



REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale di Firenze III sezione civile in composizione monocratica, in persona del dott. Enrico D'Alfonso, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n. 9132/2018 R.G.A.C., avente ad oggetto: opposizione a decreto ingiuntivo, vertente

TRA

....., elettivamente domiciliati in Firenze presso lo studio dell'avv. Claudia Moretti che li rappresenta e difende in forza di procura alle liti posta in calce all'atto di opposizione;

OPPONENTI

E

.., in persona del legale rappresentante pro tempore, elettivamente domiciliata in Firenze presso lo studio dell'avv. Sabrina Maranghi, rappresentata e difesa dall'avv. Ivan Pera in forza di procura posta in calce al ricorso per decreto ingiuntivo;

OPPOSTO

E

SOCIETÀ DELLA SALUTE DI FIRENZE, in persona del suo legale rappresentante pro tempore, con sede in Firenze Palazzo Vecchio in Piazza della Signoria.

CHIAMATO IN CAUSA-CONTUMACE

CONCLUSIONI

Parte opponente: b) Dichiarare il difetto di legittimazione passiva degli opposenti per i motivi di cui al punto 1 dell'atto di opposizione, e per l'effetto revocare/annullare/dichiarare nullo il decreto ingiuntivo opposto; c) Revocare/annullare/dichiarare nullo il decreto ingiuntivo opposto per difetto dei requisiti previsti dagli artt. 633, 634 e 635 c.p.c. e per le ragioni esposte al punto 2 atto di opposizione; Nel merito e, per quanto occorrer possa, in via riconvenzionale d) Previa disapplicazione degli atti amministrativi del caso, accertare la natura socio-sanitaria ad alta integrazione sanitaria delle prestazioni ricevute dalla dal

novembre 2008 fino alla data del decesso e per l'effetto dichiarare che nulla è dalla stessa, ed oggi dai suoi eredi, dovuto a tale titolo per la sua degenza nella struttura [redacted], e conseguentemente nulla è dovuto anche da [redacted]; e) per l'effetto dell'accertamento di cui al punto d), condannare [redacted] alla restituzione delle somme di indebitamente corrisposte dalla [redacted] a titolo di corrispettivo per la degenza, dal dì del suo ingresso in Rsa [redacted] al dì del suo decesso, indicate in euro 67.868,77 oltre interessi e rivalutazione monetaria, ovvero la somma ritenuta di giustizia; e) Dichiarare la nullità e/o annullabilità ed inefficacia degli atti di impegno a firma del [redacted] (doc. 8 e doc. 9 opponente) per i motivi esposti in narrativa per l'effetto revocare/annullare/dichiarare nullo il decreto ingiuntivo opposto; f) Annullare per vizio del consenso gli atti di impegno di cui ai docc. 8 e 9 e per l'effetto revocare/annullare/dichiarare nullo il decreto ingiuntivo opposto e conseguentemente condannare [redacted] alla restituzione di quanto pagato dalla [redacted] per effetto degli stessi; In subordine g) Accertare e dichiarare l'intervenuto recesso/revoca dalle promesse unilaterali di pagamento a firma [redacted] a far data dal 1.3.2017 e per l'effetto dichiarare non dovute le somme azionate e pertanto revocare/annullare/dichiarare nullo il decreto ingiuntivo opposto; In ogni caso h) Previa disapplicazione degli atti amministrativi del caso, condannare comunque la [redacted] a manlevare e garantire gli opposenti, nel caso di condanna al pagamento di somme relative al decreto ingiuntivo opposto, ovvero per le domande riconvenzionali di cui ai motivi in narrativa per l'accertamento di cui al punto d), per la somma ritenuta di giustizia. i) Con vittoria di spese, diritti ed onorari di lite.

Parte opposta: In via principale rigettare tutte le eccezioni e le domande formulate ex adversis, anche in via riconvenzionale, siccome infondate in fatto ed in diritto e, conseguentemente, confermare il decreto ingiuntivo opposto. In via subordinata: accertare e dare atto che per effetto del contratto stipulato in data 04/11/2008 [redacted] si obbligava a provvedere alla corresponsione di quanto dovuto in relazione all'ospitalità di [redacted] presso la R.S.A. [redacted], accertare e dare atto che in forza del sindacato contratto [redacted] è creditrice nei confronti del [redacted] quale garante ed erede della [redacted] [redacted] quali eredi della stessa, dell'importo in linea capitale di € 15.698,28 a titolo di corrispettivo per il predetto rapporto di ospitalità per il periodo da gennaio 2017 a novembre 2017; per l'effetto condannare [redacted] a corrispondere a favore di [redacted] per il predetto titolo, l'indicata somma di € 15.698,28 o quella maggiore o minore dovuta, oltre interessi di legge dal dovuto al saldo effettivo, rigettando tutte le eccezioni e le domande formulate ex adversis, anche in via riconvenzionale, siccome infondate in fatto ed in diritto.

RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE

Con atto di citazione ritualmente notificato [redacted] [redacted] proponevano tempestiva opposizione avverso il decreto ingiuntivo n. 1794/2018, emesso dal Tribunale di Firenze in data 10/04/2018, con il quale era stato ingiunto a [redacted] il pagamento della somma di € 15.698,28, oltre interessi e spese, in favore di [redacted], in ragione del mancato pagamento delle rette per la degenza della [redacted] presso la struttura.

Premettevano che la [redacted], all'epoca dei fatti donna di 53 anni affetta da malattia rara (Corea di Huntington) che la rendeva disabile grave e non autosufficiente e, quindi, disabile al 100% dal novembre 2008, non essendo più assistibile a domicilio dato il totale decadimento delle condizioni cognitive e motorie era stata inserita d'urgenza, a seguito di procedura amministrativa del Comune di Firenze e ASL, presso la RSA [redacted].

Al momento del ricovero il Comune di Firenze aveva individuato una quota di soggiorno a carico dell'utente di € 29,78 al giorno, poi ridotta a € 21,20 nel febbraio 2010, allorquando era stato sottoscritto dal [redacted], ancora non amministratore di sostegno della moglie, un "contratto di ospitalità - regolamento di gestione" che lo vedeva, nella sua qualità di delegato, quale responsabile in solido di tutte le obbligazioni contrattuali tra la residenza e l'ospite.

A partire dal dicembre 2016 la quota a carico della [redacted] era aumentata ad € 57,80 al giorno pari alla complessiva quota sociale, pari a sua volta al 50% del costo complessivo della retta. Dato l'aumento, nel marzo del 2017 il [redacted] aveva inteso recedere dal contratto con la struttura, e contestualmente aveva inviato una richiesta di rivalutazione del piano assistenziale, con riconoscimento della natura prevalentemente sanitaria della prestazione erogata dalla RSA, come tale con copertura economica integrale del SSN. ASL Toscana Centro aveva al riguardo ritenuto che vi fosse la competenza della società della salute la quale, tuttavia, aveva rigettato l'istanza.

Nelle more della presentazione della presente opposizione la [redacted] era deceduta, dal che la proposizione dell'opposizione da parte degli eredi.

Ciò premesso sosteneva che il titolo su cui si fondava il credito azionato, costituito dalla domanda/contratto fosse nullo, annullabile o inefficace, con conseguente invalidità del decreto ingiuntivo opposto. Esso, infatti, si inseriva in un quadro normativo di natura pubblicistica, senza spazi di operatività per le norme di carattere privatistico, per cui ogni atto inerente a tale rapporto si doveva inserire nell'ambito di un procedimento amministrativo. Nel caso di specie poi, considerata la gravità della patologia, la prestazione erogata si caratterizzava per una decisa prevalenza dell'aspetto sanitario, che avrebbe dovuto come tale essere a carico del SSN. L'origine e la fonte dell'obbligazione sanitaria andavano ricercate non nel contratto stipulato, ma nella legge che impone alle istituzioni la presa in carico e la cura dei soggetti disabili gravi non autosufficienti. La RSA [redacted] erano intervenute nel rapporto solo nella qualità di prestatore di servizio pubblico, in base a pregresse convenzioni o accordi con gli enti interessati e, quindi le prestazioni erogate assumevano carattere pubblico e non privatistico.

Sulla base di tali premesse eccepiva la carenza di legittimazione passiva degli oppositori, non sussistendo alcun contratto o rapporto validamente costituito tra le parti mentre, invece, la ricorrente avrebbe dovuto azionare il credito verso le istituzioni in concreto contrattualmente vincolate al pagamento della retta. Eccepiva, inoltre, la nullità del decreto ingiuntivo in quanto emesso in assenza di prova scritta. Evidenziava la non corrispondenza degli importi ingiunti con i presunti ammanchi pari a € 17.820,06, che nel corpo dell'atto venivano attribuiti a persona diversa, tale [redacted]. Inoltre, le fatture erano state emesse in forza di un preteso atto d'impegno/contratto in cui l'importo dovuto era indicato in € 29,78, che non corrispondeva alla somma richiesta in fattura, pari a circa il doppio. Mancavano inoltre agli atti del ricorso i documenti comprovanti la promessa unilaterale ex art. 634 c.p.c. comma 1, atteso che da quelli prodotti non

era chiara la volontà dei coniugi di impegnarsi al pagamento di somme, né vi erano indicazioni oggettive da cui ricavare il calcolo preciso delle debenze, tranne il rinvio al contenuto di provvedimenti amministrativi.

L'obbligazione solidale in capo al [redacted] (quale fideiussore) si fondava solo su un foglio prestampato, da questi sottoscritto solo per conto della moglie. In ogni caso la fideiussione sarebbe stata anche nulla per indeterminabilità dell'oggetto e del soggetto: sia la domanda/contratto che il successivo documento del febbraio 2010 violerebbero gli artt. 1418, 1937 e s.s. c.c. attesa la mancanza di una manifestazione chiara ed espressa da parte del marito della volontà di coobbligarsi con la moglie. Infatti, egli si sarebbe impegnato nella sua qualità di "coniuge" o di "delegato", con un linguaggio volutamente atecnico, insidioso e confuso tale da generare equivoco e errore essenziale. Anche sotto il profilo oggettivo vi era incertezza, visto che gli importi indicati come retta non corrispondevano a quelli poi effettivamente fatturati.

Si trattava, inoltre di una fideiussione omnibus condizionata ad un evento futuro e incerto che, nella ignoranza dell'importo massimo garantito, comporterebbe la violazione di cui all'art. 1938 c.c.. L'art. 1941 c.c., in ogni caso, circoscriveva l'efficacia della fideiussione nei limiti di quella principale, per cui il [redacted] non avrebbe potuto obbligarsi al pagamento in modo autonomo di cifre superiori a quelle dovute dalla moglie. Comunque, considerata la natura accessoria dell'impegno fideiussorio, dato che l'obbligazione principale in carico al coniuge era illegittima attesa la pertinenza al SSN, anche la prestazione accessoria sarebbe stata destinata a decadere.

Sotto altro profilo, la opposta sarebbe stata obbligata al rispetto delle regole nella conclusione dei contratti con il consumatore di cui al codice al consumo (d.lgs. 206/2005): in particolare, sarebbero risultati violati i precetti di cui all'art. 33 in relazione all'indeterminatezza del prezzo delle prestazioni. Nessuna clausola, inoltre, era stata sottoscritta ed approvata specificamente, in violazione altresì del comma 2 dell'art. 1341 c.c..

Chiedeva, in subordine, la revoca del decreto ingiuntivo in quanto era intervenuto il recesso del sig. [redacted] dal contratto che prevedeva la promessa unilaterale di garantire il debito della moglie.

Formulava, inoltre, domanda riconvenzionale ai fini della ripetizione, a titolo di indebito, di quanto corrisposto dalla [redacted] per il ricovero presso [redacted], quantificato fino a quel momento in € 67.868,77, in quanto importo da porre a carico del SSN.

Chiedeva di essere autorizzata a chiamare in causa la società della salute, al fine di vederla condannata al pagamento di tutto quanto azionato manlevando gli opposenti in caso di condanna.

Si costituiva [redacted] confermando che il rapporto con il [redacted] era iniziato a seguito della sottoscrizione della domanda/contratto di ingresso nella qualità di marito dell'ospite, avvenuta in data 04/11/2008, con cui egli aveva assunto l'obbligo di provvedere al pagamento di quanto dovuto a titolo di retta, secondo la ripartizione di legge con quota sanitaria a carico dell'ASL e sociale a carico dell'ospite, con un intervento integrativo da parte del Comune. Avverso tale ripartizione l'opponente aveva proposto istanza al fine di ottenere che ASL e poi la Società della Salute di Firenze prendessero integralmente a proprio carico le spese sostenute dalla [redacted] coprendo tutti i costi del ricovero, ma l'istanza era stata rigettata senza che la controparte

impugnasse tale rigetto. A partire dal 2017, il [redacted] non aveva più provveduto al pagamento periodico della retta relativa all'ospitalità.

Osservava, in merito alla compartecipazione degli utenti alle spese relative alle prestazioni sanitarie erogate come tale assetto organizzativo fosse pienamente compatibile sia con i principi costituzionali che con la normativa di settore, mentre la gratuità delle cure mediche poteva dipendere solo dal verificarsi di una serie di requisiti e procedure di legge, finalizzate a garantire l'accesso paritario di tutti i cittadini al SSN e la possibilità di erogare le prestazioni sanitarie nei limiti delle risorse disponibili, non essendo riconosciuto a tutti gli utenti il diritto alla gratuità delle prestazioni.

Evidenziava, dunque, la validità ed efficacia della domanda/contratto stipulato con la R.S.A., in cui era stata fissata la retta giornaliera gravante sull'assistito solo per la quota sociale residua di € 29,78. Il [redacted] si era contestualmente obbligato in solido a corrispondere il predetto importo (obbligo ribadito nel successivo contratto di ospitalità sottoscritto in data 16/02/2010). Tali impegni erano a tutti gli effetti validi ed efficaci non esistendo norme imperative che ponessero interamente a carico del SSN la retta per la degenza in RSA. Anche la quantificazione del debito era legittima in quanto conformata alle disposizioni di legge alle quali si rinviava, e trattandosi di un contratto di durata esisteva per la RSA il diritto di adeguare periodicamente l'importo della retta.

Nel caso della sig.ra [redacted] la prestazione richiesta, come risultava dalla comunicazione inviata dalla società della salute ai fini dell'inserimento in struttura, era di lungo assistenza, inizialmente in "modulo base" quale soggetto non autosufficiente, e dal 28 gennaio 2013 in c.d. "modulo 4" (stati vegetativi persistenti). Le prestazioni si inquadravano, quindi, tra quelle sociali a rilevanza sanitaria e non ad elevata integrazione sanitaria: la [redacted] necessitava di prestazioni che avevano ad oggetto meri controlli infermieristici, terapia farmacologica e interventi ordinari.

La patologia di cui era affetta l'ospite non avrebbe, comunque, potuto influire sulla natura della prestazione che rimaneva socio-sanitaria, e di conseguenza la struttura non avrebbe potuto che addebitare la retta periodica.

Circa il recesso del [redacted] dalla domanda/contratto dell'ottobre 2008, esso sarebbe stato nullo o inefficace, poiché non convenzionalmente consentito e comunque contrario a buona fede, laddove già alla data di ricevimento (3 marzo 2017) risultavano non pagate alcune fatture il che dimostrava la malafede del coobbligato che dopo essersi reso inadempiente, pretendeva di recedere dal contratto. Spettava, se del caso, al recedente dimostrare che il recesso rispondeva a motivi e interessi meritevoli di tutela, ma anche se così fosse stato egli non avrebbe potuto certo sottrarsi al pagamento, dovendone rispondere quale erede della moglie.

Chiedeva il rigetto della domanda riconvenzionale, del tutto infondata data la piena validità degli impegni contrattuali assunti dall'opponente, nonché, sfornita di prova sia nell'an che nel quantum.

All'udienza del 21/05/2019, verificata la regolarità della notificazione, veniva dichiarata la contumacia della società della salute di Firenze.

Ammessa ed espletata CTU, all'udienza del 16/02/2026 la causa veniva trattenuta in decisione, previa concessione alle parti dei termini di cui all'art. 190 c.p.c..

Tanto premesso l'opposizione è fondata e va dunque accolta per quanto di ragione, con conseguente revoca del decreto ingiuntivo opposto.

Non si pone, innanzitutto, un problema di “carezza di legittimazione passiva”, che gli opposenti hanno eccepito per il fatto che non sussisterebbe tra le parti un rapporto contrattuale validamente costituito, dovendo dunque a loro dire la pretesa creditoria essere esperita verso il Comune di Firenze, l'Asl o la Società della salute. La legittimazione processuale, quale condizione dell'azione, dipende infatti unicamente dalla prospettazione dell'attore, prescindendo dall'effettiva titolarità del rapporto dedotto in causa (Cass, n. 14468 del 2008). Quella che gli opposenti hanno in realtà proposto è una questione di merito, relativa alla titolarità del rapporto controverso dal lato passivo, che verrà appunto di seguito affrontata.

Neppure assumono particolare rilievo, nel caso di specie, i vari motivi di opposizione relativi alla validità, efficacia ert. della fideiussione sottoscritta dal _____ poiché egli dovrebbe comunque ormai rispondere del debito quale erede della _____

Nel merito affermano gli opposenti che le rette delle RSA relative al ricovero di malati cronici (nel caso di specie si trattava della Corea di Huntington) debbano essere poste totalmente a carico del SSN, in quanto all'interessato vengono rese prestazioni sanitarie da considerare “inscindibili” da quelle socio-assistenziali, stante il carattere prevalentemente sanitario delle prestazioni erogate in favore della _____, in applicazione di un trattamento terapeutico personalizzato.

L'art. 3-septies del d.lgs. 30 dicembre 1992 n° 502 (“Integrazione sociosanitaria” ed inserito dal d.lgs. n° 229/1999) nell'ambito della generale categoria delle prestazioni sociosanitarie (primo comma) – definite come prestazioni “atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione” – ha distinto le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale (secondo comma lettera a) e le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (secondo comma lettera b), stabilendo che la loro individuazione ed i criteri del loro finanziamento fossero dettati da un “atto di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 2, comma 1, lettera n), della legge 30 novembre 1998, n. 419”. L'art. 3-septies, inoltre, ha previsto anche un ulteriore genere di prestazioni sociosanitarie, definite “ad elevata integrazione sanitaria”, caratterizzate dalla “particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria”, le quali “attengono prevalentemente alle aree maternoinfantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative”. Per queste ultime prestazioni l'art. 3-septies (terzo comma, ultimo periodo) ha previsto che “con il medesimo atto” di indirizzo e coordinamento (quello destinato ad individuare le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria) “sono individuate le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria di cui al comma 4 e alle quali si applica il comma 5 (...)”. Quest'ultimo comma prevede, poi, che le prestazioni ad elevata integrazione siano assicurate dalle Aziende sanitarie “secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dai piani nazionali e regionali, nonché dai progetti-obiettivo nazionali e regionali”. L'Atto di indirizzo e coordinamento emesso in attuazione dell'art. 3-septies del d.lgs. n 502/1992 e

del richiamato art. 2, primo comma, lettera n), della legge 30 novembre 1998 n° 419, è il DPCM del 14 Febbraio 2001. L'art. 3 co 3 del DM fornisce 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*".

Sulla scorta del predetto quadro normativo altra giurisprudenza di legittimità ha affermato che la degenza presso una RSA debitamente attrezzata deve rientrare nell'ambito esclusivamente sanitario, con la garanzia di gratuità, nel caso in cui si proceda alla "...individuazione di un trattamento terapeutico personalizzato..." che, per le sue peculiari caratteristiche, "...non può essere somministrato se non congiuntamente alla prestazione socioassistenziale..." (Cass. n. 28321/2017; Cass. n. 39438/2021; Cass. n. 21528/2021 già cit.), derivandone una "inscindibilità" che comporta il totale carico dei costi in capo al SSN (Cass. n. 33394/2024; Cass. n. 2038/2023; Cass. 22776/2016 cit.).

In ogni caso, sia pure a seguito di diversi percorsi motivazionali, la conclusione è sempre la medesima, e cioè che nel caso in cui vengano erogate prestazioni sanitarie che non possono essere eseguite se non congiuntamente alla attività di natura socioassistenziale, le prestazioni rese per la cura della paziente devono considerarsi ad elevata integrazione e quindi di competenza integrale del SSN: come tali, gratuite, con esclusione di ogni compartecipazione del Comune o dell'utente o dei suoi familiari o eredi.

Orbene venendo al caso di specie il CTU nominato in corso di causa ha accertato che alla furono erogate prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica ed intensità della componente sanitaria. Dalla documentazione medico-legale esaminata si evince che l'esordio della patologia invalidante era sopravvenuta ben prima del ricovero nella struttura, infatti già nel verbale di invalidità civile del 30/05/2005 si leggeva: "...Corea di Huntington (familiarità) da circa 4 anni. Nel 2005 ricovero per abuso di benzodiazepine". Esame obiettivo: "Presenza di movimenti a scatti agli arti. Deambulazione atassica con rigidità, prove di coordinazione motoria alterate...", viene, pertanto, riconosciuto come soggetto invalido totale e permanentemente al 100%, con riconoscimento handicap in situazione di gravità. Dal verbale di invalidità civile del 31/03/2006 si legge "...Corea di Huntington (positiva per familiarità) confermata geneticamente da circa due anni. Progressivo deficit deambulatorio con disturbi cognitivo-comportamentali. Recente trapianto di

neuroblasti fetali nello striato a scopo sperimentale con trattamento immunosoppressivo...Vigile orientata. Grave alterazione del tono dell'umore. Deficit mnesici. Ideazione a sfondo psicotorio (?). Movimenti coreici generalizzati con ripercussione marcata sulla deambulazione e nella gestione personale. Occasionale incontinenza", a seguito dell'accertamento è riconosciuta l'indennità di accompagnamento (pag. 4).

Il CTU, quindi, ha quindi precisato che "...la malattia di Huntington è una malattia neurodegenerativa ereditaria autosomica dominante caratterizzata da corea, sintomi neuropsichiatrici e progressivo deterioramento cognitivo...Il disturbo mentale assume diverse forme subdole molto prima che il deterioramento delle funzioni cognitive divenga evidente. Frequenti le alterazioni del tono dell'umore, in modo particolare la depressione che possono costituire i sintomi prevalenti nelle fasi precoci di malattia. Le facoltà intellettive, invariabilmente, iniziano a declinare ed il paziente diventa meno comunicativo e meno partecipe alla vita sociale...Il deterioramento cognitivo e i disturbi psichiatrici possono insorgere anche contemporaneamente al disturbo del movimento caratteristico della malattia... Tra i disturbi motori si riconoscono la corea che è il sintomo più emblematico di questa malattia...definita come una successione di movimenti spontanei eccessivi, improvvisi, imprevedibili e irregolari. La sua gravità può variare da lieve e intermittente a movimenti continui, violenti ed invalidanti...Altri disturbi motori sono rappresentati dalla distonia, dalla bradicinesia (lentezza nei movimenti), da una rigidità di tipo extrapiramidale, da disturbi della deambulazione che hanno una genesi multifattoriale correlata alla presenza di più disturbi motori contemporaneamente e che espongono il paziente ad un elevato rischio di caduta e da disturbi di deglutizione (pag. 17-18).

Si tratta, quindi, di patologia complessa per cui "...La gestione di questi pazienti richiede un approccio multidisciplinare, con necessità di periodiche ridefinizioni del progetto terapeutico in ogni stadio evolutivo della malattia, finalizzate ad un miglioramento della qualità di vita ed al controllo dei sintomi con trattamenti sintomatici farmacologici e misure adiuvanti" (pag. 18). In particolare nel 2005, accertata l'insorgere della patologia sopra descritta, la paziente si sottoponeva a trapianto di "...neuroblasti striatali e terapia immunosoppressiva con ciclosporina...", terapia che venne mantenuta nel biennio 2006-2007 "...per lo sviluppo di cloni anticorpali contro antigeni del trapianto e l'associazione di terapie sintomatiche con il controllo dei disturbi motori e comportamentali". Nel 2008 al momento dell'ingresso nella RSA la terapia immunosoppressiva venne mantenuta (pag. 19).

Sulla base di tali premesse si è accertato che "...la sig.ra ... durante la sua permanenza in Struttura, ricevette anche un trattamento sanitario, prevalentemente di tipo infermieristico. In particolare, negli anni 2008-2010, risulta posto in essere un costante monitoraggio dei parametri vitali, dell'alvo e del sonno, eseguite medicazioni di lesioni cutanee intercorrenti, trattati episodi di iperpiressia e gestita la terapia farmacologica cronica con i relativi aggiustamenti/modifiche e quella estemporanea e temporanea per il trattamento di eventuali sopravvenute complicanze", con le prestazioni di carattere prettamente sanitario che sono aumentate nel corso degli anni per il peggioramento dei disturbi motori, incapacità di controllo pasturale, disturbi della deglutizione, broncopolmoniti ricorrenti e sindromi da allettamento, che hanno comportato l'aumento della frequenza di accesso al pronto soccorso e/o di ricovero ospedaliero (pag. 20).

I disturbi motori, cognitivi e psichiatrici rendevano il soggetto “totalmente dipendente e necessitante di un supporto assistenziale, *infermieristico e medico*, con intensità e rilevanza delle prestazioni di ordine sanitario aumentata nel corso degli anni in rapporto alla progressione peggiorativa della malattia di base, specie a partire dal 2015-2016 quando, in un soggetto già allettato, ebbero a manifestarsi più chiaramente i disturbi di deglutizione controindicanti una alimentazione per os e che portarono, di necessità, al posizionamento di una gastrostomia percutanea (marzo 2016), presidio che richiede, di per sé, una particolare e attenta gestione sia per la somministrazione della nutrizione che per la cura dell’accesso percutaneo” (pag. 21). La paziente, inoltre, “...risultava...portatrice di catetere vescicale e necessitava di contenzione, anche a letto, in relazione ai disturbi motori e posturali e di un sostanzioso trattamento poli-farmacologico. Era immobilizzata e richiedeva una stretta sorveglianza per la prevenzione delle lesioni da pressione, oltre ovviamente alla gestione dell’idratazione ed a tutti i restanti provvedimenti assistenziali...”. In tale quadro, la conclusione: “già dall’ingresso, pertanto, in aggiunta al trattamento assistenziale, vi era la necessità anche di un trattamento sanitario, ad esso correlato. I provvedimenti assistenziali, pertanto, si integravano con le prestazioni di tipo più strettamente sanitario in un percorso appunto integrato di assistenza, richiedente un approccio multidisciplinare finalizzato, nel suo complesso, alla promozione della salute dell’ospite” (pag. 21-22).

Tali valutazioni medico-sanitarie sono conseguite ad un esame completo ed analitico della copiosa documentazione in atti, e non sono state confutate in modo specifico dal CTP della opposta, che si è limitato a riportare le argomentazioni già espresse negli atti processuali senza aggiungere spunti tecnici di riflessione utili a modificare le conclusioni medico-legali sopra espresse (pag. 23), per cui il Tribunale ritiene di pienamente condividere gli esiti dell’accertamento peritale.

La conseguenza di tale accertamento è la nullità del contratto, con il quale è stata posta a carico della degente (e dei parenti, e comunque oggi degli eredi) il costo, sia pure parziale, del ricovero nella RSA. Si veda al riguardo Cass. n. 17234 del 2017 la quale ha evidenziato, in tali ipotesi, la «*totale assenza di una reale funzione economica del negozio, vale a dire un difetto genetico della causa* intesa come ragione giustificativa, in concreto, del contratto» col quale il privato si era assunto il relativo onere economico, con conseguente nullità dello stesso, nello stesso modo in cui “sarebbe affetto da nullità il contratto col quale una persona si obbligasse a corrispondere una determinata somma come compenso per il ricovero in un ospedale pubblico, perché è pacifico che in quel caso il carattere sanitario delle prestazione renderebbe nullo un simile contratto”.

A nulla valgono in senso contrario (se non, come si dirà in fine, con riferimento alla regolamentazione delle spese di lite), le difese della società opposta, la quale ha affermato di essersi limitata ad attenersi a quanto stabilito dagli enti preposti nell’impegnativa n. 691/2008 (doc. 16 cit.), poi confermata dalla Società della salute di Firenze nella comunicazione del 09/08/2017 (doc. 14-15), provvedimento non impugnato dagli oppositori, e ciò in quanto i provvedimenti amministrativi in questione possono essere oggetto di disapplicazione da parte del GO.

Com’è noto il potere di disapplicazione in via incidentale dell’atto amministrativo illegittimo da parte del giudice ordinario non può essere esercitato nei giudizi in cui sia parte la P.A. ma unicamente nei giudizi tra privati e nei soli casi in cui l’atto illegittimo venga in rilievo non già come fondamento del diritto dedotto in giudizio bensì come mero antecedente logico, sicché la questione venga a prospettarsi come pregiudiziale in senso tecnico (Cass. Sezioni Unite n.

2244/2015, Cass., SU. n. 9543/2021). La presente controversia verte appunto tra privati e la conoscenza dell'atto amministrativo è solo finalizzata all'accertamento della validità di un negozio privatistico, senza che l'atto medesimo costituisca il mezzo che genera la lesione patrimoniale. Pertanto, il Tribunale ha il potere di disapplicare l'atto amministrativo presupposto e dichiarare la nullità degli impegni contrattuali sottoscritti con la RSA.

A tale nullità consegue non soltanto l'accoglimento dell'opposizione e la conseguente revoca del decreto ingiuntivo opposto, ma anche l'accoglimento della domanda riconvenzionale proposta dagli opposenti, in relazione alle somme corrisposte a titolo di quota sociale alla RSA dal momento del ricovero fino al dicembre 2016, quantificate in € 67.868,67, a titolo di ripetizione d'indebito.

Il Tribunale lamenta, al riguardo, che gli opposenti non avrebbero fornito prova del quantum delle somme di cui chiedono la restituzione, essendosi limitati a produrre un mero prospetto riepilogativo dei pagamenti delle fatture da loro stessi predisposto (doc. 15). In realtà, premesso che la opposta ammette in sostanza che fino al 2017 le rette erano state regolarmente pagate, la contestazione in merito al quantum effettuata dalla opposta è del tutto generica, a fronte invece dell'obbligo imposto dalla legge di contestazione specifica. La RSA non può, infatti, non essere a precisa conoscenza degli importi pagati a titolo di retta, visto che i pagamenti sono avvenuti a seguito di emissione di proprie fatture per cui, a fronte della documentazione prodotta, in atti (doc. 2, 3-12, 16 opposta; doc. 7, 9, 10 e 15 opposenti), non avrebbe potuto limitarsi, anche secondo buona fede e correttezza, ad affermare genericamente che non vi sarebbe prova del quantum oggetto della domanda di restituzione, ma avrebbe dovuto al limite effettuare un proprio diverso conteggio delle somme ricevute in pagamento.

Ne consegue che la RSA va condannata a rimborsare agli opposenti la somma di € 67.868,67 relativa al periodo novembre 2008 - dicembre 2016, oltre interessi legali (trattandosi di debito di valuta) dalla data della proposizione della domanda riconvenzionale al saldo.

La domanda subordinata di garanzia, proposta dagli opposenti nei confronti della Società della salute di Firenze, resta assorbita a seguito dell'accoglimento della domanda principale.

Si ritengono, in ogni caso, sussistenti i presupposti per disporre la compensazione tra le parti delle spese di lite, atteso che l'azione della RSA era comunque giustificata, sulla scorta delle determinazioni degli enti preposti, che la struttura non avrebbe ragionevolmente potuto far altro che rispettare.

Nulla va disposto per spese nei confronti di Società della salute, in quanto rimasta contumace.

Le spese di CTU, come già liquidate in corso di causa, vanno poste in via definitiva a carico della opposta, stante l'esito dell'accertamento peritale ed in ragione del fatto che la RSA ha avversato la natura prettamente sanitaria dei servizi resi alla RSA.

P.Q.M.

Il Tribunale di Firenze, definitivamente pronunciando, così provvede:

1. revoca il decreto ingiuntivo n. 1794/2018, emesso dal Tribunale di Firenze in data 10/04/2018, e rigetta la corrispondente domanda di pagamento;

2. in accoglimento della domanda riconvenzionale condanna la al rimborso a favore degli oppositori della somma di € 67.868,67, oltre interessi come per legge dalla domanda dalla domanda al saldo;

3. compensa tra le parti principali le spese del giudizio;

4. nulla per spese nei confronti di Società della salute;

4. pone in via definitiva le spese di CTU a carico della parte opposta.

Firenze, lì 14/6/2026

Il giudice

dr. Enrico D'Alfonso