

N. N. R.G. 2195/2017



**REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO DI LECCO**

SEZIONE PRIMA

Il Tribunale in composizione monocratica, nella persona del Giudice dott. Alessandro Colnaghi ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. **2195/2017** promossa da:

di sostegno **COSTANTINA DEL MONTE (C.F. 02105740152)**, rappresentato dall'amministratore
dell'avv. GIOVANNI FRANCHI

attore

contro

convenuta

e contro

terza chiamata

CONCLUSIONI PER PARTE ATTRICE

Piaccia al Tribunale di Lecco:

- dichiarare nullo l'impegno assunto il 26.1.17 dal suo amministratore di sostegno di provvedere al pagamento della retta di ricovero ex art. 1418 c.c.;

Con vittoria di spese da liquidarsi a favore del difensore ex art. 93 c.p.c.

CONCLUSIONI PER PARTE CONVENUTA

In via principale e nel merito: respingersi tutte le domande formulate nei confronti di

in quanto infondate in fatto e diritto per tutti i motivi cui in narrativa.

In via riconvenzionale: accertato e dichiarato per i motivi cui in narrativa il diritto

della fondazione a ricevere il pagamento per le rette di

degenza del sig. in ipotesi anche ai sensi dell'art. 2041 c.c.,

condannare la sig.ra C, a

versare in favore di le somme maturate e non versate pari ad €

17.710,60 al 20.02.2018, nonché le somme *medio tempore* maturate.

In via subordinata: nella denegata e non creduta ipotesi di accoglimento anche

parziale delle domande attoree, qualora venisse accertato che il costo delle prestazioni

Ancora in via subordinata: nella denegata e non creduta ipotesi di accoglimento

anche parziale delle domande attoree, qualora venisse accertato che il costo delle

prestazioni erogate sia di competenza del

Servizio Sanitario Nazionale e, dunque, dell'

condannare la stessa e

rifondere all'odierna convenuta le somme maturate nei confronti di parte

attrice per le rette di degenza del pari a Euro 17.710,60 al 20.02.2018,

nonché le somme *medio tempore* maturate.

In ogni caso: con vittoria di spese, diritti ed onorari di giudizio.

In via istruttoria: ammettersi interrogatorio formale del Direttore pro tempore

e prova per testi sulle seguenti circostanze di fatto, atte a

comprovare la fondatezza sia della domanda di manleva spiegata da [] nei confronti della terza chiamata nonché della domanda riconvenzionale avanzata nei confronti di parte attrice:

1. Vero che l'ATS rappresenta l'articolazione regionale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), cui viene annualmente ripartita l'assegnazione delle risorse del Fondo Sanitario Regionale (FSR), destinate all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza garantiti attraverso la rete delle Unità di offerta sociosanitarie, tra cui le RSA;
2. Vero che l'ATS ha funzione di governance nell'ambito delle prestazioni sociosanitarie ovvero di negoziazione, rimodulazione e acquisto delle prestazioni socio sanitarie dalle strutture accreditate;
3. Vero che l'ATS stipula con le "strutture private accreditate" contratti per la prestazione di servizi socio sanitari;
4. Vero che tra le tipologie di Unità di offerta soggette ad accreditamento figura la Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA);
5. Vero che [] è una RSA accreditata dalla Regione Lombardia con D.G.R. del 19/12/2007 n.6212 e con D.G.R. del 15/03/2013 n.2374, che offre ai propri ospiti servizi di natura preminente socio-sanitaria;
6. Vero che per ogni tipologia di Unità di offerta la Regione prevede particolari requisiti e un sistema di remunerazione della quota sanitaria a seconda del grado di non autosufficienza dei degenti (c.d. classi SOSIA);
7. Vero che tra le classi SOSIA è ricompresa anche la tipologia dei malati affetti da Morbo di Alzheimer, i quali sono considerati utenza tipica delle RSA per anziani non autosufficienti;
8. Vero che per ottenere l'accreditamento sociosanitario in Lombardia la RSA presenta domanda di accreditamento, ATS verifica la sussistenza dei requisiti prescritti e

viene quindi stipulato tra le parti un apposito contratto in cui le RSA si impegnano a fornire delle prestazioni socio-sanitarie in favore di persone anziane non autosufficienti a fronte del pagamento di una parte percentuale della retta sanitaria a cura del Fondo Sanitario Regionale (FSR) (la c.d. Tariffa a carico regionale) e di una retta a carico del privato;

9. Vero che la retta a carico del privato comprende sia il saldo dalla parte sanitaria non posta a carico del FSR che il pagamento della retta sociale, ovvero tutte le prestazioni non strettamente sanitarie quali il vitto, l'alloggio, l'igiene del degente, la pulizia della struttura, le spese di lavanderia, le spese amministrative, di segreteria, per gli enti for profit, anche il profitto etc.;

10. Vero che in data 10.05.2017 _____ sottoscrivevano il “Contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra _____ e soggetto gestore di unità d’offerta sociosanitarie accreditate, ai sensi della DGR 5954/2016 per l’anno 2017”, giusto il doc. 11 che si rammostra al teste;

11. Vero che in data 15.05.2018 _____ sottoscrivevano il “Contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra ATS e soggetto gestore di unità d’offerta sociosanitarie accreditate, ai sensi della DGR 7600/2017 per l’anno 2018”, giusto il doc. 12 che si rammostra al teste;

12. Vero che con i contratti del 10.05.2017 e del 15.05.2018, prodotti sub docc. 11 e 12 che si rammostrano al teste, venivano disciplinati i rapporti economici e giuridici derivanti dall'erogazione di prestazioni sociosanitarie da parte di _____ con oneri a carico del Fondo Sanitario Regionale per quanto concerne la componente sanitaria, fatta salva la partecipazione ai costi da parte dell'utente;

13. Vero che con i medesimi contratti del 10.05.2017 e del 15.05.2018 si conveniva come ATS fosse tenuta ad erogare a _____ le tariffe previste dalla Regione in relazione alla sola componente sanitaria delle prestazioni socio-sanitarie erogate;

14. Vero che i costi stimati dalla Regione Lombardia per la parte strettamente

sanitaria della degenza dei malati di Alzheimer ammonta a € 104,00 di cui il 50% viene rifuso a dal servizio sanitario lombardo;

15. Vero che riceve dalla Regione Lombardia il rimborso del 50% della quota sanitaria per la degenza dei malati di Alzheimer, pari per tale quota a complessivi € 52,00 per ogni giorno di degenza;

16. Vero che la restante quota sanitaria per la degenza dei malati di Alzheimer, unitamente alla quota sociale, viene pagata sotto forma di retta dai degenti e/o dai loro familiari e/o dai comuni di residenza, in caso di ospiti indigenti;

17. Vero che nell'ambito della Regione Lombardia la retta a carico dei degenti e/o dei loro familiari e/o dei comuni di residenza, è liberamente determinabile da ogni singola RSA oltre ad essere annualmente comunicata alla stessa Regione nell'ambito del contratto che ogni anno viene inter partes sottoscritto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici;

18. Vero che in data 26.04.2017 comunicava alla Regione che la retta richiesta ai degenti del "Nucleo Alzheimer" fosse pari ad € 82,00, inoltrando il documento denominato "Dichiarazione retta giornaliera praticata", giusto il doc. 13 che si rammostra al teste;

19. Vero che in data 26.04.2018 comunicava alla Regione che la retta richiesta ai degenti del "Nucleo Alzheimer" fosse pari ad € 82,00, inoltrando il documento denominato "Dichiarazione retta giornaliera praticata", giusto il doc. 14 che si rammostra al teste;

20. Vero che in data 02.03.2017 stipulava con la sig.ra moglie e amministratrice di sostegno del sig. , un contratto di ospitalità a tempo indeterminato in favore di quest'ultimo;

21. Vero che il contratto di ospitalità del 02.03.2017 prevedeva all'art. 4 che il contraente unitamente all'ospite si obbligavano tra loro in via solidale alla corresponsione della retta di ricovero pari a € 82,00 per ogni giorno di ricovero;

22. Vero che a decorrere dal mese di luglio 2017 parte attrice sospendeva il pagamento delle rette di degenza del

ooo

Si indicano quali testimoni:

Nella denegata e non creduta ipotesi di ammissione dei capitoli di prova avversari si chiede sin da ora essere ammessi a prova contraria con i testi sopra indicati.

CONCLUSIONI PER PARTE TERZA CHIAMATA

Voglia l'Ill.mo Giudice adito, respinta ogni istanza avversaria,

- *in via preliminare/pregiudiziale*, accertata e dichiarata la carenza di legittimazione attiva in capo agli attori, dichiarare l'inammissibilità dell'azione e conseguentemente dichiarare l'estromissione dal giudizio dell'?

- *in via principale nel merito*, rigettare tutte le domande degli attori in quanto infondate in fatto ed in diritto;

Con ogni più ampia riserva;

Con il favore delle spese, competenze ed onorari del giudizio.

ove la signora [redacted] avesse agito in proprio, non sarebbe stata necessaria l'autorizzazione del giudice tutelare.

Del resto, lo stesso contratto di ospitalità del 02/03/2017 risulta essere stato concluso tra la [redacted], rappresentato dall'amministratore di sostegno [redacted] quest'ultima ha dunque sottoscritto il contratto non in proprio, ma in rappresentanza del marito [redacted] in quanto suo amministratore di sostegno.

Le parti del predetto contratto sono dunque la [redacted]

Pertanto, deve ritenersi che ogni rapporto derivante da detto contratto e nascente dal presente giudizio sia sorto in capo a [redacted], poiché l'amministratore di sostegno [redacted] è il soggetto cui spetta la rappresentanza sostanziale e processuale del beneficiario.

La domanda di parte attrice è infondata e, pertanto, deve essere rigettata per le seguenti ragioni.

[redacted] è affetto da decadimento cognitivo degenerativo, dovuto al morbo di Alzheimer (cfr. doc. 3 e doc. 7 di parte attrice); dal referto ambulatoriale del 29/11/2016 prodotto da parte attrice sub doc. 3 si evince che la malattia è in uno stadio avanzato.

A causa delle sue condizioni psicofisiche, [redacted] è stato ricoverato dal 02/03/2017 presso la Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) gestita dalla [redacted] accreditata dalla Regione Lombardia (cfr. doc. 6 di parte attrice).

Il contratto di ospitalità datato 02/03/2017 (doc. 6 di parte attrice), concluso in seguito a domanda presentata il 26/01/2017, prevede l'erogazione di una serie di prestazioni assistenza socio-sanitaria, dietro pagamento di una retta di ricovero, il cui importo è stabilito nella misura di € 82,00 al giorno, rivalutabile secondo gli indici ISTAT.

Secondo la prospettazione attorea, nulla è dovuto da [redacted] e da [redacted] a titolo di retta di ricovero, poiché le spese per le prestazioni erogate dalla Fondazione [redacted] in favore di [redacted] devono essere poste integralmente a carico del Servizio Sanitario, in quanto prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria.

La tesi attorea non è condivisibile, avuto riguardo al quadro normativo di riferimento.

Ai sensi dell'art. 5 l. n. 833/1978, "la funzione di indirizzo e coordinamento delle attività amministrative delle regioni in materia sanitaria, attinente ad esigenze di carattere unitario, anche con riferimento agli obiettivi della programmazione economica nazionale, ad esigenze di rigore e di efficacia della spesa sanitaria nonché agli impegni derivanti dagli obblighi internazionali e comunitari, spetta allo Stato e viene esercitata, fuori dei casi in cui si provveda con legge o con atto avente forza di legge, mediante deliberazioni del Consiglio dei ministri, su proposta del

Presidente del Consiglio, d'intesa con il Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale”.

In base all'art. 30 l. n. 730/1983, “per l'esercizio delle proprie competenze nelle attività di tipo socio-assistenziale, gli enti locali e le regioni possono avvalersi, in tutto o in parte, delle unità sanitarie locali, facendosi completamente carico del relativo finanziamento. Sono a carico del fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali. Le unità sanitarie locali tengono separata contabilità per le funzioni di tipo socio-assistenziale ad esse delegate”.

La funzione di coordinamento delle attività amministrative delle regioni in materia sanitaria, attribuita dalla l. n. 833/1978 allo Stato, è stata in concreto esercitata con i seguenti interventi.

Innanzitutto, occorre avere riguardo al D.P.C.M. del 08/08/1985, ove si rinviene una prima definizione di attività sanitaria connessa a quella di tipo assistenziale.

L'art. 1 del D.P.C.M. del 08/08/1985, infatti, stabilisce che “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 all'art. 2 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”.

In tale contesto normativo si inseriscono le sentenze della Corte di Cassazione n. 4558/2012 e n. 22776/2016 citate dalla parte attrice.

Tuttavia, occorre tenere presente che il quadro normativo è mutato in seguito all'entrata in vigore del D.P.C.M. del 14/02/2001 e del D.P.C.M. del 29/11/2001.

Il D.P.C.M. del 14/02/2001 costituisce un atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio sanitarie; all'art. 2 stabilisce 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 seconda 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”.

L'art. 3, comma 2, definisce invece 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 cronicodegenerative. 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. 14/02/2001, nella tabella ad esso allegata, prevede che per gli anziani e persone non autosufficienti con patologie cronicodegenerative 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.

Il D.P.C.M. del 29/11/2001 provvede a individuare i “livelli essenziali di assistenza sanitaria”, che sono stati successivamente richiamati e confermati dall’art. 54 l n. 289/2002.

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.

Tal regolamentazione è stata confermata dal D.P.C.M. del 12/01/2017, 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”.

In base al quadro normativo sopra delineato, la gratuità delle prestazioni va affermata per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale previste dall'art. 3 comma 1 del D.P.C.M. del 14/02/2001 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 D.P.C.M. del 14/02/2001 e di cui all'allegato 1 C del D.P.C.M. del 29/11/2001, 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.

Nel caso in esame, dunque, occorre operare una valutazione concreta sulla natura delle prestazioni erogate e sull'effettiva inscindibilità delle prestazioni di natura sanitaria inscindibili da quelle sanitarie; valutazione che va necessariamente condotta tenendo conto del quadro normativo e dei criteri di classificazione delle prestazioni di cui ai citati DPCM del 2001.

Sul punto, la giurisprudenza di legittimità invocata da parte attrice è inconferente rispetto al caso di specie.

Sia Cass., n. 4558/2012, sia Cass., n. 22776/2016, infatti, hanno ad oggetto casi insorti sotto la vigenza del D.P.C.M. del 08/08/1985, e dunque prima dell'entrata in vigore dei D.P.C.M. del 14/02/2001 e del 29/11/2001, che regolano attualmente la materia.

In ogni caso da tali pronunce si evince che la gratuità delle prestazioni non può essere affermata in astratto ma richiede una valutazione concreta sulla natura delle prestazioni erogate e sull'effettiva inscindibilità delle prestazioni di natura sanitaria inscindibili da quelle assistenziali.

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.

Stabilito ciò, occorre dunque individuare e inquadrare le prestazioni erogate in favore di Francesco Locatelli.

Parte attrice, su cui grava l'onere di provare la natura sanitaria delle prestazioni erogate, ha prodotto:

referto ambulatoriale del 29/11/2016 a firma dott. [redacted] (doc. 3 di parte attrice), da cui si evince che I [redacted] è seguito dal 2006 per decadimento cognitivo degenerativo, possibile malattia di Alzheimer, con predominanti disturbi comportamentali (irritabilità, episodi di aggressività), la malattia è a uno stadio avanzato;

verbale di accertamento dell'invalidità civile del 23/07/2012 (doc. 7 di parte attrice), da cui emerge che I [redacted] è affetto da decadimento cognitivo grave in m. di Alzheimer.

Il ricovero di [redacted] presso la RSA è stato dunque determinato dal decadimento cognitivo degenerativo, determinato dalla malattia di Alzheimer da cui è affetto.

In sostanza, la patologia che ha reso necessario il ricovero di [redacted] è dunque la malattia di Alzheimer, che lo rende totalmente dipendente nelle attività della vita quotidiana, come si evince dal referto ambulatoriale del 29/11/2016 prodotto quale doc. 3 da parte attrice.

La natura della patologia da cui è affetto [redacted], nonché le sue condizioni al momento del ricovero, emergenti dalla documentazione medica prodotta da parte attrice, evidenziano che egli versa in una condizione di carenza di autonomia, contraddistinta principalmente da un decadimento cognitivo tale da richiedere una generica assistenza del personale della struttura per sopperire alla mancanza di autosufficienza nel compiere gli atti della vita quotidiana.

Inoltre, occorre considerare che [redacted] è ricoverato presso la RSA da oltre tre anni, e ciò costituisce indice del carattere prevalentemente assistenziale delle prestazioni erogate.

La patologia da cui è affetto [redacted], le sue condizioni al momento del ricovero e il dato temporale della degenza inducono a ritenere 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, di recupero, di mantenimento funzionale e di riorientamento a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria, per i quali è prevista la partecipazione a carico dell'assistito nella misura del 50%.

Parte attrice non ha prodotto documentazione idonea a dimostrare che le prestazioni erogate in favore di [redacted] essi rientrano 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 della intensità della componente sanitaria.

Invero, come rilevato dalle più recenti pronunce di legittimità, ciò che connota la prestazione sanitaria integrata, inscindibile da 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., n. 28321/2017).

Nel caso in esame non vi è evidenza di quali trattamenti sanitari specifici e personalizzati siano stati resi e siano in corso nel periodo di degenza ma, come si è detto, le condizioni di salute descritte nei documenti prodotti portano a ritenere che le prestazioni rese dalla RSA siano prevalentemente quelle dell'accudimento quotidiano.

Pertanto, le prestazioni erogate in favore di [redacted] vanno ricondotte all'ambito delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, soggetti quindi alla contribuzione dell'utente.

La domanda di parte attrice volta a porre il costo della retta di degenza a carico del Servizio Sanitario deve dunque essere rigettata.

Conseguentemente, devono essere rigettate le domande di parte attrice volte a ottenere la declaratoria di nullità del contratto di ospitalità concluso il 02/03/2017 e la condanna della convenuta alla restituzione delle somme percepite a titolo di retta, in ragione della validità di detto contratto.

La domanda riconvenzionale proposta da parte convenuta nei confronti di parte attrice è in parte fondata e, pertanto, meritevole di accoglimento, nei limiti e per le ragioni che di seguito si espongono.

La fondazione [redacted] ha chiesto la condanna di [redacted] al pagamento delle rette di degenza *medio tempore* maturate.

All'accoglimento della domanda nei confronti di [redacted] ostano ragioni sia di natura processuale, sia di natura sostanziale.

Da un punto di vista processuale, () non è parte del presente giudizio, per le ragioni sopra indicate.

Ella, infatti, ha agito in giudizio non in proprio, ma in qualità di amministratore di sostegno del marito (). Pertanto, la convenuta fondazione () avrebbe dovuto chiedere l'autorizzazione alla sua chiamata in causa; ciò non è avvenuto nel caso di specie.

Infatti, si è già chiarito che la parte attrice è esclusivamente () il quale sta in giudizio per mezzo dell'amministratore di sostegno ()

In ogni caso, anche da un punto di vista sostanziale, la domanda riconvenzionale proposta dalla convenuta nei confronti di () non può essere accolta per le seguenti ragioni.

La domanda riconvenzionale della convenuta è fondata sul contratto di ospitalità del 02/03/2017, prodotto da parte attrice sub doc. 6.

Le parti di detto contratto sono esclusivamente la fondazione () () e Francesco (), rappresentato dall'amministratore di sostegno ().

(), infatti, risulta avere sottoscritto detto contratto esclusivamente in qualità di amministratore di sostegno e, dunque, di rappresentante del marito (), il quale deve essere ritenuto l'unico soggetto obbligato al pagamento della retta.

Infatti, la sezione del contratto dedicata ai "contraenti" che, unitamente all'ospite, sottoscrivendo il contratto di ospitalità assumono in solido l'obbligazione del pagamento della retta, risulta essere non compilata.

Si ritiene che, laddove () avesse inteso assumere, in solido con il marito, l'obbligazione del pagamento della retta nei confronti della fondazione convenuta, ciò sarebbe dovuto emergere in maniera chiara e inequivoca.

Al contrario, dal tenore letterale del contratto emerge che () ha sottoscritto il contratto in qualità di amministratore di sostegno e rappresentante del marito (), il quale, a causa della patologia da cui è affetto, non era in grado di comprendere il significato del negozio giuridico costituito dal contratto di ospitalità.

Pertanto, l'unico soggetto obbligato nei confronti della fondazione ()

La domanda riconvenzionale proposta dalla convenuta nei confronti di () merita accoglimento.

Risulta provato, innanzitutto, il titolo della pretesa della fondazione () costituito dal contratto di ospitalità concluso tra la convenuta e ()

Risulta essere provata l'esecuzione delle prestazioni derivanti dal contratto in capo alla fondazione convenuta, circostanza pacifica in quanto non specificamente contestata dalla parte attrice.

Pertanto, in accoglimento della domanda riconvenzionale proposta dalla convenuta, l'_____ deve essere condannato al pagamento delle rette di degenza maturate.

Tale importo risulta essere pari alla somma complessiva di € 92.496,00 (cfr. doc. 18 di parte convenuta), non contestata nel suo ammontare dalla parte attrice.

Su tale somma sono dovuti gli interessi legali, dalla scadenza di ogni mensilità al saldo.

Il rigetto della domanda attorea preclude l'esame della domanda di manleva proposta dalla parte convenuta nei confronti della terza chiamata.

Le spese di lite seguono il principio della soccombenza e sono dunque poste a carico di parte attrice, il quale è tenuto a rifondere anche le spese di lite sostenute dalla terza chiamata _____, poiché la chiamata in causa è stata determinata dall'iniziativa giudiziaria di parte attrice e l'iniziativa del chiamante non può essere ritenuta arbitraria.

Infatti, *“Le spese di giudizio sostenute dal terzo chiamato in garanzia, una volta che sia stata rigettata la domanda principale, vanno poste a carico della parte che, rimasta soccombente, abbia provocato e giustificato la chiamata in garanzia, trovando tale statuizione adeguata giustificazione nel principio di causalità, che governa la regolamentazione delle spese di lite, anche se l'attore soccombente non abbia formulato alcuna domanda nei confronti del terzo, salvo che l'iniziativa del chiamante si riveli palesemente arbitraria”*. (Cass., n. 23123/2019).

La chiamata in causa dell'_____ a, infatti, è stata determinata dalla stessa prospettazione di parte attrice, secondo cui il costo della retta di degenza doveva essere posto a carico del Servizio Sanitario.

Del resto, la stessa parte attrice aveva in verità originariamente inteso chiamare in causa _____ ma erroneamente aveva citato in giudizio la _____ (vedasi memoria autorizzata di parte attrice depositata il 30/03/2018).

Le spese di lite vengono liquidate in dispositivo secondo i parametri di cui al D.M. n. 55 del 2014 calcolati nei valori minimi per quanto riguarda la fase istruttoria e quella decisionale, tenuto conto dell'assenza di effettiva attività istruttoria e del fatto che le note difensive depositate hanno avuto carattere principalmente illustrativo delle precedenti difese.

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando, ogni diversa istanza ed eccezione disattesa o assorbita, così dispone:

1) Rigetta ogni domanda proposta da FRANCESCO LOCATELLI nei confronti di [REDACTED]

2) Condanna [REDACTED] a pagare in favore di [REDACTED] la somma di € 92.496,00, oltre interessi legali dalla scadenza della singola mensilità al saldo;

3) Condanna [REDACTED] a rifondere in favore di [REDACTED] le spese di lite, che si liquidano in € 3.545,00, per compensi oltre rimborso spese forfettarie 15%, IVA e CPA come per legge;

4) Condanna [REDACTED] a rifondere in favore di [REDACTED] le spese di lite, che si liquidano in € 3.545,00, per compensi oltre rimborso spese forfettarie 15%, IVA e CPA come per legge.

Lecco, 12 novembre 2020

Il Giudice
dott. Alessandro Colnaghi