati del d.p.C.M. 29 novembre 2001 <<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>>.

Non potendo pertanto dubitarsi che anche la fissazione degli standard costituisca esercizio della competenza assegnata allo Stato dall'art. 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, ed essendo stato prescelto un sistema di negoziazione dei parametri mercé l'intesa - e non la semplice audizione - tra enti territoriali e Stato in sede di Conferenza permanente, può convenirsi con l'affermazione della difesa della Azienda Sanitaria universitaria integrata di Trieste, secondo cui il testo normativo del d.p.C.M. 29 novembre 2001 sia stato legificato dall'art. 54 della legge 27.12.2002, n. 289.

Un sistema legale così congegnato, quindi, laddove non venga a denegare sostanzialmente l'assistenza sanitaria, è da ritenersi altresì non manifestamente incostituzionale. Del resto, come insegnato dalla Corte Costituzionale (sent. n. 85 del 2013), anche i diritti fondamentali tutelati dalla Costituzione, in particolare quello alla salute (art. 32 Cost.), sono soggetti a ragionevole bilanciamento , in quanto sono tra loro in rapporto di integrazione reciproca e non è possibile pertanto individuare uno di essi che abbia la prevalenza assoluta sugli altri. La tutela deve essere sempre <<sistemica e non frazionata in una serie di norme non coordinate ed in potenziale conflitto tra loro>> (sentenza n. 264 del 2012). Se così non fosse, si verificherebbe l'illimitata espansione di uno dei diritti, che diverrebbe "tiranno" nei confronti delle altre situazioni giuridiche costituzionalmente riconosciute e protette, che costituiscono, nel loro insieme, espressione della dignità della persona. Il passaggio logico dal riferimento ai diritti fondamentali all'attività di bilanciamento tra valori di rango costituzionale , di esclusiva pertinenza della Corte, è stato compiuto poi nella recente sentenza n. 10 del 2015, dove si rivendica il compito istituzionale di garantire che la Costituzione sia un tutto unitario, in modo da assicurare <<una tutela sistemica e non frazionata>> (sentenza n. 264 del 2012) di tutti i diritti e i principi coinvolti nella decisione . Così facendo la Corte ha allargato l'ambito di applicazione del bilanciamento, passando dal riferimento dai diritti

fondamentali a quello ai valori coinvolti nella normativa sottoposta al suo esame, dal momento che <<la Costituzione italiana, come le altre Costituzioni democratiche e pluraliste contemporanee, richiede un continuo e vicendevole bilanciamento tra principi e diritti fondamentali, senza pretese di assolutezza per nessuno di essi>> .

E nel ragionevole bilanciamento tra i diritti e i principi di cui sopra, non appare manifestamente violato alcun parametro di legittimità costituzionale da parte di una norma che, d'intesa con gli enti territoriali, stabilisca la possibilità di far partecipare ai costi di gestione del servizio sanitario nazionale anche l'utente o il Comune, come fatto appunto dall'art. 54 della legge n. 289 del 2002 in relazione ai sistema dei d.p.C.M. di individuazione del LEA o LIVEAS (livelli essenziali di assistenza).

5.3. Da quanto sopra discende che non può più ritenersi applicabile l'insegnamento della Suprema Corte di Cassazione, nel mutato contesto normativo e costituzionale, e non può discutersi in termini generali di un diritto assoluto ed incomprimibile da parte dell'utente di ottenere prestazioni sanitarie a completo carico del sistema sanitario, anche in casi come quello die malati di Alzheimer, in cui è lo stesso legislatore, secondo il procedimento normativo sopra sommariamente delineato, ritenere d'intesa con gli enti territoriali che certe prestazioni assistenziali e sanitarie non risultino operativamente distinguibili .

È dunque legittima la previsione normativa di una partecipazione parziale alle spese sanitarie da parte dell'utente per prestazioni come quella di cui ebbe a beneficiare in vita la madre della ricorrente.

5.4. Quanto detto però vale solo ed esclusivamente per il soggetto utente, dacché né la normativa nazionale né quella della regione autonoma Friuli Venezia Giulia (a differenza di quanto accaduto per altre Regioni italiane) prevede un obbligo di partecipazione da parte di soggetti diversi dall'utente. Si pone quindi il problema di stabilire se l'assunzione volontaria dell'obbligo del pagamento da parte del familiare fosse legittima, nei limiti di cui alla domanda attorea.

L'impegno assunto da Sc. Ca. (doc. 8) era il seguente:

2. L'ospite contribuisce al pagamento della retta con tutto il suo reddito disponibile...

3. In caso di reddito insufficiente alla copertura totale della retta, sono chiamati a contribuire i parenti ed affini di I grado, che sottoscrivono un impegno in tal senso .

Al riguardo, la Suprema Corte di Cassazione aveva ritenuto che un impegno del genere (che nel caso all'esame della Corte era il seguente: si impegna a corrispondere al Comune di Carbonera ... la somma di L. 2.471.130...) potesse essere qualificato o come una promessa unilaterale o come un accollo non liberatorio, conclusosi ai sensi dell'art. 1333 c.c. . E per tutte e due le ipotesi era pervenuta al sindacato di illegittimità di tale negozio, atteso che l'insussistenza del rapporto obbligatorio risulta pacificamente acquisita, trattandosi di prestazioni totalmente a carico del Servizio sanitario nazionale . Vi sarebbe quindi una totale assenza di una reale funzione economica del negozio, vale a dire un difetto genetico della causa intesa come ragione giustificativa, in concreto, del contratto, stante la evidente irrealizzabilità dell'assunzione della obbligazione altrui che risulti, per le considerazioni esposte, assolutamente insussistente .

Ma queste conclusioni non possono essere recepite una volta che non viene condivisa la loro premessa, ossia il giudizio che quelle in esame siano prestazioni totalmente a carico del servizio nazionale.

Non vi è quindi alcun profilo di nullità ex art. 1418 cod. civ., come denunciato dall'attrice, né contrarietà a norme imperative. Altro non è a dirsi, in difetto di domanda.

6. In conclusione, le domande attoree devono essere rigettate.

La mancanza di precedenti noti della Suprema Corte di Cassazione, ed anzi la presenza di un precedente in apparenza invocabile, costituisce legittima ragione per la compensazione delle spese di lite tra le parti.

Diritto

PQM

P.Q.M.

ogni altra istanza, deduzione ed eccezione disattesa, definitivamente pronunziando, il Tribunale di Trieste così provvede:

rigetta le domande proposte da Sc. Ca., compensando le spese di lite tra le parti.

Trieste, 17 giugno 2016.

1 Non si entra nel merito della polemica, squisitamente dottrinaria ed irrilevante ai fini di causa, sul presunto errore della Suprema Corte di Cassazione, che avrebbe ritenuto ancora vigente la legge 3 dicembre 1931, n. 1580, concernente il diritto dell'ente di agire nei riguardi del ricoverato o, in caso di incapacità di quest'ultimo di coprire con il proprio reddito i costi di ricovero, in via di rivalsa nei riguardi di coloro che sarebbero stati obbligati alla prestazione alimentare durante il periodo di degenza. Si evidenzia solo che anche a giudizio di Cass., sent n. 19642 del 2014, la legge è rimasta in vigore.

Depositata in Cancelleria il 17/06/2016