



REPUBBLICA ITALIANA
In nome del popolo italiano
TRIBUNALE DI FIRENZE
Sezione Terza Civile

Il Giudice, dott. Massimo Maione Mannamo, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nel procedimento civile n. 5821/2020 R. G. Affari Contenziosi, avente ad
oggetto: "Prestazioni sanitarie"

VERTENTE

TRA

██████████ **srl**, rappresentata e difesa dagli avv.ti ██████████
██████████

-Attrice-

E

AUSL TOSCANA CENTRO, rappresentata e difesa dagli avv.ti ██████████
██████████

-Convenuta-



[REDACTED]

-Convenuti contumaci-

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

Con atto di citazione ritualmente notificato in data 4.6.2020, [REDACTED] [REDACTED] spa evocava in giudizio innanzi al Tribunale di Firenze la AUSL TOSCANA CENTRO, [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

[REDACTED] chiedendo la condanna della Aziende Sanitaria Toscana, dell'Azienda reggina e della [REDACTED] in solido tra loro, al pagamento in suo favore della retta relativa alla degenza di [REDACTED] [REDACTED] presso una propria struttura sanitaria.

In subordine chiedeva la condanna anche di [REDACTED] [REDACTED] in solido con le altre convenute, al pagamento della retta.

Premetteva parte attrice, a fondamento della propria pretesa, di essere società che comprende il [REDACTED] [REDACTED] ed il [REDACTED] [REDACTED] ovvero sia due strutture che erogano prestazioni sanitarie ed ospedaliere in regime di accreditamento e convenzionamento con il Servizio Sanitario Nazionale e che [REDACTED] [REDACTED] risultava ricoverata ininterrottamente a decorrere dal 15 Giugno 2017 presso il [REDACTED] nell'ambito di un *«percorso di continuità assistenziale post-dimissione»*.

Le rette giornaliere relative al ricovero erano state corrisposte ininterrottamente, dal 15 Giugno 2017 sino al 13 Luglio 2018, dall'Azienda USL Toscana Centro che se ne era fatto carico.



Tanto premesso esponeva che il Direttore della AUSL Toscana Centro, con missiva del 12 Luglio 2018 trasmessa anche [REDACTED] aveva comunicato a [REDACTED] srl che non avrebbe più corrisposto la retta di degenza della [REDACTED] poiché non erano previste le «*compensazioni extraregionali*», precisando inoltre che aveva «*provveduto ad avvertire la ASL di residenza dell'utente in oggetto, ricoverata presso codesta struttura in lungodegenza, della necessità del trasferimento della stessa in setting di alta intensità extraospedaliera*» e che, di conseguenza, la [REDACTED] [REDACTED] srl avrebbe dovuto fatturare per le prestazioni rese direttamente alla ASL di Reggio Calabria.

Aggiungeva che, così come prospettato dalla AUSL Toscana, aveva cominciato a fatturare alla ASL reggina la quale, con atto dirigenziale n. 571 del 20 Settembre 2018, aveva effettivamente preso atto del ricovero della [REDACTED] presso [REDACTED] [REDACTED] a fini riabilitativi, a seguito delle dimissioni della paziente dal [REDACTED] e del suo trasferimento in Toscana, autorizzato il ricovero ed imputato la somma di € 12.700,00 per il pagamento della retta giornaliera per 50 giorni senza, tuttavia, aver mai corrisposto alcunché.

Lamentava che sia la AUSL Toscana Centro che la ASP di Reggio Calabria si erano «*disinteressate*» della situazione della [REDACTED] senza che nessuna delle due aziende provvedesse al pagamento delle spese di degenza.

Deduceva, quindi, la sussistenza dell'obbligo di pagamento della retta, quale obbligazione avente fonte direttamente nella legge, in capo alla AUSL Toscana Centro in quanto il ricovero della [REDACTED] era avvenuto su iniziativa della Azienda Toscana, così che in forza dei principi di correttezza e buona fede nonché della peculiarità delle prestazioni rese da [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] di natura prevalentemente sanitaria ed inerenti la tutela del diritto alla salute costituzionalmente protetto, su tale azienda doveva gravare il costo della degenza della paziente.



In via alternativa, e qualora fosse stato accertato che gli obblighi dell'azienda toscana erano cessati alla data del 12 Luglio 2018, dal giorno successivo il pagamento della retta di degenza della [REDACTED] avrebbe dovuto gravare sulla [REDACTED] quale luogo di residenza della paziente.

Deduceva, in ipotesi, la responsabilità contrattuale ed extracontrattuale della [REDACTED] essendosi questa 'accollata' per fatti concludenti i costi della propria degenza.

Avanzava ancora in via subordinata nei confronti dei predetti soggetti, nonché della [REDACTED] quale ente che nell'ordinamento regionale assicura il coordinamento e l'erogazione delle prestazioni a carattere socio assistenziale e sanitario, la medesima domanda di condanna ai sensi dell'art. 2041 cc per ingiustificato arricchimento.

Si costituiva la AUSL TOSCANA CENTRO la quale, contestando quanto *ex adverso* dedotto, chiedeva il rigetto della domanda di parte attrice in quanto infondata in fatto e in diritto.

Eccepiva il proprio difetto di legittimazione passiva in quanto, al momento dell'ingresso della [REDACTED] nella struttura fiorentina, le prestazioni rese di carattere riabilitativo rientravano degli accordi interregionali di compensazione della mobilità sanitaria extra regionale.

Tuttavia, posto che successivamente le condizioni di salute della paziente erano peggiorate a seguito di arresto cardio respiratorio e conseguenza assenza di attività respiratoria spontanea con necessità di assistenza 24 ore su 24, l'AUSL Toscana Centro aveva evidenziato con missiva del 15 Giugno 2018 che tali prestazioni non rientravano tra quelle compensabili tra regioni e quindi avrebbero dovuto essere addebitate all'azienda sanitaria di residenza.

Chiedeva, pertanto, il rigetto della domanda attorea.



Non si costituivano [REDACTED]

[REDACTED] delle quali, pertanto, veniva dichiarata la contumacia.

A seguito del decesso in data 20 Ottobre 2020 della convenuta contumace [REDACTED] parte attrice riassumeva il processo nei confronti degli eredi di questa i quali, anch'essi, non si costituivano.

La causa, documentalmente istruita, sulle conclusioni delle parti così come rassegnate a verbale, veniva trattenuta in decisione all'udienza del 29.11.2022, assegnati i termini di legge per il deposito di comparse conclusionali e memorie di replica.

MOTIVI DELLA DECISIONE

Ritiene questo giudice che la domanda di parte attrice vada accolta nei confronti della ASP di Reggio Calabria, mentre debba essere rigettata nei confronti degli altri soggetti evocati in giudizio.

Va premesso tuttavia- prima di individuare quale, tra i soggetti evocati in giudizio, sia tenuta al pagamento- che la retta relativa al ricovero di [REDACTED] [REDACTED] devono essere poste totalmente a carico del SSN poiché le prestazioni sanitarie rese sono da considerare "inscindibili" da quelle socio-assistenziali.

Tale era la situazione clinico/sanitaria della [REDACTED] al momento del ricovero presso la struttura convenzionata di parte attrice, per come emerge dalla documentazione prodotta:

- 1) soggetto colpito da trombosi cerebrale con infarto cerebrale;
 - 2) *«encefalopatia post – anossica da ACR (GCS 5)»* con sottoposizione a *«tracheostomia e ventilazione meccanica invasiva continua con supporto di ossigeno PEG c.v.a a permanenza»* (docc. 11 e 12 fasc. parte attrice);
- la paziente *«non si trova attualmente nella possibilità di essere inserita in un percorso socio-sanitario»* (doc. n. 11)



- «necessità cliniche richiedono **la presenza del medico sulle 24h** e quindi risulta indispensabile la permanenza in un setting sanitario residenziale».

A fronte di tale situazione sanitaria alcun esborso può essere chiesto alla paziente.

Si valuti, al riguardo, la normativa di riferimento.

L'articolo 30 della l. n. 730 del 1983 così recita: «Per l'esercizio delle proprie competenze nelle attività di tipo socio - assistenziale, gli enti locali e le regioni possono avvalersi, in tutto o in parte, delle unità sanitarie locali, facendosi completamente carico del relativo finanziamento. Sono a carico del fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio - assistenziali. Le unità sanitarie locali tengono separata contabilità per le funzioni di tipo socio assistenziale ad esse delegate».

L'art. 3 co 3 del DPCM del 14 Febbraio 2001, poi, fornisce una precisa definizione delle prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria nei seguenti termini: «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».

L'art. 3-septies, comma 4, del decreto legislativo n. 502 del 1992, prevede a sua volta: «Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, **patologie psichiatriche** e dipendenze da droga, alcool farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative».

Ebbene, sulla scorta del predetto quadro normativo la giurisprudenza di legittimità, nel solco di un orientamento ormai consolidato, ha avuto modo di affermare che «in tema di prestazioni a carico del S.S.N., l'art. 30 della l. n. 730 del 1983 - che per la prima volta ha menzionato le attività di rilievo sanitario connesse con quelle assistenziali - **deve essere interpretato**, alla stregua della l. n. 833 del 1978 che prevede l'erogazione gratuita delle prestazioni a tutti i cittadini, entro i livelli di assistenza uniformi definiti con il piano sanitario nazionale, **nel senso che, nel caso in cui oltre alle prestazioni socio-assistenziali siano erogate prestazioni sanitarie, tale attività, in quanto diretta in via prevalente alla tutela della salute, va considerata comunque di rilievo sanitario e, pertanto di competenza del S.S.N.**»(Cass. n. 22776/2016; in senso conforme anche la successiva Cass. n. 21528/2021).

In tal senso si deve affermare 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. 22776/2016 cit.).



La componente meramente assistenziale -rinvenibile, ad esempio, qualora l'assistenza fornita a degenti sia meramente sostitutiva delle cure familiari- non può essere scissa, nel caso in questione, da quella sanitaria erogata con continuità ad un soggetto non autosufficiente, affetto, come già osservato, da encefalopatia post-anossica, senza alcuna possibilità (all'evidenza) di ricevere cure domiciliari e, anzi, necessitato a ricevere prestazioni sanitarie 24 ore su 24. Quanto al soggetto obbligato al rimborso della retta- escluso, lo si ripete, che tale possa essere la paziente- sono stati affermati dalla giurisprudenza di legittimità i seguenti principi:

- (a) *l'individuazione della ASL tenuta al rimborso delle rette di degenza di un malato cronico, ricoverato in una regione diversa da quella di residenza, va compiuta in base alle **legge vigente nel luogo dove è avvenuto il ricovero***;
- (b) *nel caso di dubbio interpretativo al riguardo, la legge regionale va interpretata nel senso che essa può escludere il rimborso delle prestazioni erogate da enti privati agli assistiti provenienti da altre regioni, ma non può escludere il rimborso delle prestazioni erogate ai propri assistiti in altre regioni, poiché una diversa interpretazione si esporrebbe a sospetti di illegittimità costituzionale*;
- (c) *nel caso di malati cronici, tenuta al rimborso dei costi di assistenza affrontati dalla struttura che li ha ospitati è la ASL del **luogo di residenza dell'assistito**; e nel caso di trasferimento dell'assistito, l'obbligo si trasferisce alla ASL di destinazione*(Cass. n. 19353/2017 in parte motiva; in senso conforme, si veda la successiva Cass. SS.UU. n. 20401/2019).

La LR Toscana n. 40/2005 prevede all'art. 20 co 1 che «Le prestazioni erogate all'assistito nell'ambito dei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, definiti dal piano sanitario e sociale integrato regionale, sono finanziariamente **a carico** dell'azienda unità sanitaria locale di **residenza del cittadino**; l'istituzione privata o pubblica, diversa dall'azienda unità sanitaria locale di residenza, che ha eventualmente provveduto alla erogazione, è remunerata nella misura conseguente all'applicazione del sistema tariffario definito dalla Regione».



Il successivo co 3 del medesimo articolo individua il meccanismo delle **«compensazioni regionali»** che può avvenire *«sulla base di apposite convenzioni o rapporti, ovvero su base regionale»*.

Pertanto, poiché la paziente è sempre stata residente a Reggio Calabria-anche durante le cure ricevute dalla struttura fiorentina- l'obbligo di rimborso graverà sulla Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria.

Quest'ultima va quindi condannata al pagamento, in favore di parte attrice, della somma di € 211.074, pari all'importo della retta giornaliera di € 254 convenzionalmente pattuita per i giorni compresi dal 13 Luglio 2018- data di cessazione dei pagamenti da parte delle Aziende Sanitarie- sino al 20 Ottobre 2020, data del decesso di [REDACTED] [REDACTED] oltre interessi nella misura legale dalla data della domanda e sino al dì dell'avvenuto saldo.

Le considerazioni sopra svolte escludono ogni obbligo di pagamento a carico della [REDACTED] quale ente che nell'ordinamento regionale assicura il coordinamento e l'erogazione delle prestazioni a carattere socio assistenziale e sanitario.

Le spese seguono la soccombenza e si liquidano come in dispositivo, a sensi del DM n. 147/2022, assunto quale scaglione di riferimento nei suoi valori medi quello compreso tra € 52.000,01 ed € 260.000 (valore della domanda pari ad oltre dichiarato € 211.074, otre interessi), ed operata una decurtazione del 40% rispetto alla fase istruttoria posto che sono state depositate le memorie ex art. 183 co VI cpc ma non si è proceduto all'espletamento di alcuna attività probatoria.

Nulla per le spese quanto al rapporto processuale tra parte attrice e i convenuti rimasti contumaci, non avendo questi svolto alcuna attività difensiva.

P. Q. M.



Il Tribunale, definitivamente pronunciando, ogni altra domanda, eccezione e difesa disattese, condanna la [REDACTED]

[REDACTED] al pagamento, in favore di [REDACTED] srl, della somma di € 211.074, oltre interessi nella misura legale dalla data della domanda e sino al dì dell'avvenuto saldo nonché alla rifusione, in favore di parte attrice, delle spese processuali del presente giudizio che si liquidano, complessivamente, in € 406,50 per esborsi, € 11.835 per compenso, oltre spese generali nella misura del 15%, IVA e CAP come per legge;

rigetta la domanda proposta da parte attrice nei confronti della AUSL TOSCANA CENTRO e condanna parte attrice alla rifusione, in favore della AUSL TOSCANA CENTRO, della spese processuali del presente giudizio che si liquidano, complessivamente, in € 11.835 per compenso, oltre spese generali nella misura del 15%, IVA e CAP come per legge;

rigetta la domanda proposta da parte attrice nei confronti degli altri convenuti; nulla per le spese non avendo questi svolto attività difensiva.

Firenze, 27.III.2023

Il Giudice

-dr. Massimo Maione Mannamo-

