



SENT. N° 1758/2023

PUBBL. IL 29/08/2023

R.G. N° 686/2021

REPUBBLICA ITALIANA REPERT. N. 1487/2023

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO DEL 29/08/2023

La Corte di Appello di Firenze, Sezione Prima, composta dai magistrati:

Dr. Giovanni Sgambati	Presidente
Dr. Leonardo Scionti	Consigliere
Dr. Simone Carrano	Giudice Ausiliario, relatore ed est.

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n. 686-2021 del ruolo generale, e vertente tra:

"Azienda Unità Sanitaria Locale Toscana Centro", con gli avv. Liliana Molesti e Claudio Fantoni del Foro di Firenze

APPELLANTE

contro

[REDACTED], quali eredi di **[REDACTED]**, con l'avv. Valentina Bertini del Foro di Firenze

APPELLATE

Oggetto: Pagamento somme.

Conclusioni per l'appellante: **1)** in via pregiudiziale dichiarare il difetto di giurisdizione in favore del Giudice Amministrativo; **2)** nel merito: in via principale rigettare tutte le domande formulate da **[REDACTED]** in quanto infondate in fatto e in diritto ed in via riconvenzionale, accertato il credito in favore dell'Azienda nei loro confronti, quali eredi di **[REDACTED]** condannarle ciascuna per la propria quota parte pari alla metà, al pagamento in favore dell'Azienda di € 25.892,32 o

quella diversa somma maggiore o minore che risulterà dovuta all'esito dell'espletata istruttoria, oltre spese, rivalutazione monetaria e interessi legali dal di del dovuto al saldo; 3) si richiamano tutte le ulteriori difese proposte dall'Azienda nel giudizio di primo grado da intendersi riproposte e si ribadisce la richiesta formulata in via istruttoria di rigettare tutte le richieste istruttorie avanzate da [redacted] e di confermare l'irritualità e/o inammissibilità e/o irrilevanza del disconoscimento effettuato all'udienza del 13.06.2017 ed in denegata ipotesi, in via subordinata si chiede la verifica della sottoscrizione apposta in calce alla ricevuta della raccomandata allegata al doc. 9 alla comparsa di costituzione e risposta in quanto genuina; 4) condannare di [redacted] alla refusione delle somme, oltre interessi legali e rivalutazione monetaria, che la comparsa fosse costretta a corrispondere *per compulsum* in forza della sentenza di primo grado; 5) con vittoria di compensi professionali e spese di entrambi i gradi del giudizio.

Conclusioni per le appellate: 1) respingere l'appello proposto; 2) confermare la sentenza; 3) con vittoria di spese e compensi del presente giudizio oltre Iva e Cpa.

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

[redacted], in qualità di eredi di [redacted] avevano convenuto l'Azienda, allegando che: a. avevano ricevuto il 12.11.2015 intimazione di pagamento per € 28.037,62 per il mancato pagamento di fatture emesse dall'Azienda in riferimento al ricovero dal luglio 2009 al dicembre 2010 di [redacted] presso la R.S.A. Pablo Neruda sita in Castel Fiorentino; b. a causa della condizione di persona con grave handicap certificato affetta da morbo di Alzheimer, [redacted] era stata inserita nella struttura residenziale R.S.A. Pablo Neruda di Castel Fiorentino permanentemente, in quanto le condizioni fisiche di salute con l'aggravarsi della patologia non le consentivano più di rimanere presso la propria abitazione; c. [redacted] per la grave disabilità da cui era affetta dal 2001 era stata inserita nel progetto CRONOS, del Ministero della Sanità in collaborazione con l'Azienda Sanitaria locale per i malati di Alzheimer che promuoveva l'assistenza personale del malato; d. [redacted] totalmente non

autosufficiente, era bisognosa di cure H 24 non più erogabili al domicilio ed era stata ricoverata nella R.S.A. di Castel Fiorentino al fine di ricevere cure assistenziali e sanitarie; e [redacted] era stata sottoposta a terapia farmacologia monitorata e, stante la progressione della malattia, necessitava dell'assistenza di personale sociosanitario (infermieristico), rappresentato da figure sanitarie qualificate nella gestione quotidiana, per consentirle di affrontare le normali attività quotidiane.

Si costituiva l'Azienda contestando quanto dedotto e chiedendo il rigetto della domanda in quanto infondata in fatto e in diritto. Eccepeva in via preliminare il difetto di giurisdizione del giudice ordinario in favore di quello amministrativo e, quanto all'eccezione di prescrizione, di aver interrotto il relativo termine con idonei e tempestivi atti di messa in mora. Deduceva che [redacted] era stata inserita nella R.S.A. non quale soggetto affetto dal morbo di Alzheimer ma come soggetto non autosufficiente e che quindi sui di essa, e conseguentemente sui suoi eredi, doveva ricadere la quota alberghiera o quota sociale della retta, composta da una quota sanitaria, a carico del S.S.N., e una quota alberghiera o sociale che, a seconda del reddito del paziente, poteva gravare sul Comune qualora il paziente risultava in una situazione reddituale di bisogno, o sullo stesso paziente, se il reddito di questi lo consentiva. Aggiungeva che, sin dall'ingresso di [redacted] nella R.S.A., la quota sociale era stata prevista a carico di questa in considerazione del suo reddito non modesto. Chiedeva in via riconvenzionale, la condanna di [redacted] al pagamento della somma oggetto di accertamento negativo.

Il Tribunale di Firenze, con sentenza 436-2021: 1) rigettava la domanda riconvenzionale proposta dall'Azienda; 2) condannava l'Azienda alla rifusione, in favore di [redacted], delle spese processuali. Osservava il primo Giudice, per quanto interessa in questo grado, che andava disattesa l'eccezione di difetto di giurisdizione del giudice ordinario in favore del giudice amministrativo in quanto la controversia atteneva ad un rapporto prettamente privatistico, ove era in contestazione il pagamento della retta per il ricovero di [redacted] nella R.S.A. di Empoli,

fattispecie nella quale la P.A. era priva di alcun potere pubblico da esercitare ed erano invece coinvolte esclusivamente situazioni giuridiche riconducibili a diritti soggettivi contrapposti: diritto al pagamento della quota sociale della retta da una parte, diritto a non corrispondere neppure la quota "alberghiera" della retta. Parimenti infondata era la domanda di [redacted] volta all'accertamento dell'avvenuta estinzione del diritto della (già) USL 11 Empoli, avendo l'Azienda interrotto la prescrizione (quinquennale) relativa a prestazioni rese negli anni 2009/2011, con missive del 19.04.2012 e 03.09.2015. Quanto al merito della controversia osservava che la domanda di [redacted] e [redacted] era fondata, in quanto nessuna somma poteva essere chiesta dalla odierna USL Toscana Centro, già USL 11 di Empoli, stante il carattere prevalentemente sanitario delle prestazioni erogate in favore di Pirami. Si dovevano valutare le norme di riferimento: a. l'art. 30 della L. 730/1983 recitava: «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»; b. l'art. 3 del D.P.C.M. del 14.02.2001 forniva una precisa definizione delle prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria: «Sono da considerare prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria di cui all'art. 3-septies, comma 4, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche e integrazioni, 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 lungoassistenza»; c. l'art. 3-septies co. 4 D. Lgs. 502/1992 prevedeva: «*Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative*». Osservava il primo Giudice che in siffatto contesto normativo, era stato affermata dalla giurisprudenza di legittimità «*l'esigenza di un'interpretazione dell'art. 30 L. n. 730/1984 che tenga conto del nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana, tenuto conto della portata innovativa dell'art. 32 Cost., sia sotto il profilo della universalità della tutela dell'interesse della collettività, sia sotto il profilo della libertà dell'individuo di consentire o meno trattamenti sanitari, sia, infine, per quanto riguarda il limite del "rispetto della persona umana" imposto al legislatore in questa materia*» (S.C. 22776/2016 e 4485/2012), così come statuito dal giudice delle leggi (Corte cost. nn. 455/1990; 267/1998; 309/1999; 509/2000; 252/2001; 432/2005). I supremi giudici avevano aggiunto tale ulteriore e fondamentale principio di diritto: «*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, da parte del servizio sanitario nazionale, entro i livelli di assistenza uniformi definiti con il piano sanitario nazionale (L. n. 833 del 1978, artt. 1, 3, 19, 53 e 63), di per sé ostativa a qualsiasi azione di rivalsa (Cass., 26 marzo 2003, n. 4460), la lettura della norma contenuta nella L. n. 730 del 1983, art. 30 deve effettuarsi, peraltro 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. In tale prospettiva si è consolidato un 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» (S.C. 22776/2016, con ampi richiami a S.C. 4485/2012). Conclusivamente, le attività socio assistenziali dirette in via prevalente alla tutela della salute del cittadino sono a totale carico del servizio sanitario e, ove vi sia stretta correlazione fra prestazioni sanitarie e assistenziali, non vi è luogo per una determinazione di quote, posto che questa presuppone una scindibilità delle prestazioni non ricorrente in ipotesi di prevalenza di prestazioni a tutela della salute del cittadino. Ebbene, tanto affermato in punto di diritto, si evidenziava la natura prettamente sanitaria delle prestazioni rese a ██████████ durante la sua degenza presso la R.S.A. Neruda, così come risultava dalla cartella clinica del ricovero prodotta, dalla quale emergevano in modo evidente le prestazioni sanitarie di cui la paziente aveva necessità, quali trattamento farmacologico, lavaggio vescicale, frequente sostituzione del catetere vescicale, apposite manovre per decubito e altro. La componente meramente assistenziale, rinvenibile, ad esempio, qualora l'assistenza fornita a degenti sia meramente sostitutiva delle cure familiari, non poteva essere scissa, nel caso in questione, da quella sanitaria, nettamente prevalente, erogata con continuità ad un soggetto non autosufficiente, affetto dal morbo di Alzheimer all'ultimo stadio, senza alcuna possibilità (all'evidenza) di ricevere cure domiciliari e necessitato a ricevere

prestazioni sanitarie 24 ore su 24. Ciò implicava la illegittimità del pagamento richiesto dall'allora USL 11 Empoli, trattandosi di prestazioni a carico esclusivamente del S.S.N-.

Appellava la "Azienda Unità Sanitaria Locale Toscana Centro", con atto di citazione notificato il 02.04.2021, per questi motivi: 1) Erroneità della sentenza nella parte in cui ha rigettato l'eccezione di carenza di giurisdizione. Questa eccezione è stata formulata per sottoporre all'attenzione del Giudicante come nel caso vengano in rilievo la spendita di poteri autoritativi da parte dell'Amministrazione, chiamata ad effettuare valutazioni di tipo discrezionale tecnico. L'Azienda è titolare di un diritto soggettivo di credito al pagamento delle somme, ma non altrettanto poteva dirsi rispetto alla posizione fatta valere da [redacted]. Posto che le prestazioni erogate derivano dal provvedimento di autorizzazione all'inserimento in R.S.A. e che questo a sua volta discendeva dalla valutazione effettuata dall'Azienda con una spendita di discrezionalità tecnico-amministrativa, nella misura in cui [redacted] [redacted] avevano preteso di mettere in discussione oggi tale valutazione, questa posizione si sostanziava in un interesse legittimo in relazione al quale il Giudice Ordinario non aveva giurisdizione. Si chiedeva alla Corte di declinare la giurisdizione in favore del Giudice Amministrativo (Tar per la Regione Toscana Firenze). **2) Erroneità, inesattezza ed illogicità della sentenza per travisamento totale degli atti di causa nella stessa ricostruzione dello svolgimento del processo.** Si rilevava l'assoluta contraddittorietà della sentenza nella parte in cui aveva ricostruito le rispettive difese ed aveva affermato che [redacted] avevano esposto che la [redacted] era soggetto "in stato terminale della progressione della malattia", mentre con riferimento all'Azienda che "Deduceva, relativamente al merito, che la [redacted] era stata inserita nella RSA non quale soggetto affetto dal morbo di Alzheimer ma come soggetto non autosufficiente e che quindi sul di essa, e conseguentemente sui suoi eredi, doveva ricadere la quota alberghiera o quota sociale della retta della RSA.". Non era dato riscontrare alcuna affermazione specifica sulla patologia

dell'Alzheimer allo "stadio terminale" nell'atto di citazione, tanto che un riferimento in tal senso era apparso per la prima volta in un capitolo di prova nella memoria ex art. 183 co. 6 n. 2 c.p.c. di [REDACTED], contestato dall'Azienda. Il primo Giudice non aveva minimamente riportato le argomentazioni dell'Azienda che aveva fatto presente che: a. [REDACTED] era stata inserita presso la R.S.A. Pablo Neruda di Castelfiorentino dal 13.05.2009 fino al 02.01.2011, data della sua morte; b. l'inserimento nella struttura era avvenuto su richiesta del 27.10.2008 di [REDACTED], figlia di [REDACTED], dalla quale emergeva, in merito alle condizioni economiche della madre, che la stessa percepiva un reddito mensile di € 1.600,00, circostanza provata documentalmente (doc. 2); c. l'autorizzazione all'inserimento nella R.S.A. era stata effettuata dall'allora Azienda USL 11 di Empoli, in forza della delega ex art. 3 co. 3 D. Lgs 502/1992 s.m.i., con nota del 24.11.2008 (doc. 3); d. [REDACTED] era stata inserita in una lista di attesa e l'ammissione definitiva presso la R.S.A. era avvenuta con nota del 13.05.2009 (doc. 4); e. nell'ambito degli accertamenti veniva acquisito il certificato medico a firma del Dott. Moncini del 17.11.2008 da cui emergeva che *"non vengono riferiti sintomi comportamentali di entità tale da rendere necessario il ricovero in Nucleo Alzheimer per cui la paziente può essere accolta in RSA per non autosufficienti"* (doc. 5); f. l'autorizzazione definitiva del 13.05.2009 indicava la suddivisione fra retta di parte sanitaria, pari ad € 24,00 a carico del S.S.N., e retta di parte sociale, pari ad € 45,99 a carico dell'assistita (doc. 4); g. il 14.05.2009 [REDACTED], figlia di [REDACTED], aveva sottoscritto l'impegno al pagamento della retta per il ricovero della madre nel quale, tra l'altro, era contenuta la dichiarazione di *"accettare la ripartizione come stabilito nella comunicazione di autorizzazione al ricovero"* (doc. 6); h. risultava effettuato il pagamento delle fatture relative alla retta giornaliera di parte sociale per le sole mensilità di maggio 2009 e giugno 2009, mentre già a partire dalla mensilità di luglio 2009 [REDACTED] non aveva provveduto al pagamento della retta di parte sociale prevista a proprio carico; i. dal 2009 l'Azienda aveva sollecitato il pagamento di quanto dovuto e intrattenuto trattative per la

rateizzazione del debito con [redacted] la quale aveva rivolto specifica richiesta che era stata accettata dall'allora Dirigente della UOS Assistenza Sociale Territoriale, Dr.ssa Anna Ristori con nota del 21.12.2010 (doc. 7); l. tale accordo non era stato rispettato; m. il 02.01.2011 [redacted] veniva a mancare; n. alla data del decesso l'allora Azienda USL 11 aveva maturato un credito a titolo di retta giornaliera per la quota sociale relativa alla permanenza di [redacted] nella R.S.A. rimasto inevaso dal luglio 2009 fino al 02.01.2011; o. erano state emesse fatture per € 25.892,32; p. eredi di [redacted] erano [redacted], figlia, e [redacted], figlia di [redacted], che aveva nel frattempo rinunciato all'eredità; q. con raccomandata del 19.04.2012 l'allora Azienda USL 11 di Empoli aveva sollecitato [redacted] al pagamento di € 25.892,32, oltre interessi e spese; r. l'allora Azienda USL 11 aveva emesso intimazione di pagamento per € 28.037,62 comprensivo di capitale, interessi e spese ulteriormente maturati; s. nonostante i solleciti non era pervenuto alcun pagamento. Nessuno di tali fatti era riportato in sentenza. Inoltre il primo Giudice aveva sbagliato nella citazione delle quote dedotte dall'Azienda, la quale aveva precisato che il costo per le prestazioni socio-assistenziali si componeva di una quota sanitaria e di una quota sociale. La causa era stata impostata sul presupposto che [redacted] era stata inserita nella R.S.A. in quanto affetta da morbo di Alzheimer, e l'Azienda aveva contestato l'assunto ed aveva eccepito che [redacted] non avesse fatto ingresso in R.S.A. quale soggetto Alzheimer. Si chiedeva alla Corte di ricondurre il giudizio nell'ambito del corretto *thema decidendum*. **3) Erroneità della sentenza per radicale violazione della disciplina in materia di prestazioni socio-assistenziali, mancata motivazione ed erroneità nell'individuazione del termine di prescrizione del diritto dell'Azienda USL Toscana centro.** Il primo Giudice aveva ricondotto le prestazioni erogate in favore di [redacted] nell'ambito delle prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, anziché come avrebbe dovuto fare, nell'ambito delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria. La configurazione data era totalmente scorretta in quanto affinché si fosse in presenza di prestazioni socio-sanitarie ad

elevata integrazione sanitaria era necessario che fosse stata svolta una vera e propria attività curativo terapeutica nella fase della malattia acuta e post-acuta, che necessitava dell'inscindibile concorso di più apporti professionali sanitari e sociali e che non era compatibile con una situazione cronica non ordinariamente suscettibile di miglioramento e/o stabilizzata, come quella che affliggeva l'invalido cronico o l'anziano non autosufficiente, oppure il soggetto con patologie degenerative. Premeva precisare che erano le norme statali e regionali e le disposizioni regolamentari che qualificavano gli interventi sulla persona attraverso lo strumento del P.A.P. (Piano di Assistenza Personalizzato) all'esito della valutazione multidisciplinare. Effettuata la valutazione multidisciplinare da parte dell'Azienda ed individuato il progetto assistenziale, le prestazioni venivano erogate in linea con l'inquadramento ricevuto. ■■■■ era stata inquadrata nel modulo base per non autosufficienti, quale modulo che rientrava a tutti gli effetti nell'ambito delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria che prevedevano una componente sanitaria a carico del S.S.N. e una parte sociale a carico dell'assistito (salva compartecipazione dei Comuni).

4) Erroneità della sentenza per totale travisamento delle risultanze dell'istruttoria ed erronea interpretazione degli elementi probatori rilevanti nel giudizio. Nelle valutazioni svolte dalla sentenza vi erano degli errori nuovi e autonomi. Al fine di dare supporto all'affermazione che ■■■■ necessitava di prestazioni aventi natura prettamente sanitarie, il primo Giudice aveva valorizzato circostanze che erano assolutamente irrilevanti e ininfluenti, ossia la non meglio precisata somministrazione di farmaci, il frequente lavaggio vescicale e l'esecuzione di manovre anti-decubito. Innanzitutto non risultava specificata l'entità di tali prestazioni in relazione all'ampio arco temporale di permanenza nella R.S.A.; in secondo luogo non era dato comprendere l'attinenza di tali prestazioni con il morbo di Alzheimer, ma soprattutto ciò che veramente restava un mistero era come queste prestazioni potessero essere valorizzate tanto da giustificare la natura esclusivamente sanitaria della prestazione. Le prestazioni sociali ad integrazione

sanitaria si componevano di due quote, una sanitaria e una sociale, dunque era ovvio che in R.S.A. venivano effettuate anche delle prestazioni di natura sanitaria, altrimenti non si spiegherebbero i costi imposti a carico della collettività. Certamente la generica presenza di un catetere e la generica somministrazione di farmaci, non potevano costituire prestazioni capaci di scardinare l'intero sistema normativo e provvedimentale.

Si costituivano [redacted], contrastando l'appello.

All'udienza sostituita da note scritte del 02.05.2023 la causa veniva trattenuta per la decisione, dopo che le parti avevano precisato le conclusioni depositate telematicamente, riportandosi ai rispettivi atti.

MOTIVI DELLA DECISIONE

Circa il motivo 1 dell'appello (Erroneità della sentenza nella parte in cui ha rigettato l'eccezione di carenza di giurisdizione), osservasi come appresso.

Rifeva questo Collegio che [redacted] e [redacted] non avevano contestato gli atti amministrativi emanati dall'Azienda (impegnativa di ricovero, accertamento del *quantum* della quota da porre a carico degli utenti) ma, quali eredi di [redacted], avevano contestato il pagamento delle somme chieste dall'Azienda.

Condivisibilmente con quanto osservato dal primo Giudice, l'eccezione di difetto di giurisdizione del giudice ordinario in favore del giudice amministrativo non può trovare accoglimento in quanto la controversia attiene ad un rapporto privatistico, essendo in contestazione il pagamento della retta per il ricovero di [redacted] nella R.S.A., fattispecie nella quale la P.A. è priva di alcun potere pubblico da esercitare e sono invece coinvolte esclusivamente situazioni giuridiche riconducibili a diritti soggettivi contrapposti: diritto al pagamento della quota sociale della retta da una parte, diritto a non corrispondere neppure la quota "alberghiera" della retta dall'altra.

Infondato è il motivo di appello.

Circa i motivi 2 e 4 dell'appello (2. Erroneità, inesattezza ed illogicità della sentenza per travisamento totale degli atti di causa nella stessa ricostruzione dello svolgimento del processo; 4. Erroneità della sentenza per totale travisamento delle risultanze dell'istruttoria ed erronea interpretazione degli elementi probatori rilevanti nel giudizio), che per evidente opportunità si trattano congiuntamente, osservasi come appresso.

Osserva questa Corte che [redacted], figlia di [redacted] "non autosufficiente" (all. 4 fascicolo primo grado Azienda), aveva sottoscritto "Impegno pagamento retta per ricovero Sig./Sig.ra [redacted]" (all. 6 fascicolo primo grado Azienda) in base al quale si era impegnata a: "1) ACCETTARE LA RIPARTIZIONE COME STABILITO NELLA COMUNICAZIONE DI AUTORIZZAZIONE AL RICOVERO; 2) GARANTIRE IL REGOLARE PAGAMENTO DELLE RELATIVE FATTURE; SOSTITUENDOSI AD EVENTUALI INADEMPIMENTI DEI TENUTI AL PAGAMENTO; 3) CORRISPONDERE IL PAGAMENTO DELLA RETTA DAL GIORNO SUCCESSIVO ALLA DATA IN CUI VIENE COMUNICATA-TRAMITE TELEGRAMMA-L'ASSEGNAZIONE DEL POSTO LETTO. 4) IMPEGNARSI A PAGARE GLI EVENTUALI AUMENTI DELLA RETTA; ...".

Dall'istruttoria svolta in primo grado era emerso che: a. [redacted] dalla lettera di dimissione del 15.05.2009 del "Nuovo Ospedale San Giuseppe" era stata accertata, tra l'altro, soggetta a demenza senile; b. dalle schede del "Piano Assistenziale Personalizzato" del 21.07.2010 per la "Area Abilità cognitive / comunicative" era emerso che "L'area non è valutabile a causa delle gravi patologie dell'ospite" connesso alle patologie indicate nel referto del medico curante dell'A.S.L. dr.ssa Paola Nannelli del 14.05.2009, dal quale emergevano, tra gli altri, "Vasculopatia cerebrale cronica con tetraparesi spastica e quadro di demenza". Come era emerso dalla cartella clinica allegata in primo grado, nel corso dell'anno precedente al decesso la situazione clinica di [redacted] si era aggravata come accertato dai numerosi ricoveri presso il locale pronto soccorso.

Da quanto emerso, documentato e non contestato, era evidente che [REDACTED] necessitava di cure mediche contestualmente alle prestazioni socio-assistenziali di rilievo sanitario.

La S.C. (2038/2023) ha espresso il seguente insegnamento secondo cui <<... deve ritenersi che la corte d'appello abbia errato nell'individuare il criterio giuridico per individuare se le prestazioni erogate dalla struttura fossero o meno scindibili in una componente alberghiero-assistenziale, a carico del paziente ricoverato o dei suoi familiari ove se ne siano assunti l'onere, ed in una componente sanitaria, comunque gratuita perché a carico del SSN. Il discrimine è stato individuato nella "prevalenza" della componente sanitaria, per poi escluderne la ricorrenza in concreto, con giudizio in fatto, laddove il criterio è, anche alla luce della evoluzione normativa in materia, quello della integrazione tra le prestazioni, ovvero della unitaria ed inscindibile coesistenza dei due aspetti della prestazione, che ne produce l'integrale addossamento degli oneri economici sul Servizio Sanitario Nazionale (ai sensi del D.P.C.M. 14 febbraio 2001, art. 3, comma 3). A ciò deve aggiungersi che, al fine dell'accertamento del discrimine, va puntata l'attenzione sulla condizione del malato, e non sulle caratteristiche della struttura ove è ospitato. Ciò che rileva non è, quindi, che fosse stato concordato o comunque previsto, per quel singolo paziente, un piano terapeutico personalizzato o la sua corretta attuazione in conformità con gli impegni assunti verso il paziente o i familiari al momento del ricovero, quanto che quel piano fosse dovuto, e che quindi sussistesse la necessità, per il paziente, in relazione alla patologia della quale risultava affetto (morbo di Alzheimer), dello stato di evoluzione al momento del ricovero e della prevedibile evoluzione successiva della suddetta malattia, di un trattamento sanitario strettamente e inscindibilmente correlato con l'aspetto assistenziale perché volto, attraverso le cure, a rallentare l'evoluzione della malattia e a contenere la sua degenerazione, per gli stati più avanzati, in comportamenti autolesionistici o potenzialmente dannosi per i terzi. Solo qualora si escluda in concreto la necessità che per il singolo paziente affetto da

Alzheimer, per la sua storia sanitaria personale, la prestazione socioassistenziale sia inscindibilmente legata con la prestazione sanitaria, è legittimo che parte della retta di degenza sia posta a carico del paziente.>>

La S.C. (2038/2023) ha pertanto statuito il seguente principio di diritto, al quale questo Collegio ritiene di aderire, secondo cui *"Le prestazioni socio-assistenziali di rilievo sanitario sono incluse in quelle a carico del S.S.N. laddove risulti, in base ad una valutazione in concreto, che per il singolo paziente - in relazione alla patologia dalla quale è affetto, allo stato di evoluzione al momento del ricovero e alla prevedibile evoluzione successiva della suddetta malattia - siano necessarie, per assicurargli la tutela del suo diritto soggettivo alla salute e alle cure, prestazioni di natura sanitaria che non possono essere eseguite se non congiuntamente alla attività di natura socio-assistenziale, la quale è pertanto avvinta alle prime da un nesso di strumentalità necessaria, a nulla rilevando la prevalenza o meno delle prestazioni di natura sanitaria rispetto a quelle assistenziali. (Nella specie la S.C. ha cassato la sentenza impugnata che aveva erroneamente individuato nella "prevalenza" della componente sanitaria, il criterio giuridico per individuare se le prestazioni erogate dalla struttura fossero o meno scindibili in una componente alberghiero-assistenziale, a carico del paziente, e una componente sanitaria, comunque gratuita perché a carico del SSN)."*

Condivisibilmente con quanto osservato da [REDACTED], la natura delle prestazioni delle quali necessitava [REDACTED] erano a prevalente natura sanitaria a causa della totale incapacità di quest'ultima ad attendere a tutti i propri bisogni e necessità. Era pacifico che [REDACTED] non era autosufficiente e che le prestazioni sanitarie applicate erano dovute, e che quindi ne sussisteva la necessità, per il paziente, in relazione alle patologie delle quali risultava affetta. In conseguenza l'obbligo di provvedere al mantenimento degli "oneri alberghieri" della signora [REDACTED], che non potevano essere scissi dall'attività sanitaria, doveva essere posto in capo al S.S.N. e non doveva far carico agli eredi di [REDACTED].

in conseguenza doveva dichiararsi, come condivisibilmente fatto dal primo Giudice, che nulla devono [redacted] all'azienda.

Infondati sono i motivi di appello.

L'ulteriore motivo di appello è assorbito dal rigetto dell'appello.

Atteso il rigetto dell'appello proposto dalla "Azienda Unità Sanitaria Locale Toscana Centro", questo Collegio la condanna a rifondere le spese del presente grado di giudizio che si liquidano come da dispositivo in base ai parametri ex D.M. 55/2014 e succ. modif. (scaglione causa da € 26.001 ad € 52.000; compensi minimi, tenuto conto dell'assenza di complessità di questioni di fatto e di diritto; esclusi quelli per fase istruttoria in secondo grado, che non si è svolta).

La Corte dà atto che ricorrono i presupposti ex art. 13 D.P.R. 115/2002, come modificato ex art. 17 della L. 228/2012, per il pagamento del doppio del contributo a carico della "Azienda Unità Sanitaria Locale Toscana Centro".

P.Q.M.

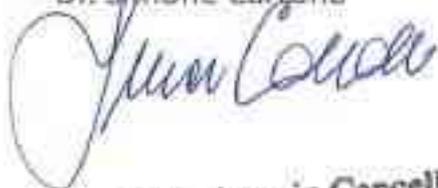
La Corte di Appello di Firenze, definitivamente pronunciando sull'appello proposto dalla "Azienda Unità Sanitaria Locale Toscana Centro", avverso la sentenza n. 436-2021 del Tribunale di Firenze, così provvede:

- rigetta l'appello;
- conferma la sentenza del Tribunale di Firenze;
- condanna la "Azienda Unità Sanitaria Locale Toscana Centro" a corrispondere a [redacted] e [redacted] le spese del presente grado che si liquidano in complessivi € 4.514,90 di cui € 1.029,00 per la fase di studio, € 709,00 per quella introduttiva, € 1.735,00 per quella decisoria ed € 1.041,90 per aumento del 30 % per la presenza di più parti aventi stessa posizione processuale (art. 4 co. 2), oltre spese forfettarie al 15 % ed accessori come per legge;
- dichiara che sussistono, a carico della "Azienda Unità Sanitaria Locale Toscana Centro" i presupposti per il raddoppio del contributo unificato.

Così deciso il 27 luglio 2023 dalla Corte di Appello di Firenze.

Il Giudice Ausiliario relatore ed estensore

Dr. Simone Carrano



Depositato in Cancelleria
il 23/08/2023



IL FUNZIONARIO
ADDETTO ALL'UFFICIO PER IL PROCESSO
Dott.ssa Caterina Sacchi



Il Presidente

Dr. Giovanni Sgambati

