



REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale di Rimini, in composizione monocratica, in persona del Giudice Dott. Lorenzo Maria Lico, ha pronunciato la seguente

**SENTENZA**

nella causa iscritta al n. 2335 del Ruolo generale degli affari contenziosi civili dell'anno 2018 e promossa da:

██████████ (C.F. ██████████  
rappresentata e difesa dall'avv. ██████████  
(C.F. ██████████ elettivamente domiciliata  
in ██████████ ██████████ ██████████, 47921 RIMINI presso lo  
studio dell'Avv. ██████████;

ATTORE

Contro

██████████ (C.F. ██████████  
██████████ rappresentata e difesa dall'avv.  
██████████ ██████████ ██████████ ██████████),  
elettivamente domiciliata in VIA ██████████ ██████████  
51, 47121 FORLI' presso il difensore avv. ██████████  
██████████

CONVENUTA



Contro

**REGIONE EMILIA ROMAGNA** (C.F. 80062590379),  
rappresentata e difesa dall'avv. [REDACTED]  
[REDACTED] (C.F. [REDACTED])  
elettivamente domiciliata in VIA [REDACTED], 40122  
BOLOGNA presso il difensore avv. [REDACTED]  
[REDACTED]

CONVENUTA

Contro

**AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE DELLA ROMAGNA**  
(C.F. 02483810392), rappresentata e difesa  
dall'avv. [REDACTED] (C.F. [REDACTED])  
elettivamente domiciliata in VIA [REDACTED] c/o  
AUSL RA 48121, RAVENNA;

CONVENUTA

Nei confronti di

**COMUNE DI RIMINI** (C.F. 00304260409), rappresentata  
e difesa dall'avv. [REDACTED] (C.F. [REDACTED])  
[REDACTED] elettivamente domiciliata  
presso l'indirizzo PEC del difensore  
[REDACTED]

TERZA CHIAMATA

CONCLUSIONI:

PER PARTE ATTRICE, come da note di trattazione  
scritta del 14.2.2022;



PER PARTE CONVENUTA [REDACTED]

"[REDACTED]" come da note di trattazione scritta del 4.3.2022;

PER PARTE CONVENUTA REGIONE EMILIA ROMAGNA, come da note di trattazione scritta del 3.3.2022;

PER PARTE CONVENUTA AZIENDA USL DELLA ROMAGNA, come da foglio di precisazione delle conclusioni del 2.3.2022;

PER PARTE TERZA CHIAMATA, come da foglio di precisazione delle conclusioni del 3.3.2022.

OGGETTO: ALTRI CONTRATTI ATIPICI

**MOTIVI DELLA DECISIONE**

Con atto di citazione ritualmente notificato [REDACTED] (in qualità di amministratore di sostegno di [REDACTED] adiva il Tribunale di Rimini al fine di ottenere una pronuncia di accertamento negativo quanto all'obbligo di pagamento della retta per il ricovero presso la Casa Residenza per anziani "[REDACTED]" con conseguente dichiarazione di nullità ex art. 1418 c.c. degli atti unilaterali d'obbligo a tal fine sottoscritti in data 23.5.2013 e 31.7.2015, oltre che la condanna dei convenuti, in solido tra loro (Casa residenza per anziani "[REDACTED]" Azienda unità sanitaria locale della Romagna e Regione Emilia-Romagna, alla restituzione della somma complessiva di euro 85.500,00, oltre interessi (versata a titolo di c.d. "retta alberghiera" e



per le prestazioni sanitarie e/o assistenziali erogate a favore dell'attrice).

Allegava, in particolare, parte attrice che:

- In data 25.5.2013, [REDACTED] [REDACTED] affetta da morbo di Alzheimer ed invalida al 100%, veniva ricoverata, a tempo indeterminato, presso la Casa residenza per anziani "[REDACTED] [REDACTED] sita in [REDACTED];
- In data 23.5.2013, [REDACTED] [REDACTED] nella sua qualità di amministratrice di sostegno, si obbligava a corrispondere in favore della casa di residenza la retta giornaliera di euro 49,50, successivamente aumentata, in data 31.7.2015, ad euro 50,05. Tale impegno doveva considerarsi nullo ex art. 1418 c.c. per contrarietà a norme imperative o, comunque, per assenza di causa;
- Non sussisteva in capo all'attrice alcun obbligo di pagamento della c.d. "retta" per il ricovero, posto che [REDACTED] [REDACTED] risultava affetta dal morbo di Alzheimer. In particolare, per i soggetti malati di Alzheimer o demenza senile, l'orientamento della maggioritaria giurisprudenza di legittimità, a far data dalla pronuncia n. 4558 del 2012, aveva introdotto una specifica tutela ad hoc, che poneva a carico del servizio sanitario nazionale (ora regionale) i costi di cura per le prestazioni sanitarie, ivi comprese quelle assistenziali;



- In ogni caso, le prestazioni erogate in favore della paziente dovevano essere qualificate come "socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria", per cui il costo delle stesse incombeva sull'AUSL, sulla Regione Emilia-Romagna ovvero sul Comune di Rimini, ciascuno per la propria quota;
- Ancora, i malati di Alzheimer dovevano ritenersi sempre bisognosi di prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria, con la conseguenza che per tali soggetti tutta la spesa doveva ritenersi posta a carico della collettività;
- Quanto al D.P.C.M. 14.2.2011 e s.m.i. ed alle leggi regionali di attuazione ed esecuzione vigenti in materia, le stesse dovevano ritenersi contrarie alla legge ed alla Costituzione (in materia sanitaria vi è una riserva di legge a favore dello Stato), con conseguente obbligo per il giudice adito di disapplicare tale normativa e di applicare il c.d. "diritto vivente" enucleato dalla giurisprudenza di legittimità e di merito.

Si costituiva in giudizio la convenuta Casa di residenza per anziani "██████████ ██████████" la quale chiedeva il rigetto integrale delle domande attoree, in quanto infondate in fatto ed in diritto.

Allegava, in particolare, che:

- Il costo di tutte le prestazioni accreditate



che [REDACTED] [REDACTED] poteva erogare in favore degli utenti del SSN costituiva oggetto di apposita previsione contrattuale sottoscritta in data 30.11.2011 tra il Consorzio, l'Azienda USL della Romagna ed i singoli comuni del circondario di Rimini (contratto successivamente sostituito in data 29.6.2018). Tale contratto distingueva tra prestazioni esclusivamente sanitarie (a carico del bilancio dell'Azienda USL della Romagna e del Fondo Sanitario Regionale) e le "restanti attività", queste ultime in parte a carico della parte pubblica ed in parte versate direttamente dall'utente a titolo di "retta", fatte salve le situazioni di particolare indigenza dell'utente medesimo (in tal caso, all'utente subentrava il Comune di residenza);

- Il ricovero di [REDACTED] [REDACTED] era avvenuto in data 25.5.2013, dunque sotto la vigenza di un quadro normativo, quello del 2001, differente e successivo rispetto a quello preso in esame dalle sentenze citate dall'attrice. La nuova disciplina prevedeva, in materia di prestazioni sanitarie e di livelli essenziali di assistenza che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, una ripartizione delle spese tra Sistema Sanitario Nazionale, Regione ed utente;
- Ancora, in virtù della normativa applicabile



*ratione temporis*, gli atti unilaterali d'obbligo sottoscritti dall'amministratore di sostegno dovevano ritenersi pienamente validi e produttivi di effetti;

- La malattia di Alzheimer, per sua stessa natura, non ha una fase post acuta o comunque di durata breve e definita, ma richiede una lunga assistenza. Conseguentemente, le esigenze strettamente sanitarie di [REDACTED] [REDACTED] risultavano residuali rispetto a quelle socioassistenziali.

Infine, chiedeva di essere autorizzata alla chiamata in causa del Comune di Rimini, formulando domanda di manleva sia nei confronti di quest'ultimo che dell'Azienda USL della Romagna, per le relative quote di spettanza, al fine di essere tenuta indenne dal danno economico derivante dall'eventuale obbligo di restituzione delle rette incassate, nonché dell'eventuale mancato incasso delle rette ancora da riscuotere.

Si costituiva in giudizio anche AUSL della Romagna, la quale contestava le deduzioni avversarie e ricostruiva la normativa nazionale e regionale in materia, sostenendo la necessaria compartecipazione, secondo una quota forfettariamente predeterminata, tra servizio sanitario nazionale, ora regionale, e malato-utente. In particolare, formulava domanda di chiamata in causa del Comune di Rimini, al fine di consentire una piena integrazione del



contraddittorio ed ottenere la propria estromissione dal giudizio, ritenendosi priva di legittimazione passiva. Quanto ai contratti sottoscritti per conto e nell'interesse di [REDACTED] [REDACTED] gli stessi erano pienamente validi e rientravano nella categoria dei contratti a favore di terzi.

La convenuta Regione Emilia-Romagna aderiva alla posizione dell'AUSL della Romagna e della casa di residenza per anziani, evidenziando sia l'infondatezza delle domande formulate dall'attrice sia la carenza di prova circa la natura delle prestazioni fruite da [REDACTED] [REDACTED] durante il ricovero. Eccepiva, altresì, il proprio difetto di legittimazione passiva rispetto alla domanda di restituzione, posto che la stessa non aveva mai ricevuto le somme oggetto di giudizio.

Il Giudice, con ordinanza del 2.7.2019, autorizzava la chiamata in causa del terzo Comune di Rimini, il quale si costituiva aderendo sostanzialmente alle difese delle altre convenute ed eccependo la propria carenza di legittimazione passiva. In particolare, il Comune precisava come non fosse tenuto ad alcun pagamento, stante l'insussistenza, nel caso di specie, di una situazione di indigenza della paziente.

In sede di prima memoria ex art. 183, comma 6, c.p.c., parte attrice estendeva la domanda anche nei confronti di parte terza chiamata.

La causa veniva istruita mediante produzioni



documentali.

All'udienza del 9.3.2022, tenutasi con modalità da remoto ai sensi dell'art. 11, comma 4, DL n. 34 del 2020 come modificato dalla L. n. 77 del 2020, le parti precisavano le conclusioni ed il Giudice tratteneva la causa in decisione.

\*\*\*

La domanda non è fondata e va pertanto rigettata per i seguenti motivi.

**1. Sulla disciplina applicabile e sulle eccezioni di difetto di legittimazione passiva sollevate da AUSL Romagna, Regione Emilia-Romagna e Comune di Rimini.**

Quanto alla disciplina applicabile al caso di specie, ritiene il Tribunale di non poter condividere le argomentazioni prospettate da parte attrice, per le seguenti ragioni.

Innanzitutto, si deve osservare come le vicende fattuali del presente giudizio, quanto al ricovero presso la casa di residenza per anziani "Villa Salus" (previsto a tempo indeterminato) ed all'accertamento sulla patologia di cui soffre la paziente [REDACTED] [REDACTED] (morbo di Alzheimer), non siano state specificamente contestate dalle parti (le quali le hanno addirittura ammesse), costituendo, pertanto, circostanze pacifiche che possono essere poste a fondamento della decisione ai sensi dell'art. 115, comma 1 c.p.c. (vedi documenti nn. 6 e 7, allegati alla comparsa di costituzione della convenuta [REDACTED] [REDACTED])



Ciò posto, in materia di prestazioni socio-sanitarie, assume rilievo una molteplicità di fonti normative (leggi nazionali e regionali, delibere, decreti), i quali hanno introdotto all'interno dell'ordinamento giuridico, a far data dall'anno 2001, un nuovo principio che regola la ripartizione complessiva dei costi relativi alle prestazioni sanitarie ed assistenziali, imputandoli, a seconda dei casi ed in presenza di determinati presupposti, a carico del S.S.R. (Servizio Sanitario Regionale), dell'utente e del comune di residenza di quest'ultimo (vedi in particolare la legge n. 328 del 2000, la legge regionale n. 2 del 2003 e la legge regionale n. 27 del 2004, le delibere nn. 509 del 2007 e 2110 del 2009 della Giunta della Regione Emilia-Romagna, i D.P.C.M. del 14.2.2001, del 29.11.2001 e del 12.1.2017 e s.m.i., i cui testi sono stati allegati dalle convenute in sede di costituzione).

In generale, da una lettura complessiva di tale normativa, che si pone in continuità a quanto espressamente previsto ex art. 117 Cost. (che attribuisce alla potestà legislativa esclusiva dello Stato la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni, anche sanitarie, i c.d. L.E.A., ed alla potestà legislativa concorrente delle Regioni la tutela della salute), si ricava che alle Regioni è stato affidato il potere di stabilire la ripartizione sociale e sanitaria dei costi delle prestazioni



sociosanitarie per i soggetti non autosufficienti o disabili, nonché di determinare i criteri per il concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni. Quanto alle R.S.A., la quota sociale viene poi gestita fra l'utente ed il comune di residenza, il quale decide come ripartire la spesa sulla base di criteri regionali.

Ciò chiarito in punto di normativa che regola la materia, si deve osservare come, nel caso di specie, risulti pacificamente confermato e documentalmente provato che la paziente ██████████ ██████████ sia stata ricoverata presso la casa di riposo per anziani "██████████ ██████████" in data 30.5.2013, dunque in un momento successivo alla data di entrata in vigore della disciplina sopra individuata.

In applicazione delle regole generali che disciplinano la c.d. successione di leggi nel tempo, nella fattispecie in esame, deve trovare applicazione la disciplina sopra richiamata, in quanto l'unica esistente al momento in cui è avvenuto il ricovero della paziente. Non può, invece trovare applicazione la precedente disciplina invocata da parte attrice, posto che la stessa si riferisce a ricoveri avvenuti in data anteriore alla riforma del Titolo V della Costituzione che, come sopra già osservato, ha introdotto una ripartizione di competenze tra Stato e Regioni in materia sanitaria, rivoluzionando l'intero sistema che in precedenza



regolamentava la suddetta materia.

Ad ogni modo, alla luce di quanto sopra, ritiene altresì il Tribunale di non poter accogliere né le eccezioni di carenza di legittimazione passiva sollevate da AUSL Romagna, dalla Regione Emilia-Romagna e dal Comune di Rimini, né la pretesa avanzata dall'attrice di disapplicare i D.P.C.M. del 2001 in quanto fonti secondarie in contrasto con la legge ovvero incostituzionali.

Quanto all'eccezione di difetto di legittimazione passiva, è sufficiente osservare come la normativa sopra individuata, come tra l'altro prospettato dalle stesse convenute nei propri scritti difensivi, abbia introdotto una ripartizione "complessa" dei costi relativi alle prestazioni erogate in favore della paziente, a seconda della natura e della classificazione delle stesse. Tale argomento costituisce oggetto di contestazione tra le parti, pertanto risulta evidente l'interesse delle stesse alla partecipazione del giudizio, potendo astrattamente ciascuna di esse essere chiamata alla ripetizione delle somme in favore dell'attrice ovvero avere comunque un interesse ad un accertamento positivo di debenza delle stesse in capo a quest'ultima.

Con riferimento alla pretesa avanzata da parte attrice di disapplicazione dei D.P.C.M. del 2001 e s.m.i., ritiene il Tribunale che tali provvedimenti non siano contrari alla legge, bensì



ne costituiscano una corretta applicazione.

Sul punto, come già osservato, il D.P.C.M. del 14.2.2001, in conformità con l'art. 117 Cost. e con la legge n. 833 del 1978 (legge istitutiva del Sistema Sanitario Nazionale), demanda alla Regione la definizione dei criteri di partecipazione degli utenti alla spesa per le prestazioni sanitarie loro erogate. Ancora, il D.P.C.M. del 29.11.2001 trova riscontro in una fonte primaria, essendo richiamato dalla legge finanziaria n. 289 del 2002.

Sulla questione di legittimità costituzionale dei D.P.C.M. del 2001, ritiene il Tribunale che la stessa sia inammissibile poiché i provvedimenti in questione costituiscono fonti secondarie del diritto e, in quanto tali, sono escluse dal vaglio di costituzionalità ai sensi dell'art. 134 Cost.

In conclusione, ritiene il Tribunale che la disciplina applicabile al caso di specie sia quella richiamata dalle convenute, con particolare riferimento ai D.P.C.M. del 14.2.2001 e del 29.11.2001, nonché successive modifiche ed integrazioni, da leggere in combinato disposto con le altre fonti del diritto che regolamentano la materia sanitaria.

**2. Nel merito, sulla domanda formulata da parte attrice.**

Chiarita la disciplina applicabile al caso di specie, la domanda di restituzione di quanto versato dall'attrice per il ricovero di [REDACTED]



██████████ (affetta dal morbo di Alzheimer) presso la Casa di residenza per anziani "██████████ ██████████" sul presupposto che tutte le spese dovevano ritenersi a carico del S.S.N. (ora Regionale), deve essere rigettata per le seguenti ragioni.

In primo luogo, in linea con il D.P.C.M. del 14.2.2001, il D.P.C.M. del 29.11.2001 prevede espressamente, nel caso in cui la componente socio assistenziale e la componente sanitaria prestata non siano concretamente distinguibili, la compartecipazione forfettaria dell'utente ai costi per l'erogazione di servizi di "lungo assistenza" in favore di anziani non autosufficienti in strutture residenziali (vedi pagine 30 e seguenti del D.P.C.M. citato, allegato dal Comune di Rimini quale documento n. 2 in sede di comparsa).

Ciò posto, risulta altresì dirimente osservare come la disciplina relativa ai costi delle prestazioni possa variare non solo da regione a regione, ma anche con riferimento al singolo comune di residenza (nel rispetto del principio di attribuzione ex art. 117 Cost.). Per questi motivi, ritiene il Tribunale che non siano decisive le argomentazioni svolte da parte attrice circa l'applicabilità in astratto di una serie di principi enunciati dalla giurisprudenza di merito formatasi su contesti normativi propri di altri ordinamenti regionali, rendendosi necessario fare esclusiva applicazione, nel caso di specie, della disciplina vigente, *ratione loci*, nella Regione



Emilia-Romagna.

Sul punto, la Regione Emilia-Romagna, mediante la delibera n. 2110 del 2009 e s.m.i. (che definisce il sistema di remunerazione dei servizi sociosanitari erogati in regime di accreditamento), ha distinto i costi relativi alle prestazioni di carattere indubbiamente sanitario (a prescindere dalla circostanza che le stesse siano erogate direttamente dall'AUSL territorialmente competente ovvero dal soggetto gestore del servizio accreditato), dalle prestazioni sociosanitarie e socioassistenziali. Nel primo caso, le prestazioni sono state poste integralmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale mediante il Fondo Sanitario Regionale; nel secondo caso, per le prestazioni in cui la prevalenza della componente sanitaria rispetto a quella sociale, e viceversa, risulta difficilmente distinguibile, per ogni tipologia di servizio, la regione ha definito un costo di riferimento giornaliero, suddiviso in due quote, una a carico del Fondo Regionale per la non autosufficienza e l'altra a carico dell'utente (vedi punto 4. Delibera regionale n. 2110 del 2009). Ancora, la medesima delibera ha determinato in euro 53,50 il costo *pro die* dell'assistenza.

Dunque, in linea generale spetta all'utente corrispondere la quota parte delle spese relative a prestazioni sanitarie-assistenziali tra loro inscindibili, salvo che la parte che vi ha



interesse dimostri di versare in stato di indigenza (in tale ipotesi la quota parte dell'utente viene posta a carico del comune di residenza) ovvero dimostri che le prestazioni erogate in favore del paziente possono essere qualificate come "socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria".

Ciò posto, diversamente da quanto sostenuto da parte attrice, le pronunce della Suprema Corte da quest'ultima richiamate, pur introducendo una disciplina di favore in presenza di soggetti affetti da determinate patologie (ivi incluso il morbo di Alzheimer), non affermano la configurabilità di una deroga "automatica" all'applicazione della normativa nazionale e regionale vigente in materia, richiedendo a tal fine la sussistenza di determinati requisiti.

Infatti, la gratuità delle prestazioni erogate all'utente non può essere affermata in astratto, richiedendo sempre una valutazione concreta sulla natura delle prestazioni e sulla effettiva inscindibilità delle prestazioni di natura sanitaria da quelle assistenziali.

In particolare, la giurisprudenza di legittimità ha precisato che *"l'elemento differenziale tra prestazione socio-assistenziale "inscindibile" dalla prestazione sanitaria e prestazione socio-assistenziale "pura", non sta, pertanto, 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, cosicché se vengono erogate prestazioni aventi sicuramente natura non sanitaria, ossia prestazioni esclusivamente di natura sociale-assistenziale, o, laddove non si possa invece evidenziare quali trattamenti sanitari si siano praticati e non sia possibile verificare se la normativa applicabile debba essere ricondotta alla prestazione (sanitaria) integrata, ovvero invece alla prestazione di carattere meramente assistenziale, è stato ritenuto legittimo il potere della Residenza per degenti di convenire con l'utente un importo della retta" (vedi Cass. n. 16409 del 2021; in senso conforme anche Cass. n. 19462 del 2014 e n. 17234 del 2017).

Ancora, sulla stessa linea interpretativa, la giurisprudenza di legittimità ha ribadito che "ciò che rileva ai fini dell'assistenza sanitaria obbligatoria è la presenza di un piano di cura personalizzato. Al contrario, qualora la prestazione socioassistenziale prescindendo dalla congiunta realizzazione dello scopo terapeutico (ossia nel caso in cui il ricovero nella struttura residenziale non sia accompagnato da un "piano di cura personalizzato"), la prestazione rimane estranea all'ambito dell'assistenza sanitaria



*obbligatoria*" (vedi Cass. n. 21528 del 2021).

In altre parole, non può discutersi in termini generali di un diritto assoluto ed incompressibile da parte dell'utente, seppur affetto da gravi patologie, di ottenere prestazioni sanitarie a completo carico del sistema sanitario, essendo lo stesso legislatore, alla luce del tessuto normativo sopra sommariamente delineato, a ritenere d'intesa con gli enti territoriali che certe prestazioni assistenziali e sanitarie, laddove erogate in ricoveri di "lungodegenza" ovvero quando risultino operativamente indistinguibili, siano poste anche a carico dell'utente.

In applicazione dei principi sopra enunciati al caso di specie, ritiene il Tribunale che il riparto delle spese tra ente pubblico e paziente sia stato applicato in maniera legittima dalla struttura di riferimento, in forza dei più volte citati D.P.C.M. e della delibera attuativa della Regione Emilia-Romagna attualmente vigenti, per le seguenti ragioni.

Innanzitutto, l'onere di provare la natura delle prestazioni e la qualificazione delle stesse incombeva sull'attrice, la quale era tenuta a dimostrare i fatti costitutivi del proprio diritto ex art. 2697 c.c. Ebbene, l'attrice non ha fornito alcun elemento utile a consentire al Giudice di individuare la natura e la quantità delle prestazioni erogate in favore della paziente, né



ha dato prova della previsione di un trattamento terapeutico personalizzato in favore di [REDACTED]

Dalle produzioni documentali in atti, infatti, emerge esclusivamente la circostanza, tra l'altro non contestata, che la paziente, al momento del ricovero, fosse affetta dal morbo di Alzheimer e bisognosa di assistenza continua (vedi documenti nn. 6 e 7, allegati dalla casa di residenza per anziani in sede di comparsa), mentre non vi è alcuna prova circa la prevalenza ed esclusività delle prestazioni sanitarie rispetto a quelle assistenziali.

In altre parole, la mancata produzione in giudizio delle cartelle cliniche della paziente, di eventuali certificati medici ovvero di ogni altro elemento idoneo a consentire al Giudice di individuare le prestazioni di cui la paziente necessitava (e di cui tutt'ora necessita), rendono infondate le domande di restituzione e di accertamento formulate dall'attrice.

Ciò posto, vale la pena chiarire che tale prova non poteva essere raggiunta con l'ammissione della CTU medico legale richiesta dall'attrice in sede di seconda memoria ex art. 183, comma 6 c.p.c.

Infatti, pur alla luce della recente evoluzione giurisprudenziale sul punto, può continuare a ribadirsi che la consulenza tecnica d'ufficio non può esimere la parte dal rispetto



dell'onere di allegazione e prova dei fatti rilevanti ai fini della decisione, di cui è chiamata a fornire prova a norma dell'art. 2697 c.c. In particolare, va esclusa l'ammissibilità di una consulenza tecnica "esplorativa", dovendosi considerare tale quella che, come nel caso di specie, viene richiesta in assenza, a monte, di una specifica allegazione di fatti costitutivi da porre a fondamento della domanda (a titolo esemplificativo, l'esistenza di un programma terapeutico personalizzato in favore di [REDACTED] nonché, a valle, di un sostrato documentale (di cui la parte ben poteva venire in possesso e far confluire nel giudizio) idoneo ad essere sottoposto all'analisi peritale.

Quanto alle ulteriori istanze istruttorie richieste da parte attrice (ordini di esibizione ex art. 210 c.p.c.), le stesse vanno ritenute esplorative, in quanto non è provata la circostanza che la parte si sia infruttuosamente attivata per ottenere la documentazione richiesta (in violazione del principio per cui l'ordine di esibizione si connota come *extrema ratio*, al fine di evitare aggiramenti dell'onere di allegazione delle parti e non può essere richiesta per acquisire documentazione che la parte avrebbe potuto acquisire e produrre in giudizio).

In conclusione, in assenza della prova di un programma terapeutico e di fronte all'esistenza, conclamata ed originaria, nell'anziana [REDACTED]



██████ di una malattia cronico-degenerativa non suscettibile di regressione ma comportante una fase di lungo assistenza (nella quale, in assenza di prova contraria, la componente sanitaria e quella sociale si devono presumere non operativamente distinguibili), deve ritenersi corretta la ripartizione forfettaria degli oneri, con conseguente rigetto delle domande formulate dall'attrice.

È solo il caso di chiarire, con riferimento ai rapporti tra parte attrice ed il Comune di Rimini, che priva di rilevanza sarebbe qualsiasi argomentazione in relazione al profilo dell'indigenza (ai fini dell'eventuale riconoscimento dell'obbligo del Comune di corrispondere il 50% della retta in favore dell'assistita) in quanto dalla documentazione prodotta da parte chiamata si desume l'insussistenza di tale presupposto, alla luce delle somme percepite da ██████ ██████ a titolo di pensione e di indennità di accompagnamento.

Accertata la legittimità della contribuzione alle spese da parte dell'utente, consegue altresì la piena validità dei contratti stipulati dall'amministratrice di sostegno, nell'interesse della paziente, aventi ad oggetto il pagamento della "retta assistenziale".

### **3. Sulle spese di lite.**

In ragione della particolare complessità della normativa che regola la fattispecie oggetto



di causa, nonché della non omogenea giurisprudenza di merito in ordine all'applicazione in concreto della stessa, ritiene il Tribunale che sussistano giusti motivi che consentono l'integrale compensazione delle spese di lite tra le parti.

**P.Q.M.**

Il Tribunale di Rimini, definitivamente pronunciando sulle domande proposte da [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] contro [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna, Regione Emilia-Romagna e nei confronti del Comune di Rimini, disattesa ogni contraria istanza, deduzione ed eccezione, così provvede:

- Rigetta la domanda;
- Compensa integralmente le spese di lite tra tutte le parti.

Rimini, il 10 giugno 2022

Il Giudice  
dott. Lorenzo Maria Lico  
(atto sottoscritto digitalmente)

