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

Composta da:
Dott. Alfredo GROSSO PRESIDENTE REL.
Dott. Maria Gabriella RIGOLETTI CONSIGLIERE
Dott. Roberto RIVELLO CONSIGLIERE

Ha pronunciato la seguente

SENTENZA

Nelle cause riunite iscritte ai n. 746\2022 e 749\2022 R.G. promosse rispettivamente da:

CP_1 *Parte_1* (*P.IVA_1*), rappr. e dif. per delega in atti dall'Avv. F. Grignolio ed elett.te dom., oltre che digitalmente, in Torino, v. Monferrato 20 presso lo studio dell'Avv. A. Berchielli.

APPELLANTE

CONTRO

Controparte_2, elett.te dom. in Torino, c.so Peschiera 164 presso lo studio dell'Avv. P. Velluto da cui è rappr. e dif. per delega in atti.

APPELLATA

E NEI CONFRONTI DI

Controparte_3 (*CodiceFiscale_1*), elett.te dom., oltre che digitalmente, in Firenze, v. Aretina 167\b presso lo studio dell'Avv. C. Focardi da cui, oltre che dall'Avv. L. Negretti, è rappr. e dif. per delega in atti.

APPELLATO

E DA

Controparte_2, elett.te dom. in Torino, c.so Peschiera 164 presso lo studio dell'Avv. P. Velluto da cui è rappr. e dif. per delega in atti.

APPELLANTE

CONTRO

Controparte_3 (*CodiceFiscale_1*), elett.te dom., oltre che digitalmente, in Firenze, v. Aretina 167\b presso lo studio dell'Avv. C. Focardi da cui, oltre che dall'Avv. L. Negretti, è rappr. e dif. per delega in atti.

APPELLATO

E NEI CONFRONTI DI

Controparte_4 (*P.IVA_1*), rappr. e dif. per

delega in atti dall'Avv. F. Grignolio ed elett.te dom., oltre che digitalmente, in Torino, v. Monferrato 20 presso lo studio dell'Avv.A. Berchielli.

APPELLATA

CONCLUSIONI AZIENDA *Parte_2* .:
Piaccia all'Ecc.ma Corte di ni contraria istanza respinta, ritenuti fondati gli esposti motivi di appello e, per l'effetto, in accoglimento del gravame ed in riforma della sentenza appellata, voglia:
a) dichiarare la nullità della sentenza per ultrapetizione in relazione alla pronuncia di condanna a favore di *Cont* e nei confronti della *Parte_3* ,
b) accogliere le conclusioni come rassegnate in primo grado che qui vengono riproposte:
Voglia la Corte d'Appello di Torino, respinta ogni contraria istanza ed eccezione disattesa, nel merito rigettare le domande proposte dalla *Controparte_2* **,** nei confronti della comparente *Parte_3* elle pretese tutte proposte dall'attore Signor *Controparte_3* nei confronti della *Cont* stessa, in quanto infondate sull'an e sul quantum per tutti i dedotti motivi.
Con vittoria di spese, rimborsi nella misura del 15% e compensi secondo i parametri vigenti oltre CAP e IVA di legge.
In via istruttoria, si insiste nella contestazione della relazione del consulente d'ufficio, riportandosi a quanto dedotto dal CTP Dott. *Persona_1* e a quanto già verbalizzato all'udienza del 4.3.2021, chiedendo che il CTU sia chiamato a chiarimenti.

CONCLUSIONI PANTI:
Piaccia alla Corte di Appello di Torino, respinta ogni contraria istanza, domanda ed eccezione:
1. In via preliminare, per i motivi esposti in atti, dichiarare inammissibili gli atti di appello proposti dalle controparti;
2. Rigettare nel merito il gravame della sentenza n. 1848/2022, emessa in data 28.04.2022, dal Tribunale di Torino e depositata in pari data nell'ambito del procedimento n. 5509/2019 R.G., proposto dalla *Controparte_2* in persona del legale rapp.te pt, perché infondato i , per l'effetto, confermare in ogni sua parte la sentenza di primo grado;
3. Rigettare nel merito il gravame della sentenza n. 1848/2022, emessa in data 28.04.2022, dal Tribunale di Torino e depositata in pari data nell'ambito del procedimento n. 5509/2019 R.G., proposto dalla *Parte_3* in persona del Direttore Generale legale rapp.te p-t, perché infondato in fatto e in diritto per i motivi esposti in atti e, per l'effetto, confermare in ogni sua parte la sentenza di primo grado.
4. In ogni caso e in definitiva, confermare integralmente la sentenza n. 1848/2022, emessa in data 28.04.2022, dal Tribunale di Torino e depositata in pari data nell'ambito del procedimento n. 5509/2019 R.G.
5. Con vittoria di spese e competenze oltre accessori di legge del primo e secondo grado di giudizio nonché della fase inibitoria RG 746/2022 sub 1.

CONCLUSIONI CSD:

Atto di appello 31 maggio 2022:
Voglia la Corte d'Appello di Torino previ gli incombenti di rito in riforma dell'appellata sentenza nella parte in cui accoglie le domande del signor *Controparte_3*
IN VIA PRELIMINARE
(omissis)
NEL MERITO
-riformare la sentenza per i motivi di cui in narrativa e per l'effetto
-respingere le pretese del signor *Controparte_3* in quanto infondate in fatto e in diritto per le ragioni dedotte;
-per il solo caso in cui venisse accertato il diritto di parte attrice con conseguente condanna dell'esponente alla restituzione di somme, accertare il diritto dell'esponente a ricevere dalla *Controparte_5* in persona del legale rappresentante pro tempore con sede in Firenze, piazza Santa Maria Nuova, n. 1, per le ragioni dedotte, la somma di cui è stata condannata a restituire al signor *CP_3*
IN VIA ISTRUTTORIA
-richiamando i propri scritti difensivi e la documentazione agli stessi allegata, l'esponente chiede l'ammissione dei seguenti capi di prova per interpello e testi da intendersi tutti preceduti dal rituale "vero che":
(omissis)
IN OGNI CASO
Vinte le spese e le competenze del giudizio di primo grado nonché le spese e le competenze del presente giudizio di impugnazione oltre rimborso forf. i.v.a. e c.p.a. come per legge.
Comparsa di costituzione 6 ottobre 2022:
Voglia la Corte d'Appello di Torino,
(omissis)
in riforma dell'appellata sentenza nella parte in cui accoglie le domande del signor *CP_3* *[...]* respingendo le conclusioni formulate dallo stesso nella propria comparsa di costituzione e, in accoglimento dei due motivi d'appello proposti dalla appellante *Parte_4* :
IN VIA PRELIMINARE
(omissis)
respingere l'eccezione proposta dalla *Parte_4* in quanto infondata e in ogni caso perché in violazione dell'art. 345 c.p.c. per le ragioni meglio argomentate in narrativa;
respingere l'eccezione proposta dal signor *CP_3* in quanto infondata per le ragioni meglio argomentate in narrativa;
NEL MERITO
-riformare la sentenza per i motivi di cui in narrativa come anche dedotti dalla *CP_6* *[...]* il cui appello per le ragioni di merito, merita accoglimento e per l'effetto
spingere le pretese del signor *Controparte_3* in quanto infondate in fatto e in diritto per le ragioni dedotte;
-per il solo caso in cui venisse accertato il diritto di parte attrice con conseguente condanna dell'esponente alla restituzione di somme, accertare il diritto dell'esponente a ricevere dalla *Parte_3* *CP_5* *Controparte_5*) in persona del legale rappresentante pro tempore con sede in Firenze, piazza Santa Maria Nuova, n. 1, per le ragioni dedot-

te, la somma di cui è stata condannata a restituire al signor CP_3

IN VIA ISTRUTTORIA

-richiamando i propri scritti difensivi e la documentazione agli stessi allegata, l'esponente chiede l'ammissione dei seguenti capi di prova per interpello e testi da intendersi tutti preceduti dal rituale "vero che":

(omissis)

IN OGNI CASO

Vinte le spese e le competenze del giudizio di primo grado nonché le spese e le competenze del presente giudizio di impugnazione oltre rimborso forf. i.v.a. e c.p.a. come per legge.

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

Con atto di citazione notificato in data 25 febbraio 2019 Controparte_3 -quale erede della madre Persona_2 conveniva la Controparte_2 (C.S.D.) avanti al Tribun e di ottenere tamente pagato per la permanenza della madre presso la Org_1 , pari ad € 192.914,76= ovvero della diversa somma ritenuta di giustizia.

Il tutto in relazione alla vicenda di cui *infra*.

La convenuta CP_2 si costituiva in giudizio contestando il fondamento di tale domanda e chiedendo, per l'ipotesi di suo accoglimento, l'accertamento del proprio diritto a ricevere dall' [...] Parte_3 la somma alla cui restituzione in favore del CP_3 venisse event condannata.

La terza chiamata Parte_3 si costituiva chiedendo il rigetto della domanda proposta nei suoi c nfondatezza della pretesa del CP_3

Con sentenza n. 1848\2022, pubblicata il 28 aprile 2022, il Tribunale:

1) Condannava la Controparte_2 alla restituzione, in favore del CP_3 della somma di € 192.857,91=, oltre interessi, sull'importo di € 145.059,38=, dal 14.12.2015 fino al 24.2.2019 e, sull'importo di € 192.857,91=, dal 25.2.2019 fino al saldo al tasso di cui all'art. 1284 IV co. c.c., respingendo la domanda relativa alla rivalutazione monetaria;
2) Condannava la terza chiamata Parte_3 **"***al pagamento, a favore della Controparte_2 , di quanto la stessa corrisponderà all'attore in esecuzione del capo 1) per capitale e interessi limitatamente a quelli dal 15.7.2019 fino al saldo al tasso di cui all'art. 1284 IV co. c.c.***";**
3) Condannava la convenuta Controparte_2 a rifondere al CP_3 le spese di lite che poneva a carico della terza chiamata Parte_3 nei rapporti con la chiamante Controparte_2 ;
4) Poneva le nel corso del giudizio a carico della convenuta e della terza chiamata in solido tra loro respingendo la domanda del CP_3 volta ad ottenere il

rimborso delle spese di consulenza tecnica di parte.

Con atti di citazione ritualmente e tempestivamente notificati, interponevano appello avverso tale sentenza tanto l Parte_3 che la Controparte_2 chiedendone la riforma sulla base dei motivi di cui *infra* ed il rigetto della domanda del CP_3

Questi si costituiva chiedendo il rigetto delle due impugnazioni.

La CP_2 si costituiva nel procedimento originato dall'impugnazione dell Parte_3 [...] tenente anche un motivo attinente al rapporto processuale co CP_2

Disposta la riunione dei due procedimenti, all'udienza del 19 aprile 2023, precisate le conclusioni definitive, la Corte assumeva la causa a decisione assegnando alle parti i termini di legge per il deposito dei rispettivi scritti difensivi.

MOTIVI DELLA DECISIONE

Come si è accennato in narrativa, Controparte_3 ha convenuto avanti al Tribunale di Torino la Controparte_2 ottenere la restituzione della somma di € 192.914,74=, oltre a rivalutazione e interessi, corrisposta in relazione a prestazioni sociosanitarie di cui aveva fruito la madre Persona_2 di cui egli è erede universale, presso la [...] Org_2 di Firenze tra l'11 marzo 2009 ed il 25 aprile 2018, data del suo decesso.

Assumeva, infatti, l'attore essersi trattato di prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria, quindi totalmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

In subordine, aveva chiesto la restituzione della somma di € 40.079,46= pari a quanto corrisposto in esubero rispetto alla legittima misura di compartecipazione del privato alla retta di degenza.

Il Tribunale ha innanzitutto richiamato la decisione n. 21528 del 27.1.2021 con la quale la S.C. (richiamato il quadro normativo secondo cui la gratuità delle prestazioni riguarda quelle sanitarie a rilevanza sociale previste dall'art. 3 comma 1 del DPCM 14 febbraio 2001 e quelle socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria previste dall'art. 3 comma 3 del citato decreto, mentre per le prestazioni dì lungo assistenza destinate ad anziani e persone non autosufficienti affette da malattie croniche e degenerative, in base alla tabella di cui all'art. 4 comma 1 del DPCM 14 febbraio 2011 e di cui all'allegato 1 C del DPCM 29 novembre 2001, è prevista la ripartizione forfetaria del costo complessivo nella misura del 50% a carico del SSN e del 50% a carico del CP_7 con la compartecipazione dell'utente) ha affermato che elemento distintivo della prestazione sanitaria integrata inscindibile da quella socio assistenziale, non è la situazione di limitata autonomia del soggetto destinatario, non altrimenti assistibile che nella struttura residenziale, *ma l'individuazione di un trattamento terapeutico personalizzato che non può essere somministrato se non congiuntamente alla prestazione socio - assistenziale.*

Come sottolineato dalla Suprema Corte, l'art. 117 della Costituzione ha infatti inserito la materia della tutela della salute fra quelle di competenza legislativa concorrente tra Stato e Regioni, consentendo, dunque, la possibilità di diversificare l'organizzazione dei modelli regionali, mentre, dall'altro lato, ha riservato alla legislazione esclusiva dello stato la "*determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio*", individuando, così, un contenuto minimo essenziale del diritto alla salute, rappresentata da quelle prestazioni necessarie ad assicurare una esistenza libera e dignitosa a colui che ha bisogno di cure e alla sua famiglia, *non comprimibile da esigenze relative all'equilibrio della finanza pubblica* (v. Corte Cost. n. 509/2000).

E' quindi rilevante l'esistenza di un piano di cura personalizzato mentre qualora la prestazione socioassistenziale prescinda 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.

Il Tribunale ha poi richiamato:

- la decisione 15.7.2021 n. 39438 con la quale la S.C. ha ribadito che, ferma restando la tendenziale autonomia delle prestazioni socio-assistenziali, nel caso in cui le prestazioni di natura sanitaria non possano, invece, essere eseguite «se non congiuntamente» alla attività di natura socioassistenziale, sicché non sia possibile discernere il rispettivo onere economico, prevale in ogni caso la natura sanitaria del servizio, in quanto le altre prestazioni, di natura diversa, debbono ritenersi avvinte alle prime da un nesso di strumentalità necessaria essendo dirette a consentire la cura della salute dell'assistito*, e dunque la «complessiva prestazione» deve essere erogata a titolo gratuito* (cfr., da ultimo, in motivazione, Cass. Sez. 3, ord. 28 novembre 2017, n. 28321, che richiama, sul punto, Cass. Sez. 1, sent. 22 marzo 2012, n. 4558 e Cass. Sez. Lav, sent. 19 novembre 2016 n. 22776);
- il principio secondo cui la disciplina del Servizio Sanitario pubblico che assicura a tutti i cittadini livelli essenziali uniformi di assistenza sanitaria, con spesa interamente a carico della Amministrazione pubblica, concerne, per l'appunto, "*la erogazione di prestazioni sanitarie o di prestazioni sanitarie «inscindibili» con quelle socioassistenziali, e presuppone, pertanto, che l'assistito debba essere sottoposto ad un programma di trattamento terapeutico riabilitativo o conservativo*" (così, Cass. Sez. 3, ord. n. 28321 del 2017); in sostanza, "*l'elemento differenziale tra prestazione socio-assistenziale «inscindibile» dalla prestazione sanitaria e prestazione socio-assistenziale «pura», non sta 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 assistenziale*", e ciò perché in tal caso, "*l'intervento «sanitario socio assistenziale» rimane interamente assorbito nelle prestazioni erogate dal Sistema sanitario pubblico*" (in particolare, già Cass. Sez. 3, ord. n. 28321 del 2017).

Ha, pertanto, ulteriormente ribadito come l'individuazione di un trattamento terapeutico personalizzato (e, dunque, non connotato da occasionalità) rappresenti il *discrimen* per ritenere la prestazione socio-assistenziale inscindibilmente connessa a quella sanitaria e, quindi, soggetta al regime di gratuità propria di quest'ultima.

Passando al caso di specie, ha affermato di condividere le valutazioni del CTU -specificamente riferite alla situazione della signora *Per_2* relative alla distinzione in due fasi del suo soggiorno presso la struttura: una prima dall'ingresso nella RSA (marzo 2009) al secondo semestre del 2013, ed una seconda protrattasi sino al decesso intervenuto nell'aprile 2018.

La malattia della signora *Per_2* (Demenza di Alzheimer di grado avanzato) nel primo periodo aveva già comportato la grave perdita delle autonomie con severo deficit cognitivo, progressiva incapacità alla deambulazione e alle interazioni socio relazionali (grave dislalia talvolta definita afasia), ingravescente perdita della capacità di alimentazione spontanea, disturbi comportamentali (wandering, opposizione ed ostilità con talvolta aggressività verso il personale ed altri ospiti, affaccendamento), verosimilmente adeguatamente contenuti e trattati (con assunzione di Trazodone e Mirtazapina, sostanze psicoattive).

I disturbi del comportamento presenti nei primi anni della degenza si erano andati riducendo via via, parallelamente alla capacità cognitiva, socializzante e alla capacità motoria "*e potrebbero essere stati favorevolmente influenzati dalle utili attività riabilitative e di supporto, in contrapposizione dello spostamento in struttura invece che a domicilio*".

In tale periodo, era stata attuata terapia non farmacologica di riabilitazione e di supporto quale: attività di gruppo, musicoterapia, stimolazione tattile e massaggio shiatsu, stimolazione dei ricordi, e pet therapy; tutto ciò probabilmente a cadenza plurisettimanale.

"*L'insieme delle terapie è per lo più adeguato alla fase di malattia e personalizzato; è ragionevole, vista la fattispecie in esame, che abbia avuto significativa indicazione per ciò che riguarda la terapia fisica e indicazione con moderata significatività per il beneficio sulla paziente per le altre terapie di supporto, in considerazione della fase avanzata di malattia*.

Il secondo periodo, ben inquadrabile con la scala funzionale FAST come 7c, è caratterizzato dell'evoluzione, sia pur lenta, ma fatalmente inarrestabile, verso uno stato di completa dipendenza della paziente che diviene rigida, afasica, deperita e gravemente decaduta nella capacità cognitiva, incapace ai movimenti, con incapacità alla comunicazione e all'alimentazione spontanea, che viene protratta per quanto possibile (probabilmente ridotta, se non assente nel periodo terminale) tramite imboccamento e altre terapie endovenose (per lo più idratazione, e talvolta soluzione glucosata).

La consulente d'ufficio rileva che si manifestano con maggiore evidenza le comorbilità tipiche della malattia e che la terapia è preminentemente di tipo palliativo ma con prevenzione e cura

delle acuzie, mobilizzazione passiva per ridurre la rigidità e il relativo dolore con antidolorifici al bisogno.

Precisa altresì la consulente che la terapia riabilitativa, in questo secondo periodo, ha relativo beneficio e modesta intensità, soprattutto dal 2015 in poi, ed è volta a ridurre le possibili situazione algiche; prevale un intervento di monitoraggio, prevenzione e cura farmacologica per le comorbilità tipiche della malattia con un'azione soprattutto di nursing e di assistenza da parte di operatore sanitario.

Osserva, quindi, la CTU che in ambedue i periodi, che sono quelli di uno stato preterminale e terminale di una demenza in fase avanzata, con tutte le sue peculiari problematiche, vi è, come emerge dalla documentazione allegata, il concorso di più apporti professionali e sociali per assistere e curare (per quanto possibile) la signora Pt_5 in modo valido, nel rispetto della qualità di vita e della dignità personale, con un probabil icio per la salute individuale, così rispondendo alle sue necessità assistenziali".

Il Tribunale ha, quindi, concluso essere l'intervento sanitario "*necessariamente - in considerazione di una malattia (m. di Alzheimer in stadio avanzato), in cui è peculiare un gravissimo deficit cognitivo, anche con disturbi comportamentali (nella fattispecie), disfunzionalità motorie e di comunicazione, con inevitabile evoluzione funesta e correlate comorbilità (che richiedono costante impegno e monitoraggio) - attuabile con l'inscindibilità di più apporti professionali e sociali, in un regime oltre che di prestazione medica, anche di nursing ed assistenza onde salvaguardare la persona e l'ambiente in cui vive*" richiamando le conclusioni del CTU secondo cui:

"Relativamente alla richiesta di specificare circa l'inquadramento del caso in oggetto secondo le definizioni dell'art. 3 del DPCM 14.2.2001, come da quesito posto, la risposta non può che essere articolata. L'intervento sanitario, nella fattispecie, è stato necessariamente, in considerazione di una malattia (m. di Alzheimer in stadio avanzato) in cui è peculiare un gravissimo deficit cognitivo – anche con disturbi comportamentali (nella fattispecie), disfunzionalità motorie e di comunicazione – e con inevitabile evoluzione funesta per le correlate comorbilità (che richiedono costante impegno e monitoraggio), attuabile in modo compiuto con l'inscindibilità di più apporti professionali e sociali, in un regime di prestazioni mediche, anche esperte, e di nursing ed assistenza socio sanitaria, onde salvaguardare la persona e l'ambiente in cui vive. La rilevanza terapeutica e l'intensità della componente sanitaria era molto limitata per ciò che riguardava la possibilità di influenzare favorevolmente il decorso del declino psico fisico della persona, ma è ragionevole che potessero indurre beneficio per la tutela della salute della paziente e di chi la circondava, essendo queste azioni rivolte alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti le funzioni psico fisiche e la limitazione delle attività della sig.ra Persona_2 nella fase di lungoassistenza. Pertanto è con criterio di ragionevolezza ritenere che la prestazioni rese alla sig.ra Per_2 [...] durante il periodo di degenza presso la struttura di Org fossero tra quelle socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria di cui alla definizione del comma 3 dell'art. 3 del DPCM 14.2.2001."

Ha, inoltre, richiamato le osservazioni svolte in risposta a quelle del consulente di parte convenuta che il CTU ha superato rilevando:

- non essere stata contestata la diagnosi in capo alla Vignali di demenza di Alzhemeir in fase avanzata con disturbi comportamentali e comorbilità correlate;
- che la sig.ra *Per_2* come desumibile dalla documentazione allegata, presentava atteggiamenti anomali quali il wandering, l'affaccendamento, instabilità posturale, atti di mal sopportazione ed aggressività, e poi nel tempo (dopo anni di degenza e, ovviamente, in relazione alla gravissima incapacità cognitiva, espressiva e al movimento), una minore reattività ma soprattutto una gravissima ipocinesi (con tutto quello che ne consegue) ed incapacità di comunicazione;
- non essere, pertanto, ragionevole l'affermazione secondo la quale assistenza e cura erano meramente sostitutive dell'assistenza familiare, essendo una tale tipologia di assistenza e cura, in base alla dichiarazione del medico curante e in base a quanto risultante dagli atti, insufficiente per la tutela della salute e dei bisogni della paziente;
- che nei 10 anni di ricovero nella struttura *Org* vi erano stati interventi del personale medico e non medico, ma comunque sanitario con tipologie di azioni proprie dei servizi socio assistenziali che, sia pur espletati in modo non continuativo, erano stati prevalenti e fondamentali rispetto alla mera assistenza e sorveglianza, ed erano stati espletati in modo personalizzato, in relazione alla fase di evoluzione della malattia e delle sue comorbilità, con sufficiente competenza ed immediatezza, in un sistema di completamento e sostegno dell'attività medica di cura e/o riabilitazione fisica e psichica della persona;
- che la scelta di un opportuno trattamento domiciliare, precedentemente scelto, al momento del ricovero era opzione non più congrua rispetto alla situazione psicofisica della malata e la tutela della salute non era espletabile soltanto mediante l'attività medica, ma per essere efficace doveva essere strettamente connessa alla funzione, anch'essa, indispensabile delle figure sociosanitarie, che debbono agire in modo integrato e competente.

Il Tribunale ha, quindi, sottolineato come fosse evidente che il profilo rilevante era quello dell'esistenza di un trattamento terapeutico personalizzato posto che le prestazioni socio assistenziali erogate alla signora *Per_2* durante il ricovero presso la struttura erano inscindibilmente connesse a quelle sanitarie, anche quest'ultime necessitate e rilevanti in ragione della gravità delle condizioni della degente ed effettuate nei suoi confronti in forza di un programma terapeutico personalizzato, come desumibile dalla documentazione in atti che il CTU aveva esaminato.

Conseguentemente, ha ritenuto la nullità dei contratti di espromissione stipulati dal *CP_3* nella parte in cui egli aveva assunto l'obbligazione di pagare l'importo giornaliero ivi indicato trattandosi, per quanto esposto, di prestazioni totalmente a carico del servizio sanitario nazionale.

Non essendovi contestazione in merito ai pagamenti effettuati ed ai relativi conteggi dell'attore la somma da restituire era dunque pari ad € 192.857,91=.

Risultando la buona fede della *Organizzazione_3* ha fatto decorrere gli interessi dalla domanda intesa nel senso di domanda anche stragiudiziale avente valore di costitu-

zione in mora ai sensi dell'art. 1219 c.c. (secondo il principio espresso dalle S.U. della S.C. con la sentenza n. 15895 del 13/06/2019).

In particolare, ha fatto decorrere gli interessi al tasso di cui all'art. 1284, primo comma, c.c. sull'importo di € 145.059,38= dal ricevimento della lettera raccomandata (che faceva riferimento a tale somma) di cui al doc. 8) prodotto dall'attore (14.12.2015) fino al 24.2.2019 e sull'importo di € 192.857,91= dal 25.2.2019 (data di notifica dell'atto di citazione) fino al saldo al tasso di cui all'art. 1284, quarto comma, c.c..

Ha invece respindo la domanda relativa alla rivalutazione monetaria trattandosi di debito di valuta e non essendovi speficifica domanda di risarcimento del "maggior danno" ai sensi dell'art. 1224, secondo comma, c.c..

In conseguenza dell'accoglimento della domanda del *CP_3* nei confronti della *Controparte_8* *[...]* ha anche accolto la domanda della seconda nei confronti della terza chiamata *[...]* *Parte_3* per l'importo capitale e, quanto agli interessi, limitatamente a quelli decorrenti dalla notifica dell'atto di chiamata di terzo (15.7.2019) al tasso di cui all'art. 1284, quarto comma, c.c..

Ha posto le spese di lite a carico della *Controparte_2* in favore del *CP_3* ed a carico dell' *Parte_3* in favore della *Controparte_2* e le spese di CTU a cari le.

Non ha riconosciuto all'attore le spese di CTP tardivamente documentate con la memoria conclusionale di replica anziché all'udienza immediatamente successiva, vale a dire quella in modalità di trattazione scritta del 16.12.2021.

Appello Commissione Sinodale per la Diaconia

In termini generali, sottolinea innanzitutto la C.S.D. come non sia possibile ricondurre i malati di Alzheimer, anche se invalidi al 100% come la *Per_2* alla categoria dei soggetti bisognosi di una prestazione di assistenza inscindibilmente connessa a quella sanitaria e come a tal fine non sia neppure sufficiente la mera somministrazione di farmaci senza alcuna specificazione della loro finalità terapeutica per poter ravvisare l'elevata integrazione tra le prestazioni sanitarie e di assistenza.

Ciò premesso, censura la sentenza di primo grado relativamente alla valutazione in concreto operata delle condizioni cliniche della *Per_2*

Secondo l'appellante quello offertole non andrebbe inteso quale programma terapeutico personalizzato, ma come percorso di cura ed assistenza nel quale i farmaci venivano talvolta somministrati ma solo occasionalmente.

Avrebbe avuto preminenza (v. la sentenza impugnata, p. 6) la terapia non farmacologica di riabili-

tazione e supporto (attività di gruppo, musicoterapia, stimolazione tattile e massaggio shiatsu, stimolazione dei ricordi, pet therapy) che è stata ritenuta avere "probabilmente" cadenza plurisettimanale.

Non sarebbe, invece, provata l'esistenza di un preciso programma terapeutico riabilitativo o conservativo finalizzato a far fronte alle specifiche esigenze della degente.

In sostanza, le principali e prevalenti prestazioni offerte dalla *Org* Il *Org_1* riguardavano tutti gli aspetti dell'accudimento della persona affetta da morbo di Alzheimer e la struttura non era abilitata ad erogare prestazioni esclusivamente sanitarie e\o ad elevata specializzazione sanitaria (come desumibile dal suo Regolamento): in sostanza, alla *Per_2* sarebbero state offerte le stesse cure ed assistenza che avrebbero potuto essere eseguite a domicilio e non prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria.

In particolare, nel caso di specie (v. p. 13 e segg.):

a) era stato redatto un Piano di Assistenza Individualizzato (PAI): l'assistenza medica era garantita dal *Parte* di libera scelta della *Per_2*
b) ella aveva seguito una terapia minima come prescritta dal medico di base non mirata a trattamenti specifici della patologia da cui era affetta, come accertato dallo stesso CTU nel rispondere al primo quesito;
c) questi si sarebbe pronunciato sulla base di una valutazione di ragionevolezza;
d) la *Per_2* avrebbe subito nel tempo fratture, lesioni ossee e da pressione, infezioni: si sarebbe trattato di comorbilità che avrebbero coinvolto soltanto l'operatore assistenziale trattandosi di problematiche in carico alle figure mediche ed infermieristiche nell'attuazione di un percorso di cura ed assistenza e non di un piano di cura personalizzato;
e) non vi sarebbe evidenza dei trattamenti sanitari specifici e personalizzati resi nel periodo di degenza ed al di fuori della somministrazione dei farmaci relativi alle patologie preesistenti secondo la determinazione del medico di base le prestazioni della *Org* sarebbero state quelle dell'accudimento quotidiano sotto forma di assistenza durante i pasti e negli spostamenti e posizionamento a letto, ovvero un percorso di cura e di assistenza;
f) si tratterebbe di prestazioni di "mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti" e dalla documentazione in atti si desumerebbe che "*a causa delle plurime e gravi patologie, sin dal giorno del ricovero la signora* *Per_2* *ha continuato a versare in condizioni tali da non richiedere una pluralità di interventi di cura e l'intervento di personale sanitario, non ha necessitato di un piano terapeutico con correlata necessità di un continuo monitoraggio medico, necessario per garantirne le condizioni di vita e di sopravvivenza; nelle fasi di controllo e di monitoraggio dei valori vitali ovvero di regolazione dei trattamenti farmacologici, nella prevenzione e nei trattamenti dei decubiti, nelle sedute di fisioterapia, nelle fasi di attuazione originaria dei dispositivi sanitari o di successiva modifica e riposizionamento nonché di pulizia e disostruzione, non ha necessitato di cure specifiche*";

g) la Per_2 era, quindi, in una situazione di "mera senescenza" nella quale erano state sv tazioni di mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti con interventi di tipo medico connotati da occasionalità, per cui il ricovero sarebbe stato determinato da ragioni di assistenza sociale.

A proposito della CTU, rileva l'appellante (v. p. 17 e segg. dell'atto di appello) che la relazione contiene una serie di ipotesi basate sulla unilaterale lettura della documentazione in atti.

In particolare, la ritenuta "*verosimile gestione in equipe con più figure professionali*" non sarebbe da essa evincibile; a proposito del riferimento alle cure palliative non vi sarebbe riscontro della loro necessità e neppure di un ricorso, anche solo di tipo consultivo, all'Unità Cure Palliative; dopo aver affermato che le prestazioni sanitarie erano ragionevolmente limitate alle prescrizioni del medico curante, Dott.ssa Persona_3 in un regime di Piano Assistenziale Individuale, avrebbe poi erroneamente qu ioni rese per tutto il periodo di degenza come ad elevata integrazione sanitaria.

Evidenzia, poi, l'appellante che dalla documentazione in atti non si desume la necessità di particolari trattamenti diversi dalla somministrazione di farmaci di uso comune come prescritti dal medico di base: al di là della costante assistenza per l'igiene, la nutrizione e la deambulazione si sarebbe ritenuto sufficiente sotto il profilo sanitario solo il monitoraggio periodico delle suce condizioni.

Dai piani di assistenza emergerebbe poi che gli operatori coinvolti nella cura della Per_2 erano prevalentemente OSS, infermieri, animatori e fisioterapisti con limitatissimo intervento del personale medico solo in funzione di un monitoraggio clinico e di trattamento di stati dolorosi, il che confermerebbe la marginalità delle prestazioni prettamente terapeutiche.

In definitiva, i bisogni dell'interessata erano di tipo prevalentemente assistenziale avendo ella mantenuto una discreta stabilità clinica per cui necessitava di assistenza continua nelle attività della vita quotidiana e negli spostamenti.

La prestazione socio-sanitaria erogata nel caso di specie rientrerebbe, quindi, nell'ambito della tipizzazione di cui ai D.P.C.M. 14.2.2001 e 28.11.2001 tra quelle previste in favore di anziani e persone non autosufficienti con patologie cronico-degenerative nelle forme di lungo assistena residenziali.

Appello dell' Parte_3 .

Dopo un generale riepilogo della norma propri motivi sono articolati alle pagine 31 e seguenti dell'atto di appello e quelli relativi alla posizione della dante causa del CP_3 ono il secondo ed il terzo.

Secondo motivo: la decisione impugnata sarebbe erronea:

1) Non essendovi alcuna norma secondo la quale un soggetto affetto da una patologia cronica (*compreso l'Alzheimer)*, inserito in una RSA attraverso i percorsi di legge e che non rientri nelle ipotesi nelle quali i LEA prevedono che l'onere sia integralmente a carico dello stato (*malattie psichiatriche e, dal 2017, l'autismo*), possa integralmente addebitare al SSN la quota alberghiera (o sociale) della retta. Secondo l'appellante l'ospite e/o gli altri soggetti tenuti per legge secondo le disposizioni regionali, dovrebbero infatti compartecipare con il Comune di residenza (*o con l'Part ove delegata come nel caso di specie*) ai relativi oneri per la quota del 50%, secondo le indicazioni derivanti dalla valutazione dell'ISEE al fine di richiedere la prestazione agevolata, oppure la riduzione del costo del servizio.
2) Non avendo la giurisprudenza enunciato alcun principio generale per il quale "*nel caso in cui oltre alle prestazioni socio assistenziali siano erogate prestazioni sanitarie, l'attività va considerata di rilievo sanitario e, pertanto, di competenza del* Org_" dovendo l'inquadramento dell'ospite della Org deve essere correlato alla norma ente costituzionale, statale, regionale e regolamentare nonché nel rispetto delle norme di bilancio. In particolare il D.P.C.M. 29.11.2001, contrariamente a quanto ritenuto dal Tribunale, per tali tipologie di prestazioni prevederebbe che il 50% dei costi sia a carico dell'utente e/o del CP_7 ove l'utente ne abbia diritto in relazione alle sue capacità finanziarie.
3) Per aver -sulla base della mera documentazione di parte, contestata dall'appellante, e in contrasto con le risultanze dei documenti da essa prodotti- inquadrato le prestazioni rese all'ospite come di natura socio sanitaria ad elevata integrazione sanitaria e, quindi, a carico del SSN. Secondo l'appellante per essere in presenza di tali prestazioni è necessario che sia svolta un'attività curativo terapeutica nella fase della malattia acuta e post – acuta, necessitante dell'inscindibile concorso di più apporti professionali sanitari e sociali e, comunque, per un tempo limitato determinato caso per caso, non compatibile con una situazione cronica, non ordinariamente suscettibile di miglioramento e/o stabilizzata, come quella che affligge l'invalido cronico o l'anziano non autosufficiente, oppure il soggetto con patologie degenerative consolidate. Le prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria sarebbero quelle che hanno "*una particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria della prestazione*", si inquadrano nella fase "*post-acuta*" e sono "*caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali*", in connessione con la gestione della patologia nella fase immediatamente successiva al suo manifestarsi. Sarebbero le norme regionali e le disposizioni regolamentari a qualificare gli interventi sulla persona attraverso il PAP (*piano di assistenza personalizzato*) degli ospiti delle Org e tali inquadramenti di natura socio - sanitaria non potrebbero formare oggetto di censura, modifica, interpretazione o disapplicazione (non chiesta dall'attuale appellato) in sede giurisdizionale. Inoltre, nell'ambito della RSA l'ospite residenziale, sotto il profilo della prestazione sanitaria, riceve lo stesso trattamento dal servizio sanitario che avrebbe presso la propria residenza, non sussistendo nella RSA un ruolo terapeutico curativo ma, esclusivamente una funzione di gestione, di sollievo e di supporto dell'ospite non autosufficiente. Nella fattispecie si tratterebbe di patologie consolidate nelle quali il rilievo sanitario sarebbe limitato "*alla somministrazione di medicinali prescritti dal medico di famiglia e di ospitalità ed assistenza, e di interventi di*

supporto, quale attività sociale, secondo la legislazione statale e regionale vigente". Ciò rientrerebbe nell'ordinaria attività del SSN il cui costo sarebbe da ripartirsi per il 50% a carico di quest'ultimo e per il 50% a carico dell'ospite e/o del *CP_7* per cui l'impegno di pagamento assunto dal *CP_3* sarebbe legittimo dovendo l'assistenza all'ospite essere qualificata in termini di prestazione sociale a rilevanza sanitaria compartecipata.

Terzo motivo: L'appellante richiama innanzitutto la L.R. 18.12.2008, n. 66 istitutiva del fondo regionale per la non autosufficienza, riguardante i soggetti non autosufficienti e gli interventi di tipo residenziale e non, che possono essere attuati a secondo delle valutazioni mediche e dei percorsi riconosciuti idonei.

La prestazione resa all'ospite nel caso di specie sarebbe di tipo "*residenziale*" "*come risulta dalla documentazione e dalla relazione peritale del CTU e, come tale con condivisione degli oneri (sanitari e sociali)*".

Con riferimento ad entrambe le impugnazioni, il *CP_3* ritiene invece la sentenza di primo grado corretta e conforme ai principi affermati dalla giurisprudenza che si è pronunciata in materia.

Le due impugnazioni sono in parte fondate nei termini che seguono.

In primo luogo ed in termini generali, quanto all'interpretazione della nozione di "prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria" (che, come si è visto, il Tribunale ha ravvisato nel caso di specie) Cass. 11.12.2023, n. 34590 ha innanzitutto richiamato l'orientamento espresso da varie precedenti pronunzie (in particolare, Cass. n. 28321 del 2017, che richiama, sul punto, Cass. n. 4558 del 2012 e Cass. n. 22776 del 2016) secondo cui:

- ferma restando la tendenziale autonomia delle prestazioni socio-assistenziali, "*nel caso in cui le prestazioni di natura sanitaria non possano, invece, essere eseguite "se non congiuntamente" alla attività di natura socio-assistenziale, talchè non sia possibile discernere il rispettivo onere economico, prevale in ogni caso la natura sanitaria del servizio, in quanto le altre prestazioni - di natura diversa - debbono ritenersi avvinte alle prime da un nesso di strumentalità necessaria, essendo dirette a consentire la cura della salute dell'assistito, e dunque la "complessiva prestazione" deve essere erogata a titolo gratuito*";
- "*la disciplina del Servizio sanitario pubblico che assicura a tutti i cittadini livelli essenziali uniformi di assistenza sanitaria, con spesa interamente a carico della Amministrazione pubblica*" concerne "*la erogazione di prestazioni sanitarie o di prestazioni sanitarie "inscindibili" con quelle socioassistenziali, e presuppone, pertanto, che l'assistito debba essere sottoposto ad un programma di trattamento terapeutico riabilitativo o conservativo*";
- "*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 assistenziale" e ciò perché in tal 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*".

La Corte ha, quindi, ulteriormente sottolineato come il *discrimen* per ritenere la prestazione socio-assistenziale "inscindibilmente connessa" a quella sanitaria (e, quindi, soggetta al regime di gratuità propria di quest'ultima) sia rappresentato dalla individuazione di un trattamento terapeutico personalizzato e, dunque, non connotato da occasionalità.

Va anche aggiunto che tale trattamento terapeutico personalizzato deve, quindi, rappresentare lo scopo dell'inserimento in una determinata struttura tanto che la citata Cass. 34590\2023 ha positivamente considerato -tra gli altri presupposti che l'hanno portata a ritenere corretta la sentenza della Corte territoriale di accoglimento della pretesa restitutoria degli eredi dell'interessato- "*che fosse stato elaborato un prestabilito programma terapeutico, personalizzato e modulato sulle esigenze*" del loro dante causa a scopo terapeutico (v. in particolare a p. 14).

La pronuncia ha anche richiamato alcuni principi già affermati in tema di malattia di Alzheimer, ma li ha comunque correlati ai principi generali ed al particolare profilo appena richiamato, che valgono anche in tal caso.

Ciò premesso, in primo luogo e come evidenziato dalla CTU, il piano redatto per la *Per_2* è un Piano Assistenza Individuale Specialistico.

In nota a p. 8 della relazione è, in termini generali, stato spiegato che il "*PAI: Piano di Assistenza Individuale: è la trasposizione operativa del Piano operativo di assistenza individuale basato sulle indicazione della UVG (Unità Valutiva Geriatrica) o UMV (Unità Multidisciplinare di Valutazione), nel quale dovrebbero essere indicati i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona, gli obiettivi di cura e il trattamento sanitario più indicato, tenendo in considerazione anche il supporto alla famiglia. Il PAI dovrebbe essere elaborato e redatto dall'équipe, che prende in carico la persona, a partire dal progetto redatto dall'UVG e definisce: le azioni specifiche, la tipologia delle prestazioni e le figure professionali interessate,la frequenza e la durata di ogni intervento necessario al raggiungimento degli obiettivi,gli strumenti individuati per la definizione e la gestione del PAI, la valutazione periodica dei risultati, con indicatori e tempi,la congruità tra bisogni e PAI e tra modifiche del Progetto e nuove esigenze. Il referente del PAI è un operatore del settore sociale o sanitario, a seconda del bisogno prevalente, che si fa garante nel tempo dell'intero processo assistenziale, svolgendo parte degli interventi e interfacciandosi con i diversi operatori e la famiglia, per assicurare continuità assistenziale e tutela dell'anziano non autosufficiente*".

Nel caso di specie, in occasione dell'inserimento, avvenuto il 16 marzo 2009, in "modulo cognitivo

comportamentale" il PAI Specialistico (v. il doc. 18 prodotto dal *CP_3* p. 25 e 28) indica quale "*motivo di inserimento*": "*bisogni assistenziali non realizzabili in a omestico, salvaguardare il marito da stress eccessivo, necessità di stimoli e progetto di recupero e mantenimento capacità. Bisogno di strategie per relazionarsi con persone e cose*" con l'obiettivo di "*Mantenere serenità, offrirle opportunità di espressione e comunicazione nelle sue modalità, promuovere le sue potenzialità ed autonomie, prevenire situazioni di rischio*".

Come espressamente affermato nel PAI l'inserimento della *Per_2* è stato quindi motivato da ragioni di tipo assistenziale, tanto che non sono specificamente indicati obiettivi di vera e propria cura nonché "*il trattamento sanitario più indicato*": non è stato, quindi, elaborato un prestabilito programma di tipo terapeutico, ma attività e finalità di tipo assistenziale correlate alla condizione della paziente.

Inoltre, come desumibile dalla CTU (v. la relazione, in particolare a p. 23 e segg.) durante tutto il periodo di degenza in struttura la terapia farmacologica, assistenziale e riabilitativa era quella stabilita dal medico curante (MMG o sostituto) e, relativamente al periodo di permanenza nel "modulo blu, "*probabilmente*" anche dallo specialista geriatra e fisiatra ("*forse*" in equipe e "*con uso piuttosto sommario del PAI*", come testualmente affermato dal CTU).

"*Tutte queste figure professionali sanitarie hanno avuto accessi (come da documentazione) ed interventi a cadenza approssimativamente mensile o bimensile; nel periodo successivo sino al decesso la terapia era stabilità dal medico curante (MMG o verosimilmente dal sostituto) sempre con cadenza mono o bimensile*" e vi era "*a cadenza rarefatta e solo fino al 5/2017, la supervisione ed indirizzo nella mobilizzazione (sembra, per quanto individuabile) di un referente per la fisioterapia*".

La CTU ha poi rilevato esservi stati ricorsi per urgenze sanitarie alla Guardia medica ed avvii in Pronto Soccorso, un ricovero ospedaliero per frattura femore e crisi epilettiche mentre dal marzo 2018 alla "dimissione" (in stato praticamente preagonico/terminale) vi era stata intensificazione di sorveglianza dei parametri vitali e interventi di sedazione al bisogno, contestuali ad idratazione, come da prescrizioni della Dr.ssa *Persona_3* (il medico curante) e della Dr.ssa *Persona_4* di.

Quanto, poi, al primo dei due periodi individuati dal CTU vi sarebbe stata una "*verosimile*" gestione in equipe con più figure professionali in funzione dell'attuazione di una terapia non farmacologica di riabilitazione e di supporto (attività di gruppo, musicoterapia, stimolazione tattile e massaggio shiatsu, stimolazione dei ricordi, e pet therapy) "*probabilmente*" a cadenza plurisettimanale.

Sarebbe *"… ragionevole, vista la fattispecie in esame, che abbia avuto significativa indicazione per ciò che riguarda la terapia fisica e indicazione con moderata significatività per il beneficio sulla paziente per le altre terapie di supporto, questo in considerazione della fase avanzata di malattia*".

Nelle schede PAI sembra da tutto ciò ricavare un effetto benefico "*probabile*" sulle condizioni psico fisiche della sig.ra *Per_2*

Nel secondo periodo la terapia è stata preminentemente di tipo palliativo con prevenzione e cura delle acuzie, mobilizzazione passiva per ridurre la rigidità e il relativo dolore con antidolorifici al bisogno e vi sarebbe stato "*verosimilmente per un lungo periodo*" ancora l'uso della musicoterapia come mezzo di presumibile sollievo.

La terapia riabilitativa, in questo secondo periodo, avrebbe avuto, secondo la CTU relativo beneficio e "*modesta intensità*" soprattutto dal 2015 in poi, in quanto volta a ridurre le possibili situazione algiche.

"*Prevale un intervento di monitoraggio, prevenzione e cura farmacologica per le comorbilità tipiche della malattia (infezioni, disfagia, disidratazione, lesioni da pressione, sindromi neurologiche) con un'azione soprattutto di nursing e di assistenza da parte di operatore sanitario*" (*N.B.*: la sottolineatura è di chi scrive).

In tali due periodi, caratterizzati da uno stato preterminale e terminale di una demenza in fase avanzata, vi sarebbe stato -come emergente dalla prodotta documentazione- "*il concorso di più apporti professionali e sociali per assistere e curare (per quanto possibile) in modo valido, nel rispetto della qualità di vita e della dignità personale, con un probabile beneficio per la salute individuale, così rispondendo alle sue necessità assistenziali*" (*N.B.*: la sottolineatura è di chi scrive).

Secondo la CTU nel caso di specie, in considerazione della malattia da cui la *Per_2* era affetta e dalle relative conseguenze, l'intervento sanitario sarebbe necessariamente *ttuabile con l'inscindibilità di più apporti professionali e sociali, in un regime oltre che di prestazione medica, anche di nursing ed assistenza onde salvaguardare la persona e l'ambiente in cui vive*".

Con le proprie conclusioni la CTU ha poi rilevato che le prestazioni sanitarie, tenendo conto della patologia accertata quale (demenza di Alzhemeir in fase avanzata con disturbi comportamentali e comorbilità correlate) "*erano ragionevolmente limitate alle prescrizioni del medico curante (dr.ssa Persona_3 o suo sostituto), in un regime di Piano Assistenziale Individuale (PAI)*".

Ha ritenuto che nel caso di specie l'intervento sanitario sia "*stato necessariamente, in considerazione di una malattia (malattia di Alzheimer in stadio avanzato) in cui è peculiare un gravissimo deficit cognitivo - anche con disturbi comportamentali (nella fattispecie), disfunzionalità motorie e di comunicazione- e con inevitabile evoluzione funesta per le correlate comorbilità (che richiedono costante impegno e monitoraggio), attuabile in modo compiuto con l'inscindibilità di più apporti professionali e sociali, in un regime di prestazioni mediche, anche esperte, e di nursing ed assistenza socio sanitaria, onde salvaguardare la persona e l'ambiente in cui vive*".

Ha però evidenziato come la "*rilevanza terapeutica e l'intensità della componente sanitaria era molto limitata per ciò che riguardava la possibilità di influenzare favorevolmente il decorso del declino psico fisico della persona, ma è ragionevole che potessero indurre beneficio per la tutela della salute della paziente e di chi la circondava, essendo queste azioni rivolte alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti le funzioni psico fisiche e la limitazione delle attività della sig.ra* *Persona_2* *nella fase di lungoassistenza*".

Ha, quindi, concluso -con criterio di ragionevolezza- nel senso che le prestazioni rese alla Sig.ra *Persona_2* siano riconducibili a quelle socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria di cui el comma 3 dell'art. 3 del DPCM 14.2.2001.

Tale conclusione non appare, però, condivisibile e non sorretta dalle circostanze evidenziate nel corso della relazione peritale mancando, innanzitutto, nel caso di specie un prestabilito programma terapeutico, avuto riguardo alla finalità per la quale la *Per_2* venne ricoverata presso la R.S.A. Il *Org_1* e di cui si è detto più sopra.

Il P.A.I. è stato nel tempo integrato con ulteriori valutazioni geriatriche e con la previsione di attività ed interventi variati nel corso del tempo, ma tutto ciò senza che possa desumersi un programma articolato e che prevedesse in modo organico e predeterminato la connessione e l'integrazione tra prestazioni di tipo socio assistenziale e vere e proprie prestazioni sanitarie: oltretutto, relativamente al periodo di permanenza nel "modulo blu, come si è visto la CTU ha anche rilevato un "*uso piuttosto sommario del PAI*".

In particolare, come si è visto, durante tutto il periodo di degenza in struttura la terapia farmacologica, assistenziale e riabilitativa era quella stabilita dal medico curante (MMG o sostituto) e, relativamente al periodo di permanenza nel "modulo blu, "*probabilmente*" anche dallo specialista geriatra e fisiatra, "*forse*" in equipe" e sempre con cadenza approssimativamente mono o bimensile.

La supervisione ed indirizzo nella mobilizzazione di un referente per la fisioterapia ("*sembra, per quanto individuabile*") era "*a cadenza rarefatta*" e solo fino al maggio 2017.

Vi sono state urgenze sanitarie alla Guardia medica ed avvii in Pronto Soccorso nonché un ricovero ospedaliero per frattura femore e crisi epilettiche mentre dal marzo 2018 alla "dimissione" vennero intensificati la sorveglianza dei parametri vitali e gli interventi di sedazione secondo le prescrizioni della Dr.ssa *Persona_3* (il medico curante) e della Dr.ssa *Persona_5*

Nel primo dei due periodi individuati dalla CTU questa ha ritenuto esservi stata una gestione in equipe con più figure professionali in funzione dell'attuazione di una terapia non farmacologica di riabilitazione e di supporto non sulla base di dati documentali, ma di una mera valutazione di verosimiglianza così come sarebbero verosimile lo svolgimento di attività di gruppo, musicoterapia, stimolazione tattile e massaggio shiatsu, stimolazione dei ricordi, e pet therapy "*probabilmente*" a cadenza plurisettimanale.

Nel secondo periodo è poi stata praticata una terapia preminentemente di tipo palliativo (finalizzata alla prevenzione e cura delle acuzie, di mobilizzazione passiva per ridurre la rigidità e il relativo dolore con antidolorifici al bisogno) e vi sarebbe stato "*verosimilmente per un lungo periodo*" ancora l'uso della musicoterapia come mezzo di presumibile sollievo e la terapia riabilitativa avrebbe avuto, secondo la CTU "*modesta intensità*" soprattutto dal 2015 in poi, in quanto volta a ridurre le possibili situazione algiche ed è stata prevalente un'azione soprattutto di nursing e di assistenza (v. la relazione, p. 26\27).

Come si è visto, nell'ambito delle proprie conclusioni la CTU ha anche evidenziato come la rilevanza terapeutica e l'intensità della componente sanitaria fosse molto limitata per ciò che riguardava la possibilità di influenzare favorevolmente il decorso del declino psico fisico della persona e come le suddette azioni fossero "*rivolte alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti le funzioni psico fisiche e la limitazione delle attività della sig.ra* Persona_2 *nella fase di lungoassistenza*".

In sostanza, al di là della questione generale relativa al trattamento dei malati di Alzheimer ed al beneficio derivante dai vari tipi di terapia di cui si è detto, farmacologiche e non, con riferimento al caso di specie ed in concreto la CTU ha svolto una serie di osservazioni fondate non sulla documentazione prodotta, ma su di una valutazione di verosimiglianza e di tipo probabilistico nonché su quando normalmente accade in casi simili.

Per le ragioni più sopra evidenziate, nel caso di specie non appare ravvisabile con sufficiente sicurezza la sussistenza dei presupposti per poter ritenere che tra la prestazione socio-assistenziale di cui indubbiamente la Per_2 ha fruito e la prestazione sanitaria vi sia stato un nesso di inscindibilità che consenta di 'intero onere a carico sel Servizio Sanitario Nazionale, in particolare in quanto ella non è stata inserita nella Org_1 in funzione di un prestabilito programma terapeutico personalizzato e non può neppure ritenersi provato che nel corso della sua degenza le varie azioni di tipo *lato sensu* terapeutiche intraprese nei suoi confronti siano state il frutto di un coordinato lavoro di equipe da parte delle varie professionalità interes-
Pt_ che renda inscindibile il complesso delle attività svolte.

Ciò premesso, il D.Lgs. n. 502/1992, come modificato dal D.Lgs. n. 229/1999, ha demandato alle Organizzazione_5 in modo da garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione.

In base all'art. 3 septies del D.Lgs. n. 502/1992: "*Si definiscono prestazioni sociosanitarie 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 azioni di cura e quelle di riabilitazione.".*

Il D.P.C.M. 14.2.2001 ha poi definito all'art. 3, terzo comma, le prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria come "*Tutte le prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza tera-*

peutica ed intensità della componente sanitaria, le quali attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool, farmaci….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 ad elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario."

La tabella allegata al D.P.C.M. 14.02.2001 precisa, poi, come la cura e il recupero funzionale di soggetti non autosufficienti non curabili a domicilio e la cui cura avvenga tramite servizi residenziali a ciclo continuativo e diurno e compresi interventi e servizi di sollievo alla famiglia, sia posto a carico al 100% del *Org_4* in fase intensiva e per le prestazioni ad elevata integrazione prestate nella fase estensiva, mentre nelle forme di lungo assistenza semiresidenziale e residenziale il 50% è posto a carico del *Org_4* con riferimento ai costi riconducibili al valore medio della retta relativa ai servizi in possesso degli standard regionali, o in alternativa il costo del personale sanitario e il 30% per l'assistenza tutelare e alberghiera, mentre il restante 50% è carico dell'utente.

Il D.P.C.M. 29.11.2001 ha quindi individuato, all'Allegato 1.C, i c.d. LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), poi confermati dall'art. 54 L. 289/2002, ossia quelle prestazioni che, ai sensi dell'art. 1, co. 2, D.Lgs. n. 502/1992, debbono essere garantite dal *Org_4* su tutto il territorio dello Stato e che sono erogate a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente.

Come precisato dalla Suprema Corte, "*La disciplina introdotta dal D.P.C.M. 29 novembre 2001 ha quindi abbandonato la precedente classificazione, riconducendo nell'ambito del servizio sanitario le prestazioni c.d. integrate (di natura sanitaria e socio-assistenziale), 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 "forfettariamente" - secondo un valutazione legale presuntiva - in termini percentuali pari alla metà dell'importo della retta."* (v. Cass. 28.11.2017 n. 28321).

Il D.P.C.M. 12.01.2017 ha confermato la regolamentazione contenuta nei precedenti decreti, ed in base alla quale sono a carico del *Org_4* i trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale per persone richiedenti elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale, mentre sono a carico del *Org_4* nella misura del 50% della tariffa giornaliera, i trattamenti di lungo assistenza, recupero, imento funzionale, ovvero le prestazioni rese nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale di lungo assistenza, di recupero, di mantenimento funzionale e di riorientamento, a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria.

Per le considerazioni più sopra svolte la vicenda della *Per_2* è da ritenersi riconducibile a tale seconda ipotesi. In sostanza, ella è infatti stata soggetta ad un trattamento di lungo assistenza,

recupero e mantenimento funzionale mentre la *"rilevanza terapeutica e l'intensità della componente sanitaria era molto limitata per ciò che riguardava la possibilità di influenzare favorevolmente il decorso del declino psico fisico della persona"*, come riconosciuto dalla CTU.

In applicazione delle disposizioni più sopra richiamate la domanda del CP_3 , quindi, da ritenersi fondata in misura pari al 50% dell'importo da lui corrisposto alla Controparte_2 [...] , corrispondente ad € 96.428,96= sulla quale andranno computati gli interessi legali ex art. 1284, primo comma, c.c. dal 14 dicembre 2015 ed ex art. 1284, quarto comma, c.c. dalla notifica della citazione avvenuta il 25 febbraio 2019, come già statuito dal Tribunale.

Entro tale limite va anche ritenuta la parziale nullità dei contratti di espromissione da lui stipulati.

A questo punto, va affrontato il **primo motivo** dell'appello dell Parte_3 con il quale la sentenza di primo grado viene censurata per averla *avore della Controparte_2 , di quanto la stessa corrisponderà all'attore in esecuzione del capo 1) per capitale e interessi limitatamente a quelli dal 15.7.2019 fino al saldo al tasso di cui all'art. 1284 IV co. c.c.;"***.**

Secondo l'appellante la domanda proposta dalla Controparte_2 per la CP_2 era, invece, di mero accertamento per cui il Tribunale sarebbe incorso in ultrapetizione ed avrebbe violato il principio dettato dall'art. 112 c.p.c..

L'appellata rileva, tra l'altro, che l'eccezione non era stata proposta in primo grado e costituirebbe quindi domanda nuova ed inammissibile ex art. 345 c.p.c..

Tale argomentazione è, però, del tutto priva di fondamento: il motivo ora in esame dipende, infatti, dalla statuizione contenuta nella sentenza del Tribunale e la questione non poteva evidentemente essere introdotta prima della sua pronuncia e nel corso del giudizio di primo grado.

Ciò premesso, in primo grado la Commissione Sinodale per la CP_2 aveva concluso, per quanto ora interessa, nel senso che "*per il solo caso in cui veni rtato il diritto di parte attrice con conseguente condanna dell'esponente alla restituzione di somme, accertare il diritto dell'esponente a ricevere dalla Controparte_5 in persona del legale rappresentante pro tempore con sede in Firenze, piazza Santa Maria Nuova, n. 1, per le ragioni dedotte, la somma cui risulti condannata alla restituzione*".

Appare quindi evidente che la Controparte_2 non ha mai chiesto la condanna dell' Parte_3 fosse stata condannata a pagare al CP_3 ma semplicemente l'accertamento del suo diritto di ricevere la relativa somma: la sentenza di primo grado (v. in particolare il punto 3 del dispositivo) va, quindi, riformata eliminando il riferimento alla condanna ivi contenuto.

In merito alle spese di lite, va innanzitutto rilevato che il *CP_3* ha un rapporto processuale diretto soltanto con la *Organizzazione_6* ui confronti ha fatto valere la sua pretesa- ma non con l *Parte_3* : essa è parte in causa quale terza chiamata dalla convenuta che ha formulato contro di lei la domanda di cui si è appena detto.

L' *Pt_3* ha fatto valere profili attinenti al rapporto principale (ed in appello la questione di cui al primo motivo), ma ciò al fine di venir assolta dalla domanda proposta dalla Commissione Sinodale.

Inoltre, il parziale accoglimento delle impugnazioni e la parziale riforma della sentenza di primo grado (anche nella parte attinente al rapporto C.S.D.\Azienda *Part* stante la riduzione della somma che la prima ha diritto di ricevere dalla seconda e l'eliminazione della relativa condanna) comportano un nuovo regolamento delle spese del giudizio avanti al Tribunale.

Da un lato, nei rapporti tra la *Controparte_2* ed il *CP_3* il parziale accoglimento della sua domanda nonché la difficoltà di ricondurre la fattispecie concreta, in ragione delle sue peculiarità, ad una delle complesse ipotesi normativamente previste rappresentano grave ed eccezionale ragione che giustifica la compensazione delle spese in misura del 40% mentre il residuo 60% viene posto a carico della prima.

Esse vengono liquidate nell'importo già determinato dal Tribunale che appare congruo anche secondo quanto previsto dal D.M. 13.8.2022, n. 147 tenuto conto che nonostante l'accoglimento dell'impugnazione il valore del *decisum* rimane nel medesimo scaglione sino ad € 260.000,00=.

La quota del 60% corrisponde, quindi, ad € 8.058,00= per compensi ed € 487,87= per spese vive risultanti dagli atti, per un totale di € 8.545,87=, oltre rimborso forfettario in misura del 15%, CPA ed IVA sull'imponibile se non detraibile dalla parte vittoriosa.

Lo stesso criterio vale per le spese di CTU.

Quelle del gravame vengono liquidate nel seguente modo, sempre per la quota del 60%:

- ✓ Fase di studio: € 1.800,00=;
- ✓ Fase introduttiva: € 1.200,00=;
- ✓ Fase decisoria: € 3.100,00=.

Nel corso del giudizio d'appello non è stata svolta un'autonoma fase istruttoria o di trattazione e le attività difensive relative alla valutazione del materiale acquisito in primo grado vengono ad essere assorbite da quelle attinenti alle altre fasi.

Il totale è di € 6.100,00=, oltre rimborso forfettario in misura del 15%, CPA ed IVA sull'imponibile se non detraibile dalla parte vittoriosa. Dagli atti non risultano spese vive documentate.

Resta soltanto da precisare che l'impugnazione dell' *Parte_3* non coinvolge direttamente il *CP_3* per le ragioni già illustrate co to ex art. 351 c.p.c. svoltosi nella causa iscritta al n. 746\2022.

Come si è accennato, la sentenza di primo grado viene ad essere in parte riformata anche nella parte riguardante i rapporti Commissione Sinodale per la Diaconia\Azienda *Parte_3* , per cui anche in tal caso deve provvedersi ad un nuovo regolamento delle spese.

Sul punto, va rilevato che esse hanno assunto nei confronti della questione oggetto di causa la medesima posizione, hanno svolto analoghe difese e l'unica ragione di contrasto è stata quella originata dalla pronuncia di condanna del Tribunale riguardante i loro rapporti che, però, è dovuta ad una determinazione del primo giudice.

Tutto ciò rappresenta grave ed eccezionale ragione che giustifica, nei loro rapporti, l'integrale compensazione delle spese dei due gradi anche perché non è in sostanza ravvisabile una situazione di soccombenza nei rapporti tra *Controparte_2* ed *[...]* *Parte_3* .

P.Q.M.

La Corte d'Appello di Torino, Sezione Seconda Civile, definitivamente pronunciando;

a) In parziale accoglimento degli appelli proposti dalla *Parte_8* *[...]* e dall' *Parte_3* nei confronti rispettivamente di *CP_3* *[...]* e della *Controparte_2* avverso la sentenza n. 1848\2022, pubblicata il 28 aprile 2022, del Tribunale di Torino ed in parziale riforma di tale sentenza;
b) Condanna la *Controparte_2* a restituire a *Controparte_3* la somma di € 96.428,96=, oltre ad interessi legali ex art. 1284, primo comma, c.c. dal 14 dicembre 2015 ed ex art. 1284, quarto comma, c.c. dal 25 febbraio 2019 al saldo;
c) Accerta il diritto della Commissione Sinodale per la *CP_2* di ricevere dall' *[...]* *Parte_3* quanto la prima corrisponderà all'attore in forza del capo b) che precede per capitale ed interessi limitatamente a quelli maturati dal 15 luglio 2019 fino al saldo al tasso di cui all'art. 1284, quarto comma, c.c.;
d) Dichiara compensate le spese dei due gradi in misura del 40% e condanna la *CP_9* sione *Controparte_2* a rifondere a *Controparte_3* il residuo 60% liquidato - come da motivazione e già *pro quota*- in complessivi € 8.545,87= quanto al primo grado ed € 6.100,00= quanto al grado di appello, il tutto oltre a rimborso forfettario del 15%, IVA e CPA;
e) Dichiara integralmente compensate le spese dei due gradi nei rapporti tra la Commissione Sinodale per la *CP_2* e l' *Parte_3* ;
f) Pone le spese della CTU disposta in primo grado, già provvisoriamente liquidate con separato provvedimento, definitivamente a carico della *Controparte_2* *[...]* per 60% e di *Controparte_3* per il 40%.

Così deciso in Torino, in Camera di Consiglio il giorno 14 febbraio 2024

IL PRESIDENTE EST.
Alfredo GROSSO