



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale, in funzione monocratica, in persona del Giudice Vincenza Bennici
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa iscritta al n. 1104/2021 del Ruolo Generale degli Affari civili contenziosi vertente

TRA

COMUNE DI GROTTI, in persona del Sindaco pro tempore (Avv. Spalanca Maria)

Attore

CONTRO

ASP DI AGRIGENTO, in persona del legale rappresentante pro tempore (Avv. Ambrosetti Orazio)

Convenuta

CONCLUSIONI DELLE PARTI: cfr verbale di udienza del 17 gennaio 2025

Ragioni di fatto e di diritto della decisione

Il Comune di Grotte con ricorso ex art. 702 bis c.p.c. conveniva in giudizio l'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento chiedendo al Tribunale di ritenere e dichiarare ai sensi del D.P.R.S. del 04.06.1996, n. 158 e del D.P.C.M. 14.02.2001, il suo diritto alla percezione della somma di €. 130.098,81, più interessi e rivalutazione come per legge, o alla somma maggiore o minore ritenuta di giustizia, e per l'effetto condannare l'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento al pagamento della detta somma, a titolo di compartecipazione della quota della retta di ricovero per disabili psichici, determinata al netto del contributo familiare e regionale, nella misura del 50% per le spese sostenute dagli anni 2012 al 2017 e del 40% per quelle sostenute negli anni 2018 e 2019.

Il Comune esponeva in particolare di aver provveduto, di concerto con il Centro di Salute Mentale territorialmente competente al ricovero di n. 3 pazienti affetti da disabilità psichica e privi di sostegno familiare presso distinte comunità alloggio al fine di intraprendere un adeguato percorso terapeutico

assistenziale.

Si costituiva in giudizio l'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento, la quale eccepiva innanzitutto il difetto di giurisdizione del giudice ordinario deducendo che le pretese avanzate dal Comune rientrassero nell'ambito della giurisdizione esclusiva del giudice

amministrativo in materia di pubblici servizi ai sensi dell'art. 133, co 1, lett. c) c.p.a.

Sempre in via preliminare, la convenuta eccepiva l'intervenuta prescrizione parziale della pretesa creditoria, con riguardo alle annualità comprese tra il 2012 e 2015, ritenendo operasse, nel caso di specie, la prescrizione quinquennale e ritenendo non esser stata interrotta – medio tempore – da alcun atto interruttivo. Nel merito, ha contestato in fatto ed in diritto la domanda avanzata da parte ricorrente. Nello specifico, ha rilevato la natura di mero atto di indirizzo e coordinamento (necessitante di un intervento legislativo ad hoc per il suo recepimento) del D.P.C.M. 14.02.2001, l'assenza di norme di recepimento che rendessero operative nella Regione Sicilia le previsioni di cui al predetto decreto, l'inidoneità della documentazione contabile offerta dal Comune di Grotte a supporto della pretesa creditoria azionata.

Disposta la conversione del rito ai sensi dell'art. 702 ter c.p.c., la causa è stata istruita mediante l'acquisizione della documentazione prodotta dalle parti e posta in decisione all'udienza del 17 gennaio 2025.

Ciò premesso, preliminarmente va disattesa l'eccezione di difetto di giurisdizione, dovendo rilevarsi che le Sezioni Unite (Sez. U, Sentenza n. 20401 del 2019, Cass. S.U. 30 luglio 2008 n. 20586, e, già prima, Cass. S.U. n. 14986 del 2005), hanno affermato che, alla luce della sentenza della Corte Costituzionale n. 204 del 2004 che ha dichiarato la parziale incostituzionalità dell'art. 33 del d.lgs. n. 80 del 1998, come modificato dall'art. 7 della legge n. 205 del 2000, la controversia per il pagamento di rette di degenza relative a pazienti ricoverati per problemi psichici rientra nella giurisdizione del giudice ordinario, sia nel caso in cui si ritenga che la prestazione in favore del ricoverato integri una prestazione sanitaria, sia nel caso in cui sia ritenuto prevalente il carattere socio- assistenziale di tale prestazione. In entrambi i casi, infatti, il rapporto dedotto in giudizio non si ricollega ad un esercizio di poteri autoritativi dell'amministrazione in quanto non implica alcun sindacato su provvedimenti della Pubblica Amministrazione.

Sebbene gli arresti riguardino specificamente controversie svolte tra le case di cura, il comune e l'ASP, deve ritenersi sussistente, anche per la fattispecie in esame, la giurisdizione del giudice ordinario, non venendo in rilievo l'esercizio di poteri discrezionali della P.A., né si presuppone alcun sindacato di atti provvedimenti o rapporti costituiti o modificati da atti di tale specie.

Parte ricorrente, infatti chiede la quota di compartecipazione - che secondo la sua

prospettazione troverebbe fondamento in un'obbligazione ex lege -, alle spese sostenute per ogni assistito per ricovero e mantenimento, concordati con il centro di salute mentale competente territorialmente che ha predisposto un progetto terapeutico riabilitativo personalizzato.

Parimenti infondata è l'eccezione prescritta quinquennale a mezzo del richiamo dell'ASP all'art. 2948 n. 4 c.c. prevista per tutto ciò che deve pagarsi periodicamente ad un anno ovvero in termini più brevi.

Nel caso in esame infatti nessuna norma prevede che la contribuzione dell'ASP debba essere erogata con una specifica cadenza (annuale o infrannuale).

Pertanto, deve ritenersi operante l'ordinaria prescrizione decennale.

Sgomberato il campo da tali eccezioni, va ora osservato che, a fronte della pretesa creditoria de qua azionata nei confronti di parte convenuta, la difesa dell'ASP si basa sostanzialmente sulla natura meramente programmatica della normativa di settore che non consentirebbe di poter configurare il più volte richiamato obbligo di compartecipazione alle spese sostenute dal Comune.

Pertanto, al fine di stabilire ed individuare i soggetti pubblici e privati sui quali debbano gravare, in tutto o in parte, le spese per le prestazioni erogate in favore dei soggetti disabili psichici occorre preliminarmente richiamare brevemente la disciplina giuridica sottesa al caso in esame e procedere ad una ricognizione dell'evoluzione del quadro normativo in riferimento alla disciplina riservata alle "prestazioni socio-assistenziali" erogate a favore di persone disabili o anziane comunque non autosufficienti.

Viene quindi in rilievo, in primo luogo, la L. 833/1978, istitutiva del SSN; ai sensi dell'art. 5, la funzione di indirizzo e coordinamento delle attività amministrative delle Regioni in materia sanitaria è esercitata dallo Stato con legge o atto avente forza di legge, nonché mediante deliberazione del Consiglio dei ministri.

Viene altresì in rilievo la L. 730/1983, istitutiva delle USL, che all'art. 30 stabilisce che enti locali e Regioni possono avvalersi delle Unità Sanitarie Locali per l'esercizio delle proprie competenze nelle attività di tipo socio assistenziale e prevede che sono a carico del fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio- assistenziali.

Quindi, il D.P.C.M 08.08.1985 - contenente la prima definizione di attività sanitaria connessa a quella di tipo assistenziale, sia in termini positivi, sia negativi, escludendovi quelle attività direttamente ed esclusivamente socio-assistenziali, anche se indirettamente finalizzate alla tutela della salute del cittadino, come, in particolare, i ricoveri in strutture

protette in mera sostituzione, sia pure temporaneamente, dell'assistenza familiare - ha stabilito, all'art. 6, che *“rientrano tra le attività socio-assistenziali di rilievo sanitario, con imputazione dei relativi oneri sul Fondo Sanitario Nazionale, i ricoveri in strutture protette, comunque denominate, sempre che le stesse svolgano le attività di cui all'art. 1. Le prestazioni in esse erogate devono essere dirette, in via esclusiva o prevalente: [...] alla cura degli anziani, limitatamente agli stati morbosi non curabili a domicilio.*

Nei casi in cui non sia possibile, motivatamente, disgiungere l'intervento sanitario da quello Socio-assistenziale, le regioni possono, nell'ambito delle disponibilità finanziarie assicurate dal Fondo sanitario nazionale, avvalersi mediante convenzione di istituzioni pubbliche o, in assenza, di istituzioni private. In questi casi le regioni possono prevedere che l'onere sia forfettariamente posto a carico, in misura percentuale, del Fondo sanitario nazionale o degli enti tenuti all'assistenza sociale in proporzione all'incidenza rispettivamente della tutela sanitaria e della tutela assistenziale, con eventuale partecipazione da parte dei cittadini”.

Successivamente, con la riforma sanitaria di cui al D.lgs. 502/1992 (come modificato dal D.lgs. 229/1999), è stata fornita nuova più approfondita definizione delle prestazioni socio – sanitarie, individuate, ai sensi del primo comma dell'art. 3 septies, in tutte quelle *“... attività atte a soddisfare mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione”.*

Il secondo comma della richiamata disposizione di legge ha previsto che le prestazioni socio- sanitarie comprendono: *“a) 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; b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute”.*

L'articolo in esame ha per la prima volta contemplato pure le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, definite dal quarto comma come *“caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e [che] attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative. Le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono assicurate dalle aziende*

sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dai piani nazionali e regionali, nonché dai progetti obiettivo nazionali e regionali”.

L'esatta individuazione delle prestazioni socio-sanitarie è stata fornita con l'emanazione del D.P.C.M. 14.02.2001, che ha precisato: 1) *che sono da considerare prestazioni sanitarie a rilevanza sociale “... le prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite, contribuendo, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione alla vita sociale e alla espressione personale. Dette prestazioni, di competenza delle aziende unità sanitarie locali ed a carico delle stesse, sono inserite in progetti personalizzati di durata medio/lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali”;* 2) *che sono da considerare prestazioni sociali a rilevanza sanitaria “... tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.*

Tali attività, di competenza dei comuni, sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai comuni stessi e si esplicano attraverso: [...] d) *gli interventi di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semiresidenziali di adulti e anziani con limitazione dell'autonomia, non assistibili a domicilio.[...] Dette prestazioni, inserite in progetti personalizzati di durata non limitata, sono erogate nelle fasi estensive e di lungo assistenza”;* 3) *che sono da considerare prestazioni socio – sanitarie ad elevata integrazione sanitaria di cui all'art. 3 septies del D.Lgs 502/1992 “...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 alle funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lungo assistenza.

Per quanto concerne l'intensità dell'intervento l'art. 2 comma quarto del richiamato D.P.C.M. 14.02.2001 individua le seguenti fasi: a) la fase intensiva, caratterizzata da un impegno riabilitativo specialistico di tipo diagnostico e terapeutico, di elevata complessità e di durata breve e definita, con modalità operative residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari; b) la fase estensiva, caratterizzata da una minore intensità terapeutica, tale comunque da richiedere una presa in carico specifica, a fronte di un programma assistenziale di medio o prolungato periodo definito; c) la fase di lungo assistenza, finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale possibile e a rallentare il suo deterioramento, nonché a favorire la partecipazione alla vita sociale, anche attraverso percorsi educativi.

L'art. 4 comma 1 prevede che *“la regione nell'ambito della programmazione degli interventi socio-sanitari determina gli obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie, ivi compresi i criteri di finanziamento, tenendo conto di quanto espresso nella tabella allegata. A”*.

Per quanto riguarda le modalità di finanziamento e le prestazioni da erogare la tabella allegata al D.P.C.M. 14.02.2001, prevede condizioni differenziate per i disabili e per gli anziani e persone non autosufficienti con patologie cronico degenerative.

Per i primi (disabili) è previsto che l'assistenza attraverso interventi diretti al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minoranze fisiche, psichiche e sensoriali e tramite prestazioni domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali e di assistenza protesica, siano integralmente a carico del SSN nei casi di assistenza in fase intensiva, di prestazioni ad elevata integrazione nella fase estensiva e nei casi di responsabilità minimale.

Per quanto riguarda la tutela del disabile attraverso prestazioni di riabilitazione, educative e di socializzazione, di facilitazione all'inserimento scolastico e lavorativo, in regime domiciliare, semiresidenziale e residenziale nella fase di lungo assistenza, sono integralmente a carico del SSN le prestazioni diagnostiche, riabilitative e di consulenza specialistica; l'assistenza è invece posta a carico del SSN e dei Comuni secondo una ripartizione rispettivamente del 70% e del 30% per i disabili gravi e secondo una ripartizione del 40% e 60% per i disabili privi di sostegno familiare nei servizi di residenza permanente.

La menzionata tabella allegata al D.P.C.M. 14.02.2001 prevede invece per anziani e persone non autosufficienti con patologie cronico – degenerative la eguale ripartizione al

50% fra Comuni e SSN delle spese di cura e recupero funzionale nelle forme di lungo – assistenza in strutture semiresidenziali e residenziali, con riferimento ai costi riconducibili al valore medio della retta relativa ai servizi in possesso degli standard regionali, salva l'integrale copertura del SSN per le sole prestazioni in fase intensiva e di quelle ad elevata integrazione nella fase estensiva

In particolare, al punto 2 della tabella A allegata al DPCM 14 febbraio 2001, contenente *“Prestazioni e criteri di finanziamento”*, con riguardo alla tutela del disabile *“attraverso prestazioni di riabilitazione, educative e di socializzazione.... in regime domiciliare, semiresidenziale e residenziale...”*, si prevedono i seguenti criteri di finanziamento e le seguenti compartecipazioni:

- a) 100% SSN per le prestazioni diagnostiche, riabilitative e di consulenza specialistica;
- b) 70% SSN - 30% a carico dei Comuni (fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale), per l'assistenza in strutture semiresidenziali e residenziali per disabili gravi, in strutture accreditate sulla base di standard regionali;
- c) 40% SSN – 60% Comuni (fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale), per assistenza a disabili gravi privi di sostegno familiare, nei servizi di residenza permanente.

È documentato che, nella fattispecie in esame, il Comune di Grotte abbia provveduto, di concerto con l'ASP competente - Centro Salute Mentale di Canicattì che ha predisposto un progetto terapeutico riabilitativo personalizzato -, a ricoverare alcuni cittadini affetti da disabilità psichica (v. specifico elenco contenuto in ricorso e documentazione allegata) in regime residenziale o semiresidenziale presso strutture convenzionate, sostenendo spese per il ricovero stesso e per i progetti terapeutici.

Afferma quindi il Comune il suo diritto alla ripetizione nei confronti dell'ASP resistente, nella misura del 50% per le spese sostenute dagli anni 2012 al 2017 e del 40% per quelle sostenute negli anni 2018 e 2019.

Va innanzitutto rilevato che dal tenore testuale del decreto la compartecipazione del SSN alle spese sostenute dai Comuni costituisce una delle “finalità” dello stesso atto di indirizzo cui le Regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e Bolzano *“provvedono secondo quanto previsto nei rispettivi ordinamenti”* (v. art 6, “Norma di garanzia per le regioni a statuto speciale e per le province autonome di Trento e Bolzano”). Per quanto concerne la Regione Sicilia il DPCM 14 febbraio 2001 è stato richiamato nel Decreto Presidenziale del 4 novembre 2002 contenente *“linee guida per l'attuazione del*

piano socio-sanitario della Regione Siciliana” che lo cita al punto 3.7 quale “*riferimento fondamentale sul piano normativo in merito all’atto di indirizzo e coordinamento dell’integrazione socio-sanitaria*”, riprendendo anche il suo contenuto.

Non appare condivisibile la giustificazione dell’ASP resistente secondo cui l’operatività delle disposizioni menzionate sarebbe necessariamente condizionata all’emanazione di norme di attuazione da parte della regione siciliana.

In primo luogo, benché il DPCM 14-2-2001 costituisca un mero atto di indirizzo e coordinamento, dal testo è chiaramente individuabile un nucleo essenziale a contenuto precettivo, nella parte in cui prevede l’obbligo dell’ASP alla compartecipazione alle spese per l’assistenza dei disabili psichici; infatti, se è vero che il decreto rimette ad ulteriori atti di dettaglio l’individuazione in concreto della misura della compartecipazione, la tabella allegata al documento indica già un range di riferimento per la ripartizione della spesa (30%-70%) cui le regioni si debbono attenere (art 4 comma 1: “*la regione..... determina i criteri di finanziamento, tenendo conto di quanto espresso nella tabella allegata. A*”).

Già, peraltro, in qualche arresto la giurisprudenza amministrativa facendo riferimento alla tabella e alle percentuali di compartecipazione per la lungo assistenza dei soggetti disabili a carico del SSN e del comune, sia pur occupandosi della correlata questione della compartecipazione dell’utente nell’ipotesi in cui trasferisca a carico dello stesso l’intera quota di pertinenza comunale, sembra implicitamente riconoscere la natura precettiva della norma contenuta nell’*“Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”* evidenziando in particolare che la generica clausola “*fatta salva la compartecipazione da parte dell’utente prevista dalla disciplina regionale e comunale*” non consente un potere di traslazione sull’utente dell’intera quota di competenza di uno dei due soggetti pubblici tenuti ma, interpretata alla luce del sistema, consente che una parte di detta quota (o, in ipotesi, una parte di entrambe), gravi sull’utente, in ragione della capacità reddituale di quest’ultimo (così, Tar Palermo 10 ottobre 2012).

In secondo luogo, il citato DPCM è stato emanato in attuazione dei principi espressi dall’art. 2 comma 1, lett. n) della L. 30 novembre 1998, n. 419, che per l’appunto, prevedeva l’emanazione di un atto di indirizzo e coordinamento “*che assicuri livelli uniformi delle prestazioni socio-sanitarie di alta integrazione sanitaria, anche in attuazione del Piano sanitario nazionale*”.

In quest’ottica, il “*livello uniforme nelle prestazioni socio-sanitarie*” (che si ritrova anche nell’art. 1, 2° co., del d.lg. 229/1999, Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale) nella logica del DPCM 14 febbraio 2001 trova la sua ratio ispiratrice nel

principio di integrazione socio-sanitaria delle prestazioni, dando rilievo anche alla dimensione economica e finanziaria dell'integrazione stessa, richiamando una serie di principi che devono ispirare la programmazione degli interventi dei soggetti pubblici coinvolti ("sussidiarietà", "cooperazione", efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, "copertura finanziaria e patrimoniale", v. art.4).

L'aspetto finanziario dell'integrazione rende necessario svolgere ulteriori considerazioni. Non può dimenticarsi infatti che l'attività sanitaria e socio-sanitaria rivolta alle persone con problemi psichiatrici o con disabilità psichica è ricompresa tra i livelli essenziali di assistenza (LEA) già previsti dal DPCM 29 novembre 2001 (in G.U. Serie Generale n. 33-8 febbraio 2002), poi sostituito dal DPCM 12 gennaio 2017, contenente "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".

La legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 (Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione), ha introdotto nell'art. 117 Cost. l'espressa enunciazione della garanzia di livelli essenziali e uniformi nelle prestazioni concernenti diritti appositamente individuati dal Legislatore statale: prestazioni tra le quali assumono rilievo pregnante proprio i LEA che già la L 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale) e il citato dlgs 19 giugno 1999, n. 229 individuavano come livelli definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze.

La determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali non è tanto una "materia" in senso stretto, quanto una competenza del Legislatore statale «idonea ad investire tutte le materie, rispetto alle quali il legislatore stesso deve poter porre le norme necessarie per assicurare a tutti, sull'intero territorio nazionale, il godimento di prestazioni garantite, come contenuto essenziale di tali diritti, senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle» (Corte Cost, sentenza 62/2013).

Il giudice delle leggi poi, in svariate occasioni, occupandosi della tematica della spesa sanitaria, ha posto l'accento sulla necessità di individuare strumenti per conciliare l'esigenza di assicurare la universalità e la completezza delle prestazioni sanitarie "*con la limitatezza delle disponibilità finanziarie che annualmente è possibile destinare...*" (Corte Cost. –Sentenza n. 111/2005).

A fronte di prestazioni essenziali previste dal Legislatore statale a tutela di beni di rango costituzionale e che presuppongono un intervento - nel rispetto delle reciproche

competenze - di diverse amministrazioni, nel rispetto del principio di "cooperazione" (deve rammentarsi, al riguardo, che il Comune provvede a collocare i cittadini affetti da disabilità psichica in comunità alloggio di concerto con l'Azienda Sanitaria, ovvero con il Centro di salute mentale che provvede ad elaborare un piano terapeutico personalizzato), il concorso alla spesa dei soggetti pubblici coinvolti nell'esecuzione della prestazione stessa diviene, quindi, altrettanto indispensabile. Ciò al fine di realizzare una gestione della funzione sanitaria pubblica efficiente, capace di rispondere alle istanze dei cittadini coerentemente con le regole di bilancio e dei principi di pianificazione finanziaria dei soggetti pubblici, per assicurare al contempo i LEA e la tenuta dei conti.

D'altronde non risponderebbe al principio di ragionevolezza affermare da un lato l'inesistenza di un obbligo di compartecipazione ma, allo stesso modo, dare rilievo al ruolo del Servizio Sanitario nell'elaborazione dei piani terapeutici personalizzati dei soggetti collocati nelle comunità alloggio.

In altre parole, non può sostenersi, per un verso, che il DPCM presupponga una normativa di dettaglio per l'obbligo di compartecipazione dell'ASP e, contemporaneamente, dare esecuzione alla stessa fonte normativa nell'erogazione di quelle prestazioni che, nell'ottica dell'integrazione socio sanitaria, rientrano nella competenza del Servizio sanitario.

Del resto nello stesso DPCM 14 febbraio 2001 l'individuazione dei livelli essenziali e uniformi per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie è effettuata contestualmente con l'indicazione dei soggetti pubblici tenuti a contribuire in misura percentuale alla spesa, tenuto conto della natura e della complessità delle varie prestazioni ivi descritte e delle figure professionali che intervengono: un binomio inscindibile anche per garantire la sostenibilità della spesa pubblica per le prestazioni erogate (In quest'ottica anche le linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della Regione Siciliana di cui al D. P. 4 novembre 2002, nel recepire integralmente il DPCM 14 febbraio 2001, pongono l'accento sul nucleo essenziale del decreto, costituito dalla classificazione della tipologia delle prestazioni socio-sanitarie nonché dai "*criteri di finanziamento*", in GURS n. 53 del 22.11.2002, punto 3.7.)

La compartecipazione alla spesa da parte dei soggetti pubblici coinvolti appare quindi condizione necessaria per la tutela uniforme del bene salute e dei LEA in tutto il territorio nazionale, nonché corollario del più generale principio del pareggio di bilancio, costituzionalizzato per effetto della L 1/2012, secondo cui tutte le amministrazioni pubbliche devono assicurare l'equilibrio tra le entrate e le spese del bilancio e la sostenibilità del debito (art. 97 comma 1 Cost.).

I principi sopra espressi sono in linea anche con le più recenti sentenze della Corte Costituzionale, che soffermandosi sul dovere di garantire integralmente i livelli essenziali di assistenza sanitari, dichiarando illegittime alcune disposizioni della Regione siciliana volte a favorire una diversa utilizzazione dei finanziamenti, ha avuto modo di precisare in linea più generale che “... la determinazione, il finanziamento e l'erogazione dei LEA compone un sistema articolato il cui equilibrio deve essere assicurato dalla sinergica coerenza dei comportamenti di tutti i soggetti coinvolti nella sua attuazione” (Corte Cost., Sentenza n 62/2020).

In definitiva in un quadro solidaristico, ispirato anche all'esigenza di contemperare la qualità della prestazione con le risorse del settore sanitario, deve ritenersi corrispondente ai principi costituzionali già descritti oltre al più generale principio di “sussidiarietà verticale o fra le istituzioni”, la compartecipazione alla spesa, già anticipata interamente dal Comune, da parte dell'odierna resistente. Non può dubitarsi che nella fattispecie si determini dal lato passivo una obbligazione solidale gravante a pieno titolo su ciascuno dei soggetti pubblici coinvolti (comune e ASP) in tutte le fasi relative alla gestione del paziente affetto da disabilità psichiche cui si rivolgono le prestazioni socio-sanitarie.

Peraltro, è il caso di evidenziare che altre Asp della regione siciliana, anche in assenza di una normativa regionale di dettaglio indicante l'esatta misura della contribuzione, hanno già recepito il nucleo precettivo delle disposizioni del DPCM 14 febbraio 2001 prevedendo forme di integrazione della spesa per i disabili psichici, come si evince dalla determina del 19 settembre 2016 dell'Asp di Enna che ha avviato dei progetti e piani di azione locale con la previsione di una compartecipazione del 50% per i progetti concordati con i comuni e, nella misura del 30%, per i Comuni rimasti estranei ai summenzionati progetti.

Non si ignora poi, che più di recente è stata emanata la Circolare dell'Assessorato della famiglia, delle politiche sociali e del lavoro del 26 giugno 2018 (in GURS del 6.7.2018) indicante nel “40% giusta LEA”, la misura della contribuzione dell'ASP per l'assistenza dei disabili psichici in Sicilia.

Con la successiva circolare 25 ottobre 2018 (GURS 9-11-2018) l'Assessorato ha ulteriormente chiarito che “*alla retta di ricovero dei disabili psichici partecipano: – la Regione siciliana - Dipartimento della famiglia e delle politiche sociali - nei limiti degli stanziamenti di bilancio che vengono equamente ripartiti, a titolo di contribuzione; – le ASP con compartecipazione pari al 40%; – i comuni per la restante quota parte a copertura dell'intero. La funzione della Regione siciliana - Dipartimento della famiglia e*

delle politiche sociali - resta esclusivamente quella di contribuire in compartecipazione con ASP (40%) e comuni (restante quota) delle rette di ricovero. Ovviamente il Dipartimento della famiglia e delle politiche sociali mantiene compiti di vigilanza e monitoraggio della corretta utilizzazione dei fondi trasferiti ai comuni.”

Sebbene sia noto che la circolare, per la sua natura, non possa essere considerata alla stregua di norme regolamentari vere e proprie, è indubitabile che le indicazioni fornite dall'Assessorato, anche in ordine alla misura della compartecipazione dell'ASP e alla necessità che il pubblico servizio sia fornito a seguito di stipula di un atto convenzionale tra il Comune e le cooperative, corrobora quanto sinora sostenuto circa l'esistenza di un obbligo ex lege di compartecipazione, espressione del principio generale dell'integrazione socio-sanitaria valevole per l'intero territorio nazionale e dei principi costituzionali in materia di spesa pubblica che, certamente, non possono essere compressi o trascurati nell'attesa della normativa regionale di dettaglio.

Questo Tribunale, pertanto, ritiene che sia infondata e debba essere disattesa la contestazione dell'Azienda sanitaria convenuta, in base alla quale andrebbe attribuita agli atti normativi secondari richiamati la natura di atti meramente programmatici privi di efficacia cogente, con la conseguente esclusione di qualsivoglia obbligazione in capo all'ASP.

La prospettazione appena sintetizzata confligge, da un lato, con la chiara indicazione percentuale proveniente dalle citate previsioni secondarie; dall'altro lato, con il dato in base al quale le Aziende sanitarie sono titolari di una obbligazione ex lege, la cui esistenza non può essere condizionata, anche in ragione di evidenti esigenze di coerenza e gerarchia del sistema delle fonti, dall'adozione o dalla mancata adozione di normativa di rango secondario.

È inoltre da evidenziare come, laddove si volesse, in ipotesi, prescindere dalle indicazioni provenienti dalla disciplina secondaria menzionata, ciò non condurrebbe affatto ad affermare l'insussistenza dell'obbligazione ex lege gravante sull'ASP ma determinerebbe, al più, la necessità di fare applicazione del criterio codicistico del concorso paritario alla spesa (art. 1298 c.c.).

Facendo applicazione della disciplina appena ripercorsa al caso di specie, va evidenziato che il Comune di Grotte ha depositato le fatture rilasciate dalle strutture individuate per la prestazione dei servizi socio-sanitari, le determinazioni di pagamento adottate dall'ente locale con relativi mandati di pagamento e quietanze (doc. all. 16 e ss. parte attrice) e gli atti con cui l'ASP convenuta ha confermato l'opportunità dei ricoveri dei cittadini affetti

da patologie psichiatriche A fronte della copiosa documentazione depositata, l'ente convenuto non ha formulato specifica contestazione rispetto all'effettiva erogazione dei servizi né ha contestato l'avvenuto pagamento dei relativi corrispettivi da parte dell'ente comunale. Neppure l'ASP convenuta ha in alcun modo contestato la documentazione proveniente dalla ASP medesima, che ha assunto la responsabilità di confermare l'effettiva necessità ed opportunità dei ricoveri.

Quanto alla contestazione secondo cui per i disabili R.R. e R.C. mancherebbe la prova dell'autorizzazione da parte del Csm dell'inserimento in Comunità alloggio basterà rilevare che essa non tiene conto del fatto che i soggetti menzionati corrispondono a Rame Roberto (R.R.), e Rame Carmelo (R.C.), per i quali sono stati prodotti i documenti recanti l'autorizzazione all'inserimento.

I presupposti fattuali dell'obbligazione devono pertanto ritenersi accertati.

In conclusione, il Comune ha il diritto alla ripetizione nella misura del 40% delle spese sostenute per il ricovero dei disabili e le relative prestazioni accessorie (ammontante ad euro 276.852,75) e, dunque, al rimborso della somma di € 110.741,10, in luogo della maggiore somma richiesta in ricorso.

L'ASP va pertanto condannata al versamento in favore del Comune del predetto importo, oltre interessi dalla domanda al soddisfo.

Le spese seguono la soccombenza e vengono liquidate in dispositivo tenendo conto del valore della controversia determinato in base al criterio del decisum, e dei parametri minimi previsti dal DM 55/2014 tenuto conto del mancato svolgimento di attività istruttoria e dell'attività difensiva in concreto svolta dai procuratori delle parti.

P.Q.M.

Il Giudice unico del Tribunale di Agrigento, definitivamente pronunciando ogni diversa ragione ed eccezione disattesa e respinta, così provvede:

- condanna l'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento al pagamento in favore del Comune di Grotte, per i titoli di cui alla parte motiva, della somma di € 110.741,10, oltre interessi dalla domanda al soddisfo;
- condanna la convenuta a rifondere al Comune di Grotte le spese processuali, che si liquidano ai sensi del DM 55/2014 nell'importo di € 7.458,50, di cui euro 7.052,00 per compensi e euro 406,50 per spese, oltre accessori di legge

Agrigento, 28.2.2025

Il Giudice
Vincenza Bennici

(atto firmato digitalmente)