



**TRIBUNALE ORDINARIO di BUSTO ARSIZIO**  
SEZIONE Terza CIVILE

Nella causa civile iscritta al n. r.g. **3696/2020** promossa da:

\*\*\*\*\* (C.F.\*\*\*\*\*), quale amministratore di sostegno di \*\*\*\*\*

RICORRENTE

contro

**FONDAZIONE \*\*\*\*\* (C.F. \*\*\*\*\*)**

RESISTENTE

Il Giudice dott.ssa Alessandra Ardito,  
a scioglimento della riserva assunta all'udienza del 12.1.2021,  
pronuncia la seguente

**ORDINANZA**

con ricorso ex art. 702 bis c.p.c. \*\*\*\*\* , quale amministratore di sostegno di \*\*\*\*\* , chiedeva che venisse dichiarata la nullità ex art. 1418 c.c. dell'obbligazione al pagamento delle rette di degenza assunta il 2.12.2013 da \*\*\*\*\* , affetta da Morbo d'Alzheimer, nei confronti di Fondazione \*\*\*\*\* (nel prosieguo Fondazione), dovendo le rette essere a carico del Servizio Sanitario Nazionale, e la conseguente condanna della Fondazione alla restituzione dell'importo di € 141.548,14, versato da \*\*\*\*\* da dicembre 2013.

In subordine, il ricorrente chiedeva che venisse accertato che la quota sostenuta dalla \*\*\*\*\* era stata calcolata in maniera erranea, in violazione della ripartizione del 50% fra regione e degente o Comune, e che la Fondazione venisse condannata al pagamento di quanto versato in esubero.

La parte resistente si costituiva e chiedeva, previa estensione del contraddittorio ad ATS Insubria e Regione Lombardia, il rigetto delle avverse domande. In via riconvenzionale, la Fondazione

domandava la condanna della ricorrente e del \*\*\*\*\* in proprio, previa sua chiamata in causa, al pagamento delle rette scadute relative al periodo marzo – ottobre 2020, pari ad € 17.872,00, oltre interessi.

Prima di entrare nel merito della controversia, si precisa che non è necessario estendere il contraddittorio, posto che, al di fuori delle ipotesi di litisconsorzio necessario (non ravvisabili nel caso di specie), è discrezionale il provvedimento del giudice di fissazione di una nuova udienza per consentire la citazione del terzo, potendo il giudice rifiutare di fissare una nuova prima udienza per ragioni di economia processuale e per motivi di ragionevole durata del processo (Cassazione civile sez. un., 23/02/2010, n.4309).

Nel caso di specie, essendo la causa già matura per la decisione, la chiamata in causa di ATS Insubria, Regione Lombardia e del \*\*\*\*\* in proprio comporterebbe un non necessario ed inopportuno allungamento della durata del processo.

#### 1) DOMANDE DI PARTE RICORRENTE

Nel merito, ritiene il Tribunale che la domanda di parte ricorrente non possa essere accolta.

Ai fini della decisione della odierna controversia occorre in primo luogo operare una breve ricognizione del quadro normativo di riferimento.

Si tratta in particolare::

a) legge 833 del 1978 che ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale, al fine di garantire a tutti i cittadini di potere accedere in condizioni di uguaglianza alle prestazioni sanitarie. In base all'art. 5 di tale legge si prevede che la funzione di indirizzo e coordinamento delle attività amministrative delle Regioni in materia sanitaria sia esercitata dallo Stato oltre che con legge o atto avente forza di legge, mediante deliberazione del Consiglio dei Ministri;

b) l'art. 30 della legge 730 del 1983, che ha disciplinato le unità sanitarie nazionali, stabilisce che gli enti locali e le Regioni possono avvalersi di tali enti per l'esercizio delle proprie competenze nelle attività di tipo socio assistenziale e prevede che sono a carico del fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali;

c) il D.P.C.M del 8 /8/1985 nel quale vi è una prima definizione di attività sanitaria connessa a quella di tipo assistenziale, ovvero *“Le attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio- assistenziali di cui all’art. 30 della legge 27 dicembre 1983, n. 730, sono le attività che richiedono personale e tipologie di intervento propri dei servizi socio-assistenziali, purché siano dirette immediatamente e in via prevalente alla tutela della salute del cittadino e si estrinsechino in interventi a sostegno dell’attività sanitaria di prevenzione, cura e/o riabilitazione fisica e psichica del medesimo, in assenza dei quali l’attività sanitaria non può svolgersi o produrre effetti.”* Oltre a

fornire una definizione in senso positivo, il decreto si preoccupa di definire anche in senso negativo cosa debba intendersi per attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio assistenziali escludendo che tra le prime possano annoverarsi *“le attività direttamente ed esclusivamente socio-assistenziali, comunque estrinsecanti, anche se indirettamente finalizzate alla tutela della salute del cittadino. In particolare, non rientrano tra le attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali l’assistenza economica in denaro o in natura e l’assistenza domestica, le comunità alloggio, le strutture diurne socio-formative, i corsi di formazione professionale, gli interventi per l’inserimento e il reinserimento lavorativo, i centri di aggregazione e di incontro diurni, i soggiorni estivi, i ricoveri in strutture protette extra-ospedaliere meramente sostitutivi, sia pure temporaneamente, dell’assistenza familiare”*.

Il medesimo decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri statuisce all’art. 6 che *“Rientrano tra le attività socio-assistenziali di rilievo sanitario, con imputazione dei relativi oneri sul Fondo sanitario nazionale, i ricoveri in strutture protette, comunque denominate, sempre che le stesse svolgano le attività di cui all’art. 1. Le prestazioni in esse erogate devono essere dirette, in via esclusiva o prevalente: [...] alla cura degli anziani, limitatamente agli stati morbosi non curabili a domicilio. Nei casi in cui non sia possibile, motivatamente, disgiungere l’intervento sanitario da quello socio-assistenziale, le regioni possono, nell’ambito delle disponibilità finanziarie assicurate dal Fondo sanitario nazionale, avvalersi mediante convenzione di istituzioni pubbliche o, in assenza, di istituzioni private. In questi casi le regioni possono prevedere che l’onere sia forfettariamente posto a carico, in misura percentuale, del Fondo sanitario nazionale o degli enti tenuti all’assistenza sociale in proporzione all’incidenza rispettivamente della tutela sanitaria e della tutela assistenziale, con eventuale partecipazione da parte dei cittadini”*;

d) il D.P.C.M. 14 febbraio 2001, che costituisce un atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio sanitarie che all’art. 2 stabilisce inoltre che le prestazioni socio sanitarie *“sono definite tenendo conto dei seguenti criteri: la natura del bisogno, la complessità e l’intensità dell’intervento assistenziale, nonché la sua durata”*.

Particolarmente importante è la disposizione di cui all’art. 3 del decreto, che individua e definisce le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e le prestazioni socio – sanitarie ad elevata integrazione, a secondo della diversa combinazione della natura dei bisogni, della complessità, intensità e durata dell’intervento assistenziali.

In base all’art. 3 comma 1, sono prestazioni sanitarie a rilevanza sociale *“le prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite, contribuendo, tenuto conto delle componenti*

*ambientali, alla partecipazione alla vita sociale e alla espressione personale. Dette prestazioni, di competenza delle aziende unità sanitarie locali ed a carico delle stesse, sono inserite in progetti personalizzati di durata medio/lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali”.*

In base all’art. 3 comma 2 sono prestazioni sociali a rilevanza sanitaria “*tutte le attività del sistema sociale che hanno l’obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Tali attività, di competenza dei comuni, sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai comuni stessi e si esplicano attraverso: a) gli interventi di sostegno e promozione a favore dell’infanzia, dell’adolescenza e delle responsabilità familiari; b) gli interventi per contrastare la povertà nei riguardi dei cittadini impossibilitati a produrre reddito per limitazioni personali o sociali; c) gli interventi di sostegno e di aiuto domestico familiare finalizzati a favorire l’autonomia e la permanenza nel proprio domicilio di persone non autosufficienti; d) gli interventi di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semiresidenziali di adulti e anziani con limitazione dell’autonomia, non assistibili a domicilio; e) gli interventi, anche di natura economica, atti a favorire l’inserimento sociale di soggetti affetti da disabilità o patologia psicofisica e da dipendenza, fatto salvo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di diritto al lavoro dei disabili; f) ogni altro intervento qualificato quale prestazione sociale a rilevanza sanitaria ed inserito tra i livelli essenziali di assistenza secondo la legislazione vigente. Dette prestazioni, inserite in progetti personalizzati di durata non limitata, sono erogate nelle fasi estensive e di lungo assistenza”.*

Da ultimo l’art. 3 comma 3 definisce come prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria “*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 e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da H.I.V. e patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative. 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”.*

Per quanto concerne l'intensità dell'intervento, l'art. 2 comma 4 individua le seguenti fasi:

*“a) la fase intensiva, caratterizzata da un impegno riabilitativo specialistico di tipo diagnostico e terapeutico, di elevata complessità e di durata breve e definita, con modalità operative residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari;*

*b) la fase estensiva, caratterizzata da una minore intensità terapeutica, tale comunque da richiedere una presa in carico specifica, a fronte di un programma assistenziale di medio o prolungato periodo definito;*

*c) la fase di lungo-assistenza, finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale possibile e a rallentare il suo deterioramento, nonché a favorire la partecipazione alla vita sociale, anche attraverso percorsi educativi”.*

Per quanto riguarda le modalità di finanziamento e le prestazioni da erogare il D.P.C.M. 14 febbraio 2001, nella tabella ad esso allegata, prevede che per gli anziani e persone non autosufficienti con patologie cronic- degenerative siano garantite la cura ed il recupero funzionale mediante cure svolte a domicilio ovvero tramite servizi residenziali a ciclo continuativo e diurno, compresi interventi e servizi di sollievo alla famiglia (secondo le Linee Guida emanate dal Ministero della Sanità del 31 marzo 1994 L. 11 marzo 1988, n.67 L. n. 451/1998 D.Lgs. n. 229/1999 D.P.R. 23 luglio 1998: „Piano Sanitario 1998/2000 Leggi e Piani regionali).

Il costo delle prestazioni viene posto per il 100% a carico del SSN con riferimento all'assistenza prestata nella fase intensiva ed alle prestazioni ad elevata integrazione fornite nella fase estensiva, mentre per le prestazioni nelle forme di lungo-assistenza semiresidenziali e residenziali solo il 50% del costo complessivo è posto a carico del SSN (tenendo come riferimento i costi riconducibili al valore medio della retta relativa ai servizi in possesso degli standard regionali, o in alternativa il costo del personale sanitario e il 30% dei costi per l'assistenza tutelare e alberghiera), mentre il restante 50% del costo complessivo è messo a carico del Comune, fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale;

e) il D.P.C.M. 29 novembre 2001, che individua i “livelli essenziali di assistenza sanitaria”, che sono stati successivamente richiamati e confermati dall'articolo 54 della L. n. 289 del 2002.

Tali livelli di assistenza hanno previsto a favore degli anziani non autosufficienti (o dei soggetti con handicap grave) le cure sanitarie, senza limiti di durata, pur stabilendo, l'onere dei pazienti di partecipare ai relativi costi, salvo particolari condizioni di reddito.

In particolare nell'allegato 1 si prevede per l'attività socio sanitaria di carattere riabilitativo nei confronti degli anziani la compartecipazione dell'utente o del Comune al 50% in relazione alle

prestazioni terapeutiche volte al recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime residenziale;

f) il DPCM 12 gennaio 2017 che ha confermato la regolamentazione contenuta nei precedenti decreti e che pone a carico del servizio sanitario nazionale *“i trattamenti estensivi di cura e di recupero funzionale per persone richiedenti elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale”* ed a carico del servizio sanitario nazionale nella misura del 50% della tariffa giornaliera *“i trattamenti di lungo- assistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti”* nonché *“ le prestazioni rese nell’ambito dell’assistenza semiresidenziale, di lungo assistenza, di recupero, di mantenimento funzionale e di riorientamento, a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria”*.

Orbene, in base a tale quadro normativo, la gratuità delle prestazioni va affermata per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale previste dall’art. 3 comma 1 del DPCM 14 febbraio 2001 e per quelle socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria previste dall’art. 3 comma 3 del citato decreto, mentre per le prestazioni di lungo assistenza destinate ad anziani e persone non autosufficienti affette da malattie croniche e degenerative, in base alla tabella di cui all’art. 4 comma 1 del DPCM 14 febbraio 2011 e di cui all’allegato 1 C del DPCM 29 novembre 2001, è prevista la ripartizione forfettaria del costo complessivo nella misura del 50% a carico del SSN e del 50% a carico del Comune con la compartecipazione dell’utente.

Inoltre da tale regolamentazione si desume che, in presenza di patologie di rilevante gravità e connotate dalla cronicità della malattia, non vige il principio della gratuità assoluta di tutte le prestazioni rese nei confronti di tali pazienti, anche quando a quelle socio assistenziali si aggiungano prestazioni di natura sanitaria, ma è prevista la compartecipazione dell’interessato nella cd fase di lungo assistenza, che si caratterizza per una minore intensità della tutela sanitaria rispetto a quella assistenziale e per una durata non preventivabile ed inquadabile in un arco di tempo definito.

Venendo quindi all’orientamento giurisprudenziale, si rileva che la sentenza della Corte di Cassazione n. 4558 del 2012, richiamata anche dalla parte ricorrente, prende in esame la disciplina vigente fino al 1985 e non menziona le disposizioni di cui ai DPCM del 2001 sopra richiamati.

In particolare tale sentenza statuisce, uniformandosi ad un orientamento consolidato della Suprema Corte, che il DPCM del 1985 deve interpretarsi tenendo conto *“del nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile delle dignità umana. In tale quadro, ed alla luce del principio affermato, in linea generale, dalla legge di riforma sanitaria, che prevede la erogazione gratuita delle prestazioni a tutti i cittadini, dal sistema sanitario nazionale, entro i*

*livelli uniformi definiti con il piano sanitario nazionale, di per sé ostativa a qualsiasi azione di rivalsa, la lettura della norma contenuta nell'art. 30 della l. n. 730 del 1983 deve effettuarsi, peraltro in maniera conforme con il tenore letterale della disposizione, nel senso di ritenere che gli oneri delle attività di natura sanitaria connesse con quelle assistenziali sono a carico del fondo sanitario nazionale".* Pertanto, conclude la sentenza citata 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 Sistema Sanitario Nazionale"*.

In ogni caso da tale pronuncia si evince che la gratuità delle prestazioni non può essere affermata in astratto ma richiede una valutazione concreta sulla natura delle prestazioni somministrate, sull'effettiva inscindibilità delle prestazioni di natura sanitaria da quelle assistenziali, su tipologia e durata del trattamento erogato.

Tale valutazione va quindi necessariamente condotta tenendo conto del quadro normativo e dei criteri di classificazione delle prestazioni di cui ai citati DPCM del 2001.

Esaminando la giurisprudenza successiva alle suddette modifiche normative, si rileva che la sentenza della Corte di Cassazione n.22776 del 2016, che esprime un orientamento conforme alla pronuncia sopra citata, si riferisce tuttavia ad un caso diverso in cui la paziente era affetta da grave patologia psichiatrica.

Rimanendo nell'ambito delle cure prestate per i pazienti affetti da morbo di Alzheimer, si reputa significativa la sentenza del Consiglio di Stato n.604/2015, che ha ritenuto legittima la delibera della Regione Piemonte nella parte in cui ha previsto la compartecipazione dell'assistito ai costi delle prestazioni residenziali terapeutiche a bassa intensità assistenziale, fermo restando la gratuità di quelle sanitarie erogate nella fase intensiva ed estensiva.

Inoltre va citata la sentenza del Consiglio di Stato n. 1858 del 21.3.2019 relativa ai ricorsi promossi da alcune associazioni nei confronti del DPCM del 12.1.2017 di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza.

Il Collegio ha evidenziato che tale decreto si pone in linea di continuità con il sistema delineato dai precedenti DPCM nella parte in cui si prevede che i trattamenti di lungo assistenza in regime residenziale siano a carico del SSN per la quota del 50% e che la suddivisione del progetto assistenziale in fasi di diversa intensità con impegno decrescente (ovvero intensiva, estensiva e lungo-assistenza) presuppone che le prime due fasi rimangano circoscritte a periodi definiti, ovvero nel primo caso ad una durata breve e definita e nel secondo caso ad un medio o prolungato periodo, ma sempre definito.

Se è vero che in tale pronuncia si è ritenuto che la durata di ciascuna delle suddette fasi non possa essere ancorata a previsioni rigide che modifichino in via automatica il livello di intensità

assistenziale in atto, dovendo la stima essere effettuata sulla scorta delle effettive condizioni dell'assistito e sulla scorta di una specifica valutazione multidimensionale, è pur vero che risulta confermata la validità dell'impostazione sottesa ai suddetti DPCM e quindi la legittimità della previsione di una quota di compartecipazione a carico dell'assistito per le prestazioni di carattere socio-sanitario erogate nella fase di lungo assistenza.

Peraltro, uno dei punti del decreto oggetto di impugnazione davanti al giudice amministrativo riguardava la previsione della totale gratuità di prestazioni sanitarie di cura di alimentazione e idratazione artificiale soltanto per un periodo di tempo determinato, decorso il quale viene stabilita la compartecipazione economica del Comune/utente.

Con riferimento a tale aspetto, il Consiglio di Stato ha affermato che la previsione di un limite temporale della durata del trattamento non è cogente, data la presenza della indicazione "di norma", il che esclude l'esistenza di ogni paventato automatismo della durata del trattamento e quindi la prospettata illegittimità di tale previsione del decreto.

Ne deriva quindi che, anche alla luce di tale pronuncia, la valenza sanitaria di alcune prestazioni non esclude automaticamente la possibilità di prevedere una compartecipazione alla spesa, dovendosi considerare, oltre a tipologia delle prestazioni, la finalità, la durata ed il quadro clinico dell'assistito nel quale si inseriscono, al fine di individuare la maggiore o minore intensità della componente sanitaria delle stesse.

Ciò posto, occorre quindi individuare ed inquadrare le prestazioni erogate alla degente \*\*\*\*\*al fine di decidere sulle domande svolte dall'opponente, ed in particolare sulla domanda di accertamento della nullità del contratto di ospedalità stipulato con la società convenuta.

Va premesso che, avendo la ricorrente allegato la nullità del contratto stipulato con la RSA ed avendo agito per la ripetizione, a titolo di indebito, dei pagamenti eseguiti in forza di tale contratto, grava su tale parte l'onere della prova dei fatti costitutivi della pretesa azionata e quindi della natura sanitaria delle prestazioni erogate alla paziente.

Al riguardo la parte ricorrente produceva una relazione del proprio medico legale da cui emerge che la degente è affetta dalle seguenti patologie: morbo di Alzheimer, cardiopatia aterosclerotica, artrosi polidistrettuale e doppia incontinenza. Inoltre si attesta che vi è un quadro di demenza grave (doc. 2 e 6 di parte ricorrente).

Ne deriva che ciò che rende la degente incapace di compiere gli atti della vita quotidiana senza assistenza è la demenza conseguente al morbo di Alzheimer.

La parte ricorrente, poi, evidenziava che l'ipertensione era stata trattata da un punto di vista medico, essendo state effettuati 3 elettrocardiogrammi da giugno 2019 ad aprile 2020 e che anche la riabilitazione motoria era stata coordinata dal medico che aveva effettuato 3 visite fisiatriche da



agosto 2019 a gennaio 2020 (parte ricorrente depositava anche una cartella clinica di oltre 1000 pagine, senza neppure indicare i punti rilevanti. Si ricorda che si può tenere conto dei documenti prodotti dalle parti solo nel caso in cui la parte interessata ne faccia specifica istanza, esponendo nei propri scritti difensivi gli scopi della relativa esibizione con riguardo alle sue pretese, derivandone altrimenti per la controparte l'impossibilità di controdedurre e risultando per lo stesso giudice impedita la valutazione delle risultanze probatorie e dei documenti ai fini della decisione -Cass. n. 6020/2011; Cass. 20 ottobre 2005, n. 20265; Cass. 16 marzo 2005, n. 5711; Cass. 24 dicembre 2004, n. 23976; Cass. 6 aprile 2001, n. 5149, tra le tante-. A soddisfare l'onere della prova, infatti, non è sufficiente la produzione di un documento ritenuto idoneo dalla parte, ma è altresì necessario che questa indichi specificamente l'uso che intende farne, onde evitare che il contraddittorio relativo sia in tutto o in parte impedito; nè la stessa parte, inottemperante a tale onere, può poi lamentare che il giudice, nell'esercizio dei poteri istruttori conferitigli dalla legge, non abbia preso in esame il documento ritualmente prodotto e non vi abbia ravvisato una prova utile alla sua difesa - Cass. 5 agosto 2000, n. 10343).

Tali visite (sei in undici mesi) non sono di per sé sufficienti per ritenere che il trattamento sanitario dovesse essere necessariamente somministrato congiuntamente alla prestazione socio – assistenziale. La resistente ha a sua volta prodotto una relazione medica (doc. 9) da cui si evince che la degente è stata valutata come non in grado di gestire i propri interessi e che necessita di ausilio per la deambulazione, per i trasferimenti letto/sedia, per l'igiene personale e per l'alimentazione. Non risultano invece in atto lesioni da decubito, l'applicazione del catetere urinario, la necessità di procedere all'alimentazione artificiale con sondino, né presenta insufficienze respiratorie.

Inoltre, come risulta dai piani assistenziali inseriti nella cartella clinica, gli obiettivi dell'assistenza erogata in favore della degente erano dapprima il mantenimento delle autonomie residue e, successivamente, l'assicurazione di corretta igiene, nutrizione, idratazione, corretto utilizzo delle contenzioni in uso, prevenzione delle c.d. piaghe da decubito e cali di peso (doc. 8 della Fondazione). I PAI, inoltre, prevedono visite mediche bimensili o semestrali al bisogno.

Non risultano, dunque, allegate e provate circostanze sufficienti relative alle prestazioni erogate in favore della \*\*\*\*\* nel periodo di degenza, per ritenere che si verta nell'ambito di quelle sanitarie a rilevanza sociale o ad alta integrazione sanitaria, in quanto inserite in un programma di riabilitazione volte a rimuovere gli esiti degenerativi della patologia o comunque rientrati tra quelle di particolare rilevanza terapeutica e di intensità della componente sanitaria.

Invero, come rilevato dalle più recenti pronunce di legittimità, ciò che connota la prestazione sanitaria integrata, inscindibile quella socio assistenziale, non è dato dalla situazione di limitata

autonomia del soggetto destinatario, non altrimenti assistibile che nella struttura residenziale, ma risiede nella individuazione di un trattamento terapeutico personalizzato che non può essere somministrato se non congiuntamente alla prestazione socio - assistenziale (cfr. Cass. civ., ord., III, 28 novembre 2017 n. 28321).

Nel caso in esame le condizioni di salute descritte nei documenti prodotti portano a ritenere che, al di fuori della somministrazione dei farmaci, le prestazioni rese dalla RSA siano quelle dell'accudimento quotidiano sotto forma di assistenza durante i pasti, negli spostamenti e posizionamento a letto, nell'igiene quotidiana.

La natura delle patologie di cui la \*\*\*\*\* è affetta e le sue condizioni al momento del ricovero evidenziano quindi come la paziente necessitasse e necessiti di una generica e continua assistenza del personale della struttura per sopperire alla sua mancanza di autosufficienza nel compiere gli atti della vita quotidiana.

Inoltre occorre considerare che la paziente si trova ricoverata nella RSA in regime di lungo degenza, essendo presso la struttura da oltre otto anni, e non essendo stato previsto, neppure in via indicativa, una durata del trattamento, il che è un ulteriore indice del carattere prevalentemente assistenziale delle prestazioni erogate.

Alla luce della natura delle patologie di cui la ricorrente era portatrice, delle sue condizioni psico-fisiche, del grado di evoluzione della malattia di Alzheimer nel periodo oggetto di causa, comportante la necessità di generica assistenza del personale della struttura per sopperire alla mancanza di autosufficienza nel compiere gli atti della vita quotidiana, si ritiene quindi che si verta nelle fattispecie delineate dai citati DPCM, relativi alla erogazione di trattamenti di lungo- assistenza, recupero e mantenimento funzionale a persone non autosufficienti e di prestazioni rese nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale di lungo assistenza per i quali è prevista la partecipazione a carico dell'assistito nella misura del 50%.

Invero da un lato non risultano nel suddetto periodo temporale erogate prestazioni di particolare rilevanza terapeutica o caratterizzate dalla intensità della componente sanitaria.

In particolare, al di fuori della somministrazione dei farmaci per il trattamento dell'Alzheimer e dei problemi di demenza ed artrosi, si ribadisce che le principali prestazioni rese dalla RSA sono quelle dell'accudimento in tutte le attività della vita quotidiana.

Dall'altro lato le finalità dei piani terapeutici predisposti dalla struttura, la durata non prevedibile e non definibile del trattamento assistenziale, portano a ritenere che si sia in presenza di prestazioni esulanti dalla fase intensiva e da quella estensiva, ma rese per l'appunto nella fase di lungo- assistenza e come tali soggette alla contribuzione dell'utente.

In tali ipotesi la previsione della compartecipazione dell'utente al costo delle prestazioni rappresenta quindi un giusto contemperamento tra la necessaria tutela del diritto fondamentale alla salute del singolo individuo, che viene ad essere assicurata attraverso l'erogazione a carico del SSN di quelle prestazioni di natura più propriamente sanitaria – e che viene garantito prevedendo, per le persone meno abbienti, che sia il Comune di residenza a farsi carico in tutto o in parte della quota di compartecipazione prevista per talune prestazioni - e la altrettanto necessaria tutela del diritto di tutta la popolazione compatibilmente con le risorse, anche economiche, disponibili.

In particolare, a fronte di una crescente domanda di assistenza e di prestazioni sanitarie proveniente dagli utenti, vuoi per il progressivo allungamento della durata della vita media, vuoi per l'ampliamento delle possibilità di cura offerte dall'evoluzione della scienza medica, la previsione di un contributo a carico degli utenti per talune prestazioni costituisce uno strumento volto a garantire l'accesso il più possibile esteso e contenuto in tempi ragionevoli alle prestazioni ed al contempo la sostenibilità della spesa sanitaria.

In questa prospettiva il sistema dei livelli essenziali di assistenza si reputa compatibile con i diritti fondamentali della persona e, nell'ambito della selezione delle prestazioni da porre interamente a carico del SSN e di quelle per cui è richiesta la compartecipazione dell'utente, si ritiene che la scelta effettuata dai richiamati DPCM sia rispettosa di tali principi e ragionevole.

Per tale motivo si condivide l'orientamento giurisprudenziale che, in applicazione del quadro normativo sopra richiamato, non ritiene che tutte le prestazioni erogate dalle RSA nei confronti dei degenti affetti da malattie degenerative quali il morbo di Alzheimer debbano essere a totale carico del SSN (ad esempio, Consiglio di Stato, n. 2046/2015; Corte Appello di Milano, n. 1401/2019; Trib. Milano 4623/2019; Trib. Milano, n. 5905/2019; Trib. Milano n. 11516/2018; Trib. Lecco, 12/11/2020; Corte Appello Milano 4079/2018, Tribunale Milano sez. lavoro n. 1003/2016, nelle quali peraltro si evidenzia come il ricovero presso le residenze sanitarie assistenziali non sia assimilabile al ricovero ospedaliero, trattandosi di strutture che, in base al DPR 14 gennaio 1997, offrono ai degenti non autosufficienti un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera, e come le prestazioni erogate dalle RSA non possano essere qualificate come prestazioni a carattere prevalentemente sanitario, avendo al contrario natura prevalentemente assistenziale).

In base a tali rilievi e considerato che, come pacifico fra le parti, la retta che la ricorrente tramite il suo AdS si impegnava a corrispondere per la degenza è già al netto della quota a carico della Regione, va esclusa la fondatezza della prospettata nullità del contratto stipulato dalla parte ricorrente per difetto di causa e della domanda di ripetizione delle somme corrisposte proposta in via principale.

Ritiene il Tribunale che non possa essere accolta neppure la domanda subordinata proposta da parte ricorrente, la quale chiedeva di accertare che, in violazione della normativa soprarichiamata, la quota posta a carico della degente non corrispondeva al 50%, con conseguente condanna della Fondazione alla restituzione in favore di \*\*\*\*\* di quanto da questi versato in esubero.

Come pacifico fra le parti, la Regione Lombardia e la ricorrente non hanno mai corrisposto alla Fondazione quote identiche. Sin da dicembre 2013 la Regione corrisponde l'importo giornaliero di € 52,00. L'importo giornaliero a carico della ricorrente, invece, nel 2013 era di € 67,07 al giorno (doc. 3 di parte ricorrente), mentre oggi ammonta ad € 72,00 (verbale d'udienza del 12.1.2021).

Si deve, però, rilevare che l'importo a carico della Regione rispetta il valore medio della retta, quantificato dalla stessa ricorrente in € 103,90 al giorno.

Inoltre la quota corrisposta dal privato è volta a coprire non solo servizi riconducibili alla normativa sopracitata, ma anche servizi aggiuntivi che, in quanto tali, devono rimanere a carico della ricorrente. Come non contestato fra le parti e come risulta dalla carta servizi (doc. 7 di parte resistente), la retta della \*\*\*\*\*, infatti, comprende il servizio di parrucchiere, pedicure, trasporto per visite specialistiche, distributori automatici di bevande e snack, vino e caffè durante i pasti, televisione in camera oltre che negli spazi comuni, lavanderia personale. Inoltre la retta si differenzia a seconda della sistemazione prescelta (camera singola, con due letti, con tre letti). Non vi sono ragioni per le quali il costo di detti servizi debba essere posto a carico della Regione, non consistendo in prestazioni sanitarie né assistenziali. La pattuizione con la quale il privato si obbliga a pagare una quota di fatto superiore a quella della Regione è, pertanto, valida.

## 2) DOMANDA RICONVENZIONALE

E', invece, meritevole di accoglimento la domanda proposta in via riconvenzionale dalla Fondazione di condanna della ricorrente al pagamento di € 17.872,00, oltre interessi, per le rette relative al periodo marzo – ottobre 2020.

Si precisa che gli interessi decorrono in misura legale dalla scadenza delle singole rette e sino alla proposizione della domanda riconvenzionale. Da tale momento sino al saldo sono dovuti gli interessi nella misura di cui all'art. 1284, comma 4, c.c.

Parte resistente, infatti, a sostegno della propria domanda produceva il contratto d'ingresso con il quale \*\*\*\*\*, quale AdS di \*\*\*\*\*, si obbligava a versare la retta e l'estratto autentico (doc. 6 e 11). Il mancato pagamento ed il fatto che \*\*\*\*\* continui a fruire delle prestazioni erogate dalla Fondazione sono pacifici e non contestati fra le parti.

## 3) SPESE DI LITE

Vista la pronuncia della Corte Costituzionale n.77/2018, ritiene il Tribunale che sussistano gravi ed eccezionali ragioni per compensare integralmente le spese di lite fra le parti, consistenti nell'esistenza di pronunce u recenti contrastanti anche all'interno della stessa Corte d'Appello di Milano.

**P. Q. M.**

Visti gli artt. 702 bis e ss. c.p.c., definitivamente pronunciando, disattesa ogni contraria istanza, eccezione e deduzione, così provvede:

- 1) rigetta le domande di parte ricorrente;
- 2) condanna parte ricorrente al pagamento di € 17.872,00 in favore del resistente, oltre interessi come in motivazione;
- 3) compensa le spese di lite.

Si comunichi.

Busto Arsizio, 19 gennaio 2021

Il Giudice

dott. Alessandra Ardito