



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
Tribunale Ordinario di Tivoli

Il Tribunale Ordinario di Tivoli in persona della dott.ssa Chiara Pulicati ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I grado RG 160/2021

tra

[REDACTED], rappresentato e difeso dall'Avv. Emanuela Astolfi – P.E.C.:
emanuelaastolfi@ordineavvocatiroma.org

OPPONENTE

E

[REDACTED] L. (C. [REDACTED] 8), in persona del rappresentante legale pro
Tempore ed in carica, rappresentata e difesa dall' [REDACTED]
[REDACTED] it;

OPPOSTA

E

[REDACTED], in persona del suo Presidente e legale rappresentante p.t.,
rappresentata e difesa, giusta procura generale alle liti per atto [REDACTED]

12/03/2021

TERZO CHIAMATO IN CAUSA

Oggetto: opposizione a decreto ingiuntivo

Conclusioni delle parti: come da memorie conclusionali depositate data 01.04.2026 per l'opponente e per l'opposta, e in data 16.04.2026 per il terzo chiamato in causa.

RAGIONI DELLA DECISIONE

Il presente giudizio trae origine dall'opposizione al decreto ingiuntivo emesso da questo Tribunale con cui la RSA convenuta chiedeva [REDACTED] il saldo delle fatture relative alla degenza della madre [REDACTED] affetta da morbo di Alzheimer, giusto atto di impegno dallo stesso sottoscritto in data 06.03.2017.

Deduce l'opponente la nullità del richiamato atto di impegno ex art. 1418 c.c. per contrarietà a norme imperative.

Preliminarmente deve osservarsi che l'attuale quadro normativo che prevede la gratuità delle prestazioni riguarda le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale previste dal D.P.C.M. 14 febbraio 2001, art. 3, comma 1 e quelle socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria previste dall'art. 3, comma 3 del citato decreto, mentre per le prestazioni di lungo assistenza destinate ad anziani e persone non autosufficienti affette da malattie croniche e degenerative, in base alla tabella di cui al D.P.C.M. 14 febbraio 2011, art. 4 comma 1 e di cui all'allegato 1 C del D.P.C.M. 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 Comune, con la compartecipazione dell'utente.

In particolare, i soggetti tenuti al pagamento delle rette di degenza sono, in varia misura a seconda del servizio concretamente erogato dalle RSA, il Servizio Sanitario Nazionale o Regionale, il Comune di domicilio o residenza dell'ospite e lo stesso utente beneficiario del servizio ovvero i suoi familiari, che hanno stipulato il contratto di ingresso nella struttura

Venendo all'ipotesi ricorrente nel caso di specie, nel caso in cui, oltre alle prestazioni socio-assistenziali, siano erogate prestazioni sanitarie, l'attività deve essere comunque considerata di rilievo sanitario e pertanto di competenza del Servizio Sanitario Nazionale, atteso che le prestazioni rese in favore del malato psichico rientrano tra le prestazioni socio-assistenziali ad elevata integrazione sanitaria, interamente a carico del S.S.N.

La Corte di Cassazione ha, infatti, precisato che: "(...) *quando l'art. 6 (del D.P.C.M. 8 agosto 1985) dispone che i ricoveri si considerano attività di rilievo sanitario se le prestazioni in essi erogati sono*

dirette, in via esclusive e prevalente: a) in caso di handicappati e disabili, alla riabilitazione o alla rieducazione funzionale; b) in caso di malati mentali, alla cura e al recupero fisico-psichico; c) in caso di tossicodipendenti, alla cura e-o al recupero e d) nel caso di anziani, alla cura degli stati morbosi non curabili a domicilio, non sembra introdurre, attraverso l'uso della congiunzione "e" che unisce i termini "cura" e "recupero" dei malati mentali, invece della congiunzione "o" che unisce gli stessi termini, riferiti ai tossicodipendenti, la distinzione tra malati mentali acuti e malati mentali cronici, al fine di escludere l'attività di cura dei secondi da quelle considerate di rilievo sanitario. Di una tale distinzione infatti non c'è traccia nella legge (...) riguardo ai malati mentali cronici, come ha già affermato questa Corte (sent. 1003/93) si deve solo accertare se in loro favore, oltre alle prestazioni socio-assistenziali siano erogate prestazioni sanitarie, ovvero sia prestata soltanto una attività di sorveglianza e di assistenza non sanitaria. Solo in questo secondo caso l'attività si potrà considerare di natura socio-assistenziale, e pertanto estranea al Servizio Sanitario, mentre nel primo si tratterà di prestazioni di rilievo sanitario di competenza del Servizio Sanitario Nazionale" (Cass. n. 14774/2019).

Venendo, quindi, ai criteri di inquadramento necessari alla configurabilità o meno di un'ipotesi di gratuità della prestazione sanitaria erogata dalla RSA, secondo un ormai consolidato orientamento di legittimità, ciò che connota la 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 (Cass., 28 novembre 2017 n. 28321 e negli stessi termini: Cass. n. 27452 e 31949 del 2018 e n. 29334 del 2019).

Ciò che rileva ai fini dell' "assistenza sanitaria obbligatoria" è la esistenza di un piano di cura personalizzato. Al contrario, qualora la prestazione socio-assistenziale 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 e il rapporto obbligatorio è regolamentato sulla base della autonomia negoziale delle parti, in difetto di norme imperative ostative all'esercizio di tale autonomia contrattuale dei privati.

Peraltro, secondo i recenti arresti della Corte di Cassazione ciò che rileva è che *“quel piano terapeutico personalizzato fosse dovuto, e che quindi sussistesse la necessità, per il paziente, in relazione alla patologia della quale risultava affetto (morbo di Alzheimer), dello stato di evoluzione al momento del ricovero e della prevedibile evoluzione successiva della suddetta malattia, di un trattamento sanitario strettamente e inscindibilmente correlato con l'aspetto assistenziale perché volto, attraverso le cure, a*

rallentare l'evoluzione della malattia e a contenere la sua degenerazione, per gli stati più avanzati, in comportamenti autolesionistici o potenzialmente dannosi per i terzi". (Cass. 1314/2023)

Orbene, nel caso di specie, l'opponente ha assolto al proprio onere probatorio in merito all'esistenza di un piano di assistenza individualizzato (presente nella cartella clinica, doc. 2) da cui si evince la somministrazione giornaliera di farmaci specialistici per la patologia primaria della degente quali Synemet e Lyrica, che non può essere somministrato se non congiuntamente alla prestazione socioassistenziale, come si ricava dalla contemporanea redazione di un progetto assistenziale riabilitativo finalizzato alla mobilitazione passiva e alla prevenzione delle piaghe da decubito. Risulta evidente, pertanto, che l'intervento sanitario volto al trattamento della sintomatologia di rilievo psichiatrico causata dalla patologia principale della ██████████ (demenza e Morbo di Alzheimer di grado severo) non può considerarsi disgiunto dal trattamento socio-assistenziale posto che è nella stessa natura della patologia richiamata l'insorgenza e il peggioramento progressivo delle funzioni della vita quotidiana quali la deambulazione, l'alimentazione autonoma, ecc.; la circostanza è maggiormente corroborata dalla presenza di ulteriori malattie concomitanti in capo alla Perroni, quali vasculopatia cerebrale, tiroidite, ipertensione, cardiopatia ischemica.

Devono pertanto ritenersi integrati i requisiti richiesti dalla normativa e dalla giurisprudenza richiamata al fine della configurazione di un'ipotesi di gratuità delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale ai sensi dell'art. 3 comma 1 e comma 3 D.P.C.M. 14 febbraio 2001, nonché del II D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, art. 3 septies, comma 2 che ha inserito nelle prestazioni sociosanitarie le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite. Viene in rilievo altresì D.P.C.M. 12 gennaio 2017 che ha confermato la regolamentazione contenuta nei precedenti decreti e che ha posto a carico del Servizio Sanitario Nazionale "i trattamenti estensivi di cura e di recupero funzionale per persone richiedenti elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale".

Poiché trattasi di prestazione socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria rientrante nei LEA, non è applicabile la legge n. 328/2000, riguardante le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria di competenza dei Comuni e che all'art. 15) fa espressamente salve *"le competenze del Servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione"*

Le difese della convenuta e della terza chiamata in causa riguardano il quadro generale della disciplina di settore e non l'individuazione del criterio che consente di separare le prestazioni socio-assistenziali

strettamente connesse a quelle sanitarie e, pertanto, a carico esclusivo del SSN, da quelle autonomamente valutabili e per le quali è consentito un contributo da parte dell'utente o dei suoi familiari.

Discende da quanto sopra esposto che la prestazione deve considerarsi di rilievo sanitario e quindi di competenza del SSN e, come tale, gratuita con esclusione di ogni compartecipazione del Comune e, nel caso specifico, dell'utente o dei suoi familiari o eredi e l'atto di impegno, di natura contrattuale, sottoscritto da Iorio Marco in data 06.03.2017 con il quale lo stesso si obbliga a corrispondere la quota del 50% della retta di degenza per la madre [redacted], deve dichiararsi nullo ex art. 1418 c.c. per contrarietà alla normativa sopra richiamata, con conseguente revoca del decreto ingiuntivo emesso.

Per quanto concerne la questione relativa alla legittimazione passiva della Regione Lazio, è fondata l'eccezione di difetto sollevata, essendo espressamente previsto dal suddetto D.P.C.M. del 14.2.2001, art. 3, primo comma, che le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale sono *“di competenza delle aziende unità sanitarie locali ed a carico delle stesse”* mentre, terzo comma, le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, pur se erogate dalle aziende sanitarie, *“sono a carico del fondo sanitario”*, come peraltro già affermato dall'art. 30 della legge n. 730 del 27.12.1983. Peraltro, come detto sopra, lo stesso D.P.C.M. nell'allegata tabella pone a carico del servizio sanitario nazionale le prestazioni a favore di *“Anziani e persone non autosufficienti con patologie cronico degenerative”* nella misura del 100% per la *“assistenza in fase intensiva e le prestazioni ad elevata integrazione nella fase estensiva”*.

Tuttavia, non può disporsi alcuna condanna in capo alla Regione Lazio alla restituzione degli eventuali pagamenti parziali effettuati da [redacted] in favore della RSA Flaminia, poiché non risultano prodotti nel presente giudizio di merito i documenti contenuti nel fascicolo monitorio.

A tale proposito, ritiene questo giudice di dar seguito al principio a mente del quale: *“La documentazione prodotta con il ricorso per ingiunzione è destinata, per effetto dell'opposizione al decreto e della trasformazione in giudizio di cognizione ordinaria, ad entrare nel fascicolo del ricorrente, restando a carico della parte opposta l'onere di costituirsi in giudizio depositando il fascicolo contenente i documenti offerti in comunicazione. Ne consegue che, in difetto di tale produzione, questi ultimi non entrano a fare parte del fascicolo d'ufficio e il giudice non può tenerne conto”* (Cass. Sez. 1, Sentenza n. 17603 del 18/07/2013 Rv. 627318 – 01, Cass. 8955/2006).

Invero, la documentazione di corredo al ricorso per decreto ingiuntivo non entra a fare parte del fascicolo di ufficio sicché non è possibile, perciò, che di essa il giudice dell'opposizione tenga conto indipendentemente da una offerta in comunicazione nel giudizio medesimo.



Tali documenti, al contrario, restano documenti di parte, destinati a entrare nel fascicolo del ricorrente, ove, per effetto dell'opposizione al decreto ingiuntivo, il procedimento si trasformi in giudizio di cognizione ordinaria (arg. ex art. 638 c.p.c., comma 3), per cui le parti hanno l'onere di costituirsi in giudizio, depositando il fascicolo contenente i documenti offerti in comunicazione.

Non essendo possibile, pertanto, per questo Giudice, esaminare la documentazione allegata al fascicolo monitorio, tra cui le fatture emesse a carico dell'opponente con la relativa indicazione dei pagamenti parziali, non può farsi luogo ad alcuna condanna alla restituzione di quanto eventualmente versato, per mancanza della relativa prova.

Le spese legali seguono la soccombenza e sono liquidate come in dispositivo.

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando, ogni diversa istanza ed eccezione disattesa o assorbita, così dispone:

- 1) Revoca il decreto ingiuntivo n. 1318/2020 (R.G. 3626/2020) del Tribunale di Tivoli;
- 2) Condanna l'opposta alla refusione delle spese del giudizio nei confronti dell'opponente 
 liquidate in 3.800,00 euro oltre iva, cpa e spese generali come per legge;
- 3) Condanna l'opposta alla refusione delle spese di giudizio nei confronti del terzo chiamato in causa Regione Lazio, liquidate in € 3.800,00 oltre iva, cpa e spese generali come per legge;

Tivoli, 25 giugno 2026

Il Giudice

Dott.ssa Chiara Pulicati

Il presente provvedimento è stato redatto in collaborazione con la dott.ssa Donatella Squillace, M.O.T. in tirocinio