

N. R.G. 1052/2017



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
LA CORTE D'APPELLO DI VENEZIA
SEZIONE SECONDA CIVILE

composta dai seguenti Magistrati

dott. Cinzia Balletti Presidente
dott. Enrico Schiavon Consigliere estensore
dott. Dario Morsiani Consigliere

ha pronunciato la seguente

S E N T E N Z A

nella causa civile in grado di appello iscritta al n. 1052 del ruolo generale
dell'anno 2017 promossa

da

██████████ in proprio e quale erede di ██████████

appellante

rappresentato e difeso dall'avv. Diego Baldi, con domicilio eletto presso lo
studio di quest'ultimo in Padova, piazza G. Mazzini 52

contro

Casa di Riposo "██████████" in persona del Presidente pro-tempore

appellata

rappresentata e difesa dall'avv. Silvia Benacchio, con domicilio eletto presso lo
studio dell'avv. Gianna Chemello, in Venezia, S. Marco 3829

Oggetto: appello avverso la sentenza n. 2552/2016 del Tribunale di Padova
emessa in data 19.09.2016 e depositata in data 20.09.2016.

Conclusioni di parte appellante:

"Nel merito

- *in via principale, accertare che la Casa di Riposo [redacted] non vanta alcun credito nei confronti degli opposenti per tutti i motivi esposti in narrativa (id est, da una parte, per effetto del recesso del 15 aprile 2013, dall'altra per la nullità dell'impegno sottoscritto il 3 dicembre 2007, in conseguenza del carattere sanitario o prevalentemente sanitario delle prestazioni rese a favore della Sig.ra [redacted] e quindi revocare il decreto ingiuntivo opposto n. 5979/2013 – R.G. n. 12291/13 del 27 dicembre 2013;*
- *in via riconvenzionale, condannare la Casa di Riposo [redacted] a restituire a favore del Sig. [redacted] le somme indebitamente versate per le rette di ricovero a partire dal dicembre del 2007, oltre agli interessi dovuti per legge;*
- *in via subordinata e in ipotesi di ritenuta validità dell'impegno del 3 dicembre 2007 e di non validità del recesso del 15 aprile 2013, revocare comunque il decreto ingiuntivo e rideterminare il quantum della quota di retta a carico del Sig. [redacted] in base all'ISEE dello stesso a partire dal dicembre del 2007 e quindi tenendo conto di quanto già da questi versato a partire dalla suddetta data;*
- *con vittoria di spese, di diritti e di onorari di causa di entrambi i gradi di giudizio, comprese i costi della CTU".*

Conclusioni di parte appellata:

*"Rigettare, perché totalmente infondato, l'appello proposto dall'appellante [redacted] avverso la sentenza n. 2552/2016 del Tribunale di Padova, riconfermando integralmente la stessa decisione;
con rifusione di spese e onorari di lite di I e II grado".*

MOTIVI DELLA DECISIONE



1. Nel dicembre del 2007 [redacted] presentava domanda di ricovero alla Casa di Riposo "[redacted]" di [redacted] (Pd) per la propria moglie, [redacted] invalida al 100% ed affetta anche dal morbo di Alzheimer.

La Casa di Riposo faceva sottoscrivere ad [redacted] quest'ultimo figlio della [redacted] l'impegno "a provvedere personalmente al pagamento di quanto dovuto", ovvero al pagamento della cd. retta alberghiera, pari a circa €1.500,00.

Nell'aprile del 2013 [redacted], per il tramite del proprio figlio, inviava una missiva, indirizzata anche alla Casa di Riposo, contenente la dichiarazione di revoca dell'impegno assunto in data 3 dicembre 2007.

In data 27 dicembre 2013 la Casa di Riposo otteneva dal Tribunale di Padova l'emissione del decreto ingiuntivo n. 5979/2013, che ingiungeva il versamento della somma di €9.424,54 a [redacted], quali soggetti coobbligati per il pagamento delle rette del ricovero erogato a favore di [redacted].

Avverso il suddetto decreto ingiuntivo gli intimati proponevano opposizione, eccependo l'insussistenza dell'obbligo a loro carico del pagamento delle rette di ricovero, in quanto il relativo onere gravava esclusivamente sul S.S.N., nonché la nullità dell'atto sottoscritto in data 3 dicembre 2007, e chiedevano in via riconvenzionale la restituzione delle somme versate da [redacted] a partire dal mese di dicembre 2007 o, in via subordinata, la rideterminazione della quota di retta a carico del medesimo in base all'ISEE a partire da quella data.

La Casa di Riposo si costituiva, contestando le ragioni poste a fondamento dell'opposizione, di cui chiedeva il rigetto.

Esperita CTU medico-legale - la quale accertava che le patologie da cui era affetta [redacted] a rendevano "non autosufficiente sin dal momento del suo accoglimento" e che "gli accertamenti ed i trattamenti cui la [redacted] viene sottoposta da parte del personale medico, infermieristico e di assistenza sono assolutamente adeguati alle sue necessità e risultano indispensabili per la gravità delle patologie di cui è affetta e possono essere forniti solo in una



Struttura dove è prevista un'assistenza sanitaria specifica come la Casa di Riposo dove la signora attualmente è ospite" -, il Tribunale di Padova, con la sentenza in epigrafe indicata, rigettava l'opposizione, compensando interamente le spese di lite e ponendo quelle relative alla CTU a carico degli opposenti.

2. Avverso l'indicata sentenza **[REDACTED]**, in proprio e quale erede di **[REDACTED]**, nel frattempo deceduto, ha proposto tempestivo appello, formulando sei motivi di gravame.

2.1 Con il primo motivo l'appellante censura l'errore in cui è incorso il tribunale per avere ritenuto che le prestazioni rese a favore di **[REDACTED]** fossero riconducibili alle prestazioni elargite a favore di una persona anziana non autosufficiente, ignorando la documentazione clinica prodotta dalla parte, nonché le risultanze della CTU da cui emergeva che l'ospite della Casa di Riposo era affetta da plurime patologie invalidanti, per effetto delle quali necessitava di cure sanitarie continue anche da parte di personale specializzato (infermieristico e medico), senza le quali non avrebbe potuto sopravvivere, di guisa che le cure prestate a suo favore erano (prevalentemente) di carattere sanitario, anche se svolte in ambito residenziale.

2.2 Con il secondo motivo deduce la violazione dell'art. 3-septies del Decreto Legislativo 30.12.1992 n. 502 e dell'art. 3 del D.P.C.M. 14 febbraio 2001.

L'appellante osserva che il giudice di prime cure ha ritenuto che il quadro normativo preso in considerazione dalla Corte di Cassazione nella richiamata pronuncia n. 4558 del 22/03/2012, in base alla quale *"l'attività prestata in favore di soggetto gravemente affetto da morbo di Alzheimer ricoverato in istituto di cura è qualificabile come attività sanitaria, quindi di competenza del Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'art. 30 della legge n. 730 del 1983, non essendo possibile determinare le quote di natura sanitaria e detrarre da quelle di natura assistenziale, stante la loro stretta correlazione, con netta prevalenza delle prime sulle seconde, in quanto comunque dirette, anche ex art. 1 D.P.C.M. 8 agosto 1985, alla tutela della salute del cittadino; ne consegue la non recuperabilità, mediante azione di rivalsa a carico dei parenti del paziente,*

delle prestazioni di natura assistenziale erogate dal Comune" è radicalmente mutato, in quanto il DPCM 8 agosto 1985 stato superato dai DPCM 14 febbraio 2001 e 29 novembre 2001, adottati ai sensi del D. Lvo 502/1992 ed ora l'attività sanitaria e sociosanitaria a favore di anziani non autosufficienti è compresa tra quelle per le quali il D.P.C.M. 29 novembre 2001 elenca i Livelli Essenziali di Assistenza – a cui peraltro concorre il fondo regionale per la non autosufficienza (istituito in Veneto con la LRV 55/1982), individuando le prestazioni sanitarie non esclusivamente a carico del S.S.N. e soggette a contribuzione anche da parte del "beneficiario stesso o dai suoi congiunti". Egli denuncia l'errore in cui è incorso il tribunale per avere ricompreso le cure prestate alla _____ nella categoria dei trattamenti sanitari riservati agli anziani non autosufficienti e ritenuto la fattispecie disciplinata esclusivamente dal DPCM 29 novembre 2001, affermando che, in base ad esso tali prestazioni (a favore degli anziani non autosufficienti) non sono più ad esclusivo carico del S.S.N., senza considerare che la _____ era invalida al 100% ed affetta da numerose patologie invalidanti (demenza senile in morbo di Alzheimer, atrofia cerebrale, cardiopatia fibrillante, stenosi della valvola aortica, ipertensione arteriosa, panvasculopatia, poliartrrosi, osteoporosi, esiti di protesi di anca destra, incontinenza urinaria, diverticolosi) e che in base all'art. 3 del DPCM 14 febbraio 2001, emanato ai sensi dell'art. 3 *septies* D.Lvo n. 502/1992 tali prestazioni, in quanto a elevata integrazione sanitaria, sono ancora a carico esclusivo del S.S.N..

2.3 Con il terzo motivo contesta la decisione nella parte in cui ha ritenuto che per le prestazioni per le quali non è possibile scindere la componente sanitaria da quella sociale che possono essere oggetto di contribuzione ad opera non esclusivamente del Servizio Sanitario Nazionale, la quota residua rimanga a carico del beneficiario stesso o dei suoi congiunti, anziché dell'amministrazione comunale, con la sola detrazione delle somme percepite a titolo indennitario/pensionistico, salvo poi il diritto di rivalsa del Comune verso il beneficiario.

2.4 Con il quarto motivo denuncia la violazione dell'art. 112 c.p.c. per avere il tribunale ommesso di pronunciare sull'eccezione relativa al recesso dall'impegno a suo tempo sottoscritto nel 2007 esercitato dagli , con l'invio della lettera raccomandata del 15 aprile 2013, atteso che il decreto ingiuntivo ha intimato il pagamento dell'integrazione della retta dovuta per il periodo successivo al recesso.

2.5 Con il quinto motivo si duole che il giudice di prime cure abbia rigettato l'eccezione di nullità dell'impegno sottoscritto dai familiari della , perché *"non esistendo alcuna norma imperativa che ponga interamente a carico del servizio sanitario nazionale tale forma di esborso, quella dichiarazione è pienamente legittima disciplinando la quota non coperta dal contributo del servizio sanitario regionale"*.

L'appellante sostiene che l'assunzione di questo obbligo è affetta da nullità o per assenza di causa o per violazione delle norme imperative, tra cui quella di cui all'art. 1938 c.c. in materia di fideiussione, applicabile anche alle altre forme di garanzia personale, il quale stabilisce che quando la garanzia è prestata per obbligazioni future deve essere indicato l'importo massimo garantito.

2.6 Con il sesto motivo critica il rigetto della domanda subordinata di rideterminazione della quota secondo l'ISEE del solo assistito e non dell'intero nucleo familiare.

3. L'appellata si è costituita, chiedendo il rigetto dell'appello e la rifusione delle spese di entrambi i gradi di giudizio.

4. I primi cinque motivi di gravame, che possono essere esaminati congiuntamente, investendo questioni tra loro strettamente connesse, sono infondati.

4.1 La presente controversia verte in ordine alla individuazione dei soggetti pubblici e privati sui quali debbono gravare, in tutto od in parte, le spese per prestazioni sanitarie in senso stretto, per prestazioni socio-assistenziali e per prestazioni socio-sanitarie integrate, essendo oggetto di contestazione se sia o meno consentito discernere, per le prestazioni erogate in regime residenziale o



semiresidenziale, la quota di spesa a carico del servizio sanitario pubblico da quella a carico degli enti territoriali locali e degli assistiti, nonché se nell'ambito della retta possano distinguersi quote di spesa distinte in relazione a prestazioni di natura diversa, quali la quota per prestazioni "alberghiere" erogate da strutture originariamente convenzionate ed oggi accreditate.

Occorre preliminarmente procedere ad una ricognizione dell'evoluzione del quadro normativo in riferimento alla disciplina riservata alle *"prestazioni socio-assistenziali"* erogate a favore di persone disabili o anziane comunque non autosufficienti.

La Legge 27 dicembre 1983, n. 730 (legge finanziaria 1984) onde ripartire la spesa pubblica gravante sul fondo sanitario nazionale di cui all'articolo 51 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, veniva a distinguere tra *"attività di tipo socio-assistenziale"* rientranti nelle competenze attribuite per materia alle regioni, per le quali gli enti territoriali potevano avvalersi delle strutture organizzative delle UU.SS.LL., ma facendosi interamente carico della spesa, ed invece le *"attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali"*, con oneri interamente a carico del fondo sanitario nazionale (art. 30 legge n. 730/83).

Il D.P.C.M. 8 agosto 1985 ha meglio definito tali aree di intervento, in base ai criteri di prevalenza della natura della prestazione e di integrazione necessaria, precisando che gravavano interamente sul fondo nazionale sanitario quegli *"interventi propri dei servizi socio-assistenziali, purché siano diretti immediatamente e in via prevalente alla tutela della salute del cittadino e si estrinsechino in interventi a sostegno dell'attività sanitaria di cura e/o riabilitazione fisica e psichica del medesimo, in assenza delle quali l'attività sanitaria non può svolgersi e produrre effetti"*, mentre rimanevano estranee alla spesa pubblica *"le attività direttamente ed esclusivamente socioassistenziali, anche se indirettamente finalizzate alla tutela della salute del cittadino e in particolare i ricoveri in strutture protette extra ospedaliere meramente sostitutivi, sia pure temporaneamente, dell'assistenza familiare"*, specificando altresì (art. 6) che *"nei casi in cui non sia possibile motivatamente disgiungere l'intervento sanitario da quello socio-assistenziale"*, le regioni hanno la facoltà



di stipulare convenzioni con strutture pubbliche o private per la erogazione del servizio agli assistiti, ripartendo - nell'ambito delle disponibilità finanziarie loro assicurate dal Fondo sanitario nazionale - le quote percentuali di partecipazione alla spesa, rispettivamente, a carico del Fondo sanitario ed a carico degli enti locali (cui è affidata la competenza in materia di assistenza sociale), "con eventuale partecipazione da parte dei cittadini", secondo la "incidenza proporzionale" in concreto rivestita dalla tutela sanitaria e dalla tutela sociale. In seguito alle modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502/92, introdotte con il decreto legislativo 7 dicembre 1993 n. 517, e l'approvazione del Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1994-1996, con la relativa determinazione della spesa sanitaria secondo "livelli uniformi di assistenza" su tutto il territorio nazionale, il Ministero della Sanità, con provvedimento 31 maggio 1994 n. 106, ha emanato le Linee-Guida "per la definizione degli aspetti organizzativo-gestionali delle Residenze Sanitarie Assistenziali" indirizzate alle regioni a statuto autonomo e speciale, specificando che la "residenzialità extra ospedaliera" realizza le prestazioni "residenziali o semiresidenziali" come risposta ai bisogni dei portatori di handicap fisico e psichico, degli anziani e dei soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio, e che, se le RR.SS.AA. fanno parte integrante della rete dei servizi territoriali di primo livello, "ciò non toglie però che le attività che vi si svolgono non siano adeguatamente integrate con quelle del comparto sociale: pertanto la RSA si colloca in una posizione particolare e sostanzialmente diversa sia delle unità operative ospedaliere geriatriche, di riabilitazione e di lungodegenza, sia dalle attuali residenze extraospedaliere (case di riposo, case albergo, ecc.) che hanno per gran parte valenza sociale [cd. RA "residenze assistenziali"] L'assistenza residenziale extraospedaliere, conseguentemente, si concretizza in una gamma di residenze che offrono diversi gradi di assistenza sanitaria (nelle sue componenti mediche, infermieristiche e riabilitative), accompagnata da prestazioni di tipo socioassistenziale atte a facilitare il collegamento ed il successivo, in alcuni casi solo potenziale, reintegro nell'ambiente di provenienza". La particolare collocazione organizzativa delle

RSA, appare illuminante laddove vien ad essere ulteriormente chiarito che la RA (residenza assistenziale) *"si pone al di fuori delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale. Essa si esprime attraverso diverse forme di residenzialità collettiva (case di riposo, case albergo, comunità alloggio, ecc.). E' caratterizzata da diversi livelli di protezione sociale e di assistenza tutelare offerta ad anziani autosufficienti non bisognosi di assistenza sanitaria specifica. Nella RA le prestazioni di medicina generale, attività infermieristiche e riabilitative sono assicurate dai servizi sanitari distrettuali"*.

Per quanto interessa la presente controversia, le Linee-Guida del 1994, ai fini della esatta determinazione della spesa gravante sul Servizio sanitario nazionale, individuano tra le molteplici voci di costi - definiti funzionali- della struttura residenziale sanitaria assistita (RSA) i seguenti:

- costi alberghieri e generali (Funzioni alberghiere: ristorazione/ preparazione pasti; lavanderia e guardaroba; pulizia ambienti. Funzioni di Amministrazione e Direzione: attività di coordinamento; attività di amministrazione/gestione; valutazione qualità dell'assistenza; spese generali);
- costi assistenza sanitaria (Funzioni sanitarie: assistenza infermieristica; assistenza medica; assistenza riabilitativa; assistenza e consulenza specialistica -geriatrica, psichiatrica, ecc.-);
- costi assistenza sociale a rilievo sanitario (Funzioni assistenziali: igiene personale e necessità fisiologiche; aiuto svolgimento attività quotidiane compreso consumo cibi; cura della persona e del suo aspetto. Funzioni di animazione, socializzazione e assistenza psicologica: attività ricreativa/culturale e creativa; attività motoria).

Tale suddivisione rileva ai fini della delimitazione dell'area di spesa riservata al Servizio sanitario nazionale, in quanto *"in base all'analisi della normativa regionale, si può affermare che l'indirizzo prevalente è quello di prevedere l'assunzione da parte dell'utente delle spese alberghiere e sociali, essendo quelle sanitarie a carico dell'USL. In caso di reddito insufficiente, è previsto l'intervento dei familiari o del Comune di residenza. In alcuni casi è previsto altresì che la partecipazione dell'utente abbia inizio dopo il secondo mese di*



permanenza nella RSA se l'assistito proviene da una fase di malattia acuta in ospedale e l'avvio in RSA rappresenta una fase riabilitativa prima del ritorno a domicilio."

Rimane invece escluso a carico del SSN l'onere di spesa per le prestazioni erogate dalla RA in quanto *"i costi dell'ospitalità nella RA non sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale che assicura esclusivamente le prestazioni sanitarie erogate attraverso il distretto"*.

Con D.P.R. in data 14 gennaio 1997 (*Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private*) sono stati definiti i requisiti minimi standard nazionali per il conseguimento dell'*"accreditamento"* da parte delle strutture pubbliche e private, condizione indispensabile alla erogazione di prestazioni sanitarie rese nell'ambito del servizio sanitario pubblico, specificandosi che *"La qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli appositi rapporti di cui all'art. 8, commi 5 e 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, nell'ambito del livello di spesa annualmente definito"*.

Tra le strutture *"accreditabili"* che erogano prestazioni in regime residenziale vengono individuate le RSA, definite come *"presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie, fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello «alto» di assistenza tutelare ed alberghiera, modulate in base al modello assistenziale adottato dalle Regioni e Province autonome"*.

Tali strutture, inserite nella organizzazione del SSR non sono destinate al ricovero in lungodegenza, potendo essere ivi trattenuto l'assistito per periodi limitati e soltanto per il tempo necessario alla esecuzione del trattamento sanitario.



L'Atto di indirizzo del 1997 specifica infatti che *"Le R.S.A. sono destinate a soggetti non autosufficienti, non curabili a domicilio, portatori di patologie geriatriche, neurologiche e neuropsichiatriche stabilizzate. Sono da prevedere: ospitalità permanenti, di sollievo alla famiglia non superiori ai 30 giorni, di completamento di cicli riabilitativi eventualmente iniziati in altri presidi del SSN"*.

I costi relativi al trattamento sanitario in regime residenziale venivano ad essere distinti in relazione alla tipologia della prestazione: sanitaria in senso stretto, meramente socio-assistenziale, e di natura mista nella ipotesi in cui il connubio di prestazioni di diversa natura fosse indistricabile, in quanto caratterizzato da nessi di strumentalità necessaria.

Il Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 (*Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*), modificando il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*), ha demandato alle regioni la organizzazione distrettuale delle UU.SS.LL., in modo da garantire – per quanto qui interessa - *"l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni"* (art. 3-quinquies, comma 1, lett. c), ed ha espressamente definito *"prestazioni socio-sanitarie..., tutte le attività 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"* (art. 3 septies, comma 1), venendo quindi a distinguere nell'ambito di tale categoria generale (id., comma 2):

a) le *"prestazioni sanitarie a rilevanza sociale"*, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite: e la regione determina -sulla base dei criteri posti dall'atto di indirizzo



e coordinamento di cui al comma 3- il finanziamento per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, sulla base di quote capitarie correlate ai livelli essenziali di assistenza (id., comma 6, seconda parte);

b) le *"prestazioni sociali a rilevanza sanitaria"*, cioè 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 prestazioni sono di competenza dei Comuni che provvedono al loro finanziamento negli ambiti previsti dalla legge regionale ai sensi dell'articolo 3, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 (id., comma 6, prima parte);

c) le *"prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria"*, caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria (e riferite a pazienti affetti da patologie cronicodegenerative che richiedono la inscindibilità di più apporti professionali sanitari e sociali che possono, solo congiuntamente, realizzare i risultati programmati), interamente a carico del Fondo per il servizio sanitario pubblico (id., commi 4 e 5).

Il medesimo decreto legislativo ha, quindi, demandato al successivo *"atto di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 2, comma 1, lettera n), della legge 30 novembre 1998, n. 419"* - da emanarsi, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, su proposta del Ministro della Sanità e del Ministro per la solidarietà sociale - la dettagliata individuazione delle prestazioni da ricondurre alle tipologie di cui all'art. 3 septies, comma 2, 9 lettere a) e b), e la precisazione dei criteri di finanziamento delle stesse per quanto compete, rispettivamente, alle Unità sanitarie locali e ai Comuni (id., comma 3).

Con DPCM del 14 febbraio 2001 è stato emanato l' *"Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazione socio-sanitarie"* che ha individuato le caratteristiche di tali prestazioni secondo la natura del bisogno, la complessità, la intensità e la durata dell'intervento assistenziale, diversificando le *"prestazioni sanitarie a rilevanza sociale"* (erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali o semiresidenziali) di competenza delle Aziende sanitarie locali ed interamente a carico delle stesse,

dalle *"prestazioni sociali e rilevanza sanitaria"* tra le quali vengono ricompresi anche *"gli interventi di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semiresidenziali di adulti ed anziani con limitazione dell'autonomia, non assistibili a domicilio"*, che sono invece di competenza dei Comuni e sono erogate con partecipazione alla spesa - stabilita dai Comuni - da parte dei cittadini. In particolare, con riferimento alle prestazioni sanitarie da erogare inscindibilmente alle prestazioni socio-assistenziali nelle forme di *"lungo-assistenza semiresidenziali o residenziali"*, l'Atto di indirizzo, nella Tabella allegata, individuava la partecipazione alla spesa a carico del servizio sanitario regionale nella misura del 50% del costo complessivo della retta (o in alternativa, nell'accollo dei costi integrali del personale sanitario, e del 30% delle altre voci di costo componenti la retta) ed a carico dei Comuni nella misura del residuo 50%, fatta salva la quota di detta percentuale che la Regione od i Comuni avessero inteso determinare a titolo di compartecipazione degli utenti.

Con Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, 29 novembre 2001, ed in riferimento alla approvazione del Piano sanitario 1998-2000, sono stati definiti i *"Livelli Essenziali di Assistenza"* (LEA) ed è stato disciplinato il riparto di spesa per le prestazioni ricomprese nella allegata Tabella 1, punto "1.0 AREA INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA", venendo definitivamente ad essere chiarito che, accanto alle *"prestazioni sanitarie"* in senso stretto, interamente a carico del Servizio sanitario pubblico, si collocavano -in quanto ricomprese nei LEA - le *"prestazioni sanitarie di rilevanza sociale"*, tali dovendo intendersi *"le prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali si è convenuta una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale"* (rimanendo fissato, in Tabella, il tetto di partecipazione alla spesa del Servizio sanitario regionale nella misura del 50% del costo complessivo). La disciplina introdotta dal DPCM del 29.11.2001 ha quindi abbandonato la precedente classificazione, riconducendo nell'ambito del servizio sanitario le prestazioni cd. integrate (di natura sanitaria e socioassistenziale), con la

limitazione dell'intervento della spesa pubblica alla sola parte sanitaria della prestazione che, in quanto non distinguibile sul piano dei singoli servizi erogati, è stata individuata "forfetariamente" - secondo una valutazione legale presuntiva - in termini percentuali pari alla metà dell'importo della retta.

Anche il più recente D.P.C.M. 12 gennaio 2017, entrato in vigore il 19 marzo 2017, che ha integralmente sostituito il D.P.C.M. 29 novembre 2001, aggiornando i L.E.A., ha posto il costo dei trattamenti di "lungo assistenza, recupero e mantenimento funzionale" garantiti in relazione all'assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti (art. 30, comma 1, lett. b) a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 50% della tariffa giornaliera (art. 30, comma 2, seconda parte).

Ciò non esclude che le Regioni, nell'ambito della programmazione degli interventi sociosanitari, possano garantire, ricorrendo alle proprie risorse finanziarie, servizi e prestazioni ulteriori (c.d. "extra L.E.A.") rispetto a quelle incluse nei L.E.A. statali.

Esulano peraltro dall'indicata disciplina quelle prestazioni aventi natura solo socio-assistenziale, che rimangono affidate alla competenza dei Comuni ed alla eventuale partecipazione dei privati alla relativa spesa.

La Regione Veneto si è uniformata alla disciplina nazionale di riferimento, mutuando il criterio di ripartizione percentuale della spesa individuato nella Tabella allegata al D.P.C.M. 29 novembre 2001 nello stabilire che il corrispettivo economico dovuto al gestore per l'accoglienza di persona non autosufficiente in struttura residenziale autorizzata si compone della quota di rilievo sanitario, sulla scorta dell'impegnativa di residenzialità rilasciata dall'ULSS, e della quota alberghiera, gravante direttamente sull'ospite e sui suoi familiari ovvero, in ipotesi di indigenza, sul Comune di iscrizione anagrafica, e specificando altresì che tale seconda quota comprende le voci di costo relative alle spese del personale di assistenza e di quello amministrativo, le spese di amministrazione, le spese generali, gli oneri finanziari ed ammortamenti, gli oneri straordinari, le attività sociali, gli accantonamenti.



4.2 L'appellante invoca a sostegno del proprio assunto la sentenza n. 4558 del 22/03/2012 resa dalla Suprema Corte, che ha fatto applicazione del principio secondo il quale, nel caso in cui oltre alle prestazioni socio-assistenziali siano erogate prestazioni sanitarie, l'attività va considerata comunque di rilievo sanitario, e quindi di competenza ed a carico del SSN; in tal caso, stante la stretta correlazione tra prestazioni sanitarie e assistenziali, non vi sarebbe spazio per una ripartizione degli oneri, che presupporrebbe una scindibilità delle prestazioni, e ciò vale soprattutto in relazione all'assistenza ai malati mentali o disabili psichici, nella quale è frequente (così come avviene per gli anziani affetti da patologie croniche) il carattere misto delle prestazioni effettuate al paziente nell'arco temporale, spesso lungo, della sua degenza.

Ma, come correttamente evidenziato dal giudice di prime cure, la pronuncia della Cassazione invocata dall'è stata resa in vigore del D.P.C.M. 8 agosto 1985, ormai superato da quelli in data 14 febbraio 2001 e 29 novembre 2001; il quadro normativo applicabile *ratione temporis* al caso in esame è dunque ben diverso da quello posto alla base della pronuncia richiamata dall'appellante.

Nel caso di specie, non è in discussione che la prestazione assicurata alla è definibile come prestazione ad elevata integrazione sanitaria, essendo quest'ultima sin dal momento del suo accoglimento affetta da plurime patologie invalidanti, per effetto delle quali necessitava di cure sanitarie continue anche da parte di personale specializzato (infermieristico e medico), senza le quali non avrebbe potuto sopravvivere.

Invero, l'elemento differenziale tra prestazione socio-assistenziale "inscindibile" dalla prestazione sanitaria e prestazione socio-assistenziale "pura", non risiede nella situazione di limitata autonomia del soggetto, non altrimenti assistibile che nella struttura residenziale, ma sta invece nella individuazione di un trattamento terapeutico personalizzato che non può essere somministrato se non congiuntamente alla prestazione socio-assistenziale (v. Cass. 28/11/2017, n. 28321).



Ciò nondimeno, l'inscindibilità del trattamento terapeutico rispetto a quello socio-assistenziale cui l'anziana era sottoposta non conduce, alla luce di quanto sin qui esposto, alla conclusione della nullità del contratto di ricovero stipulato dai familiari della [REDACTED] risultando la quota posta a loro carico legittima in virtù delle previsioni su richiamate.

La circostanza che in questo caso l'intervento "sanitario-socio assistenziale" rimane interamente assorbito nelle prestazioni erogate dal Sistema sanitario pubblico, in quanto la struttura convenzionata/accreditata garantisce all'assistito dal SSR, attraverso il servizio integrato, il programma terapeutico, ed è quindi inserita a pieno titolo nell'ambito organizzativo e funzionale del Servizio sanitario pubblico, non esclude che le tariffe imposte possano prevedere anche la compartecipazione alla spesa di altri enti o degli utenti, ma esclude solamente che le stesse possano essere oggetto di libera pattuizione, in quanto la struttura convenzionata/accreditata eroga una prestazione di servizio (assistenza sanitaria obbligatoria), di contenuto predeterminato, in favore del soggetto cui è assicurata *ex lege* la tutela della salute, affidata al Servizio sanitario pubblico, alle condizioni quali-quantitative ed anche tariffarie determinate dal Piano sanitario nazionale e dai Piani sanitari regionali in base alle risorse finanziarie disponibili, non essendo pertanto ipotizzabili elementi di costo aggiuntivi, variabili a discrezione della struttura convenzionata/accreditata, non ricompresi nella determinazione tariffaria della prestazione sanitaria-socio assistenziale integrata, risultando in palese contrasto con la previsione legale della "assistenza sanitaria obbligatoria" l'esercizio della facoltà, rimessa all'ente erogatore del servizio, di subordinare la "prestazione di cura integrata" ad un previo accordo di natura privatistica con l'utente avente ad oggetto la determinazione in tutto od in parte del corrispettivo.

Ne segue che, ove ricorra la ipotesi predetta (prestazioni congiunte ed indissociabili necessarie ad assicurare la cura e la tutela della salute della persona), è pienamente legittimo il frazionamento "forfetario" della spesa - tra Fondo sanitario nazionale e regionale, da un lato, ed intervento economico integrativo dei Comuni o dei privati, dall'altro -, determinato "in proporzione



della incidenza" che rivestono le prestazioni di differente natura, il quale opera pur sempre nell'ambito delle competenze del Servizio sanitario nazionale in materia di integrazione socio-sanitaria di cui al D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, e dunque rimane assoggettato ai limiti tariffari previsti per la spesa sanitaria, comprensiva nel caso di specie anche delle prestazioni socio-assistenziali integrate (v. la citata Cass. 28/11/2017, n. 28321).

Ora, non è mai stato contestato che l'importo della retta alberghiera che nella convenzione conclusa tra la struttura convenzionata/accreditata ed i familiari dell'assistita è stata posta a carico di questi ultimi è conforme alla ripartizione forfettaria degli oneri prevista dalla normativa nazionale e regionale.

L'accordo sottoscritto dal marito e dal figlio dell'assistita è dunque valido, poiché non addebita ai familiari la quota del costo delle prestazioni posto a carico del Servizio sanitario pubblico.

In altri termini l'importo della retta alberghiera non eccede la quota di partecipazione alla spesa per prestazioni socio-assistenziali previsto dalla legge e per questa ragione non ha alcuna rilevanza la circostanza che con l'invio della lettera raccomandata del 15 aprile 2013, gli abbiano manifestato la volontà di recedere dall'impegno assunto, in quanto l'assunzione volontaria da parte del degente (o di chi per lui) dell'obbligazione di pagamento della retta di accoglienza presso la struttura recettiva non esclude che la fonte dell'obbligo è anzitutto normativa, essendo i parenti tenuti agli alimenti, ed il contratto sottoscritto dalle parti non prevede la facoltà di recesso unilaterale.

5. Il sesto motivo di gravame è inammissibile.

La censura alla sentenza appellata là dove ha affermato che la quota di partecipazione al pagamento della retta da parte dell'assistita e da parte dei parenti va individuata con riferimento all'ISEE dell'intero nucleo familiare di appartenenza e non del solo ospite, non illustra i passaggi argomentativi che hanno condotto il giudice di prime cure a non accogliere la domanda svolta in via subordinata, né le ragioni di dissenso rispetto al percorso seguito dal tribunale, sì che risulta impossibile stabilire se vi siano motivi idonei a



determinare la modifica della decisione censurata, appalesandosi pertanto l'atto di appello *in parte qua* inammissibile ai sensi dell'art. 342 c.p.c..

L'assenza di un indirizzo univoco nella giurisprudenza in ordine alle questioni decise giustifica l'integrale compensazione delle spese di lite.

P.Q.M.

La Corte d'Appello di Venezia,
definitivamente pronunciando, *contrariis rejectis*:

- 1) rigetta l'appello e conferma la sentenza impugnata;
- 2) compensa interamente le spese del presente grado di giudizio;
- 3) dà atto che sussistono a carico di parte appellante i presupposti per l'applicazione dell'art. 13, comma 1, quater del d.p.r. n. 115 del 2002 (T.U. in materia di spese di giustizia).

Così deciso in Venezia, nella Camera di Consiglio del 02.07.2019.

Il Consigliere estensore

Enrico Schiavon

Il Presidente

Cinzia Balletti

