

N. R.G. 2082/2016



TRIBUNALE ORDINARIO di VICENZA
VERBALE DELLA CAUSA

tra

COMUNE DI ...

e

COOPERATIVA SOCIALE

In prosecuzione del verbale cartaceo in data odierna ad ore 18,00 avanti al Giudice Istruttore dott. Luigi Giglio, nessuno è comparso.

Il Giudice pronuncia la seguente sentenza ai sensi dell'art. 281 sexies c.pc.

La sentenza viene immediatamente depositata in via telematica.

Il Giudice
dott. Luigi Giglio





TRIBUNALE ORDINARIO DI VICENZA

Repubblica Italiana

In nome del Popolo Italiano

Il Tribunale di Vicenza, in persona del Giudice Unico, dott. Luigi Giglio, ha pronunciato 281 sexies c.p.c. la seguente la seguente

Sentenza

nella causa iscritta il n. 2082/2016 R.G.

promossa da

Comune di

in persona del Sindaco pro-tempore

rappresentato e difeso dall'Avv. Emanuele Calienno del foro di

Vicenza;

opponente

contro

Cooperativa Sociale,

in persona del legale

rappresentante pro-tempore

rappresentata e difesa

dall'Avv. del foro di Vicenza;

opposta

In punto: opposizione al decreto ingiuntivo n. 114/2016

Concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto

Con atto di citazione in opposizione a decreto ingiuntivo, il Comune di [redacted] si è opposto alla richiesta monitoria azionata da [redacted] Cooperativa Sociale.

Quest'ultima ha chiesto il pagamento delle somme maturate per effetto del ricovero del minore [redacted] all'interno della struttura, sita in [redacted]. Il minore [redacted] è rimasto presso la Comunità [redacted], gestita dalla convenuta opposta, dall'aprile [redacted] sino al [redacted]; pertanto, l'intervento di tutela nei confronti del minore stesso non è mai cessato, dal suo inserimento nella predetta Comunità, quando la residenza della sua famiglia era nel Comune di [redacted], fino al [redacted].

Istauratosi regolarmente il contraddittorio, il giudicante riservava la decisione sulla provvisoria esecutività al d.i. opposto, previa assegnazione dei termini per il deposito



di memorie istruttorie. Indi, non venivano ammessi mezzi istruttori, anche perché non richiesti; la causa veniva rinviata successivamente per la decisione a seguito di discussione e trattazione orale con termine per note conclusive.

La permanenza del minore presso la struttura convenuta, con inserimento continuo h 24, non è mai stata interrotta e il minore non è più rientrato stabilmente in famiglia. Il Comune di [REDACTED] ha provveduto alla corresponsione del 50% della retta fino a quando ha avuto in carico il minore, ossia sino al [REDACTED], data alla quale la permanenza del minore nella struttura doveva cessare, come da verbale di U.V.M.D. del [REDACTED]; il proseguimento della permanenza del minore nella struttura, evidentemente definito per motivi sopravvenuti, ha comportato l'assunzione volontaria della spesa da parte del Comune di [REDACTED], presso il quale i genitori avevano nel frattempo trasferito la residenza del nucleo familiare. Successivamente, a seguito del trasferimento della residenza del nucleo familiare presso il Comune di [REDACTED], quest'ultimo si è preso carico di provvedere alla corresponsione della retta giornaliera, stante il rifiuto del Comune di [REDACTED] di mantenere l'onere a proprio carico in ragione del sopraggiunto trasferimento di residenza del nucleo familiare. Al venir meno dell'impegno di spesa da parte del Comune di [REDACTED], l'ente locale non è più stato invitato alle sedute dell'U.V.M.D., rimanendo, pertanto, estraneo alle valutazioni in ordine all'opportunità o necessità del proseguimento della permanenza del minore presso la struttura. La domanda della Società Cooperativa opposta riguarda la ripetizione delle somme relative al ricovero del minore [REDACTED] nella propria struttura, con riferimento alle spese in quota "a rilievo socio-assistenziale" connesse a quelle di rilievo sanitario, corrisposte dal S.S.N.

Va preliminarmente osservato come parte attrice opponente abbia contestato, con la citazione in opposizione, la debenza dell'importo azionato in via monitoria, eccependo la propria carenza di legittimazione passiva, per non esserle temporalmente imputabili le somme richieste, e nel corso nel giudizio, con la memoria n. 3 ex art. 183 c.6 c.p.c., per avere eccepito l'esclusiva spettanza in capo



al S.S.N. degli oneri conseguenti al ricovero del minore ██████, in ragione della patologia da cui è affetto.

L'opposizione va accolta, andando, per l'effetto, revocato il decreto ingiuntivo impugnato, per tutto quanto in appresso specificato.

L'opposizione a decreto ingiuntivo, che si pone come fase ulteriore del procedimento già iniziato con il deposito del ricorso per ingiunzione, dà luogo ad un giudizio di cognizione – che si svolge secondo il rito ordinario in contraddittorio fra le parti – avente ad oggetto la domanda proposta dal creditore con il ricorso per ingiunzione e nel quale le parti, pur apparentemente invertite, conservano la loro posizione sostanziale, rimanendo così soggette ai rispettivi oneri probatori. Pertanto, il creditore ha, nella presente fase, l'onere di provare tutti i fatti costitutivi del diritto vantato e, in particolare, l'esistenza e la misura del credito azionato nelle forme della tutela monitoria.

Fatte queste generali premesse, va ricordato che in diritto, sulla base della riforma sanitaria del 1978, tutti i cittadini hanno diritto alla erogazione gratuita delle prestazioni di carattere sanitario. L'art. 30 della legge n. 730 del 1983 dispone che sono a carico del fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali. In sostanza la norma ha assegnato preminente rilievo alla natura sanitaria delle prestazioni erogate, tale da assorbire anche le prestazioni meramente di assistenza e di supporto (Cass. Sezioni Unite n. 1003 del 1993 e Cassazione Prima Civile n. 4558 del 2012). In detta ultima decisione la Cassazione ha rilevato anche che, ove vi sia tale stretta correlazione tra i due tipi di prestazioni, vige la totale competenza del servizio sanitario nazionale. Tale orientamento è emerso anche dalla decisione della Suprema Corte n. 22776 del 2016: "In tema di prestazioni a carico del S.S.N., l'art. 30 della l. n. 730 del 1983 - che per la prima volta ha menzionato le attività di rilievo sanitario connesse con quelle assistenziali - deve essere interpretato, alla stregua della L.n. 833 del 1978, che prevede l'erogazione gratuita delle prestazioni a tutti i cittadini, entro i livelli di assistenza uniformi definiti con il piano sanitario nazionale, nel senso che, nel caso in cui oltre alle prestazioni socio - assistenziali siano erogate prestazioni sanitarie,



tale attività, in quanto diretta in via prevalente alla tutela della salute, va considerata comunque di rilievo sanitario e, pertanto, di competenza del S.S.N.”.

Ma è altrettanto vero che la connessione tra prestazioni sanitarie e prestazioni assistenziali va riconosciuta, tenuto conto dei principi irrinunciabili della Carta Costituzionale come ambito inviolabile della dignità umana, anche dalla definizione del diritto alla salute che si ricava anche dagli strumenti internazionali, a cominciare dalla Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, del pari a livello europeo, la Carta sociale europea, promossa dal Consiglio d'Europa, per assicurare l'effettivo esercizio del diritto all'assistenza sociale e medica, in particolare per quanti non abbiano mezzi sufficienti.

Inoltre, tra i casi di rilievo sanitario deve farsi rientrare anche quello relativo alle spese derivanti non da una mera attività di sorveglianza e di assistenza, bensì da un trattamento farmacologico somministrato in struttura residenziale protetta, in favore di un soggetto affetto da grave patologia psichiatrica, trattandosi di spese riconducibili alle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale secondo le previsioni della L. n.833 del 1978 e del DPCM del 8.8.1985 (Cass. n. 22776 del 2016).

Invece, con riguardo alla struttura di accoglienza secondo le disposizioni di cui alla legge n. 833 del 1978, deve considerarsi sanitaria ogni struttura che tenda al mantenimento ed al recupero della salute del malato (Cass. Sez. Lav. 22776/16).

Invero, l'art.25, comma 1, della L. 833 del 1978 definisce le prestazioni curative come quelle consistenti nell'assistenza medico generica, specialistica, infermieristica, ospedaliera e farmaceutica e il DPCM del 1985 include tra le attività socio-assistenziali di rilievo sanitario i ricoveri in strutture protette extra ospedaliere nell'ambito dei quali le prestazioni sono dirette, in via esclusiva o prevalente, fra l'altro, “al recupero fisio-psichico dei malati mentali”.

Ma non solo. La corretta interpretazione di tali fonti normative consente, pertanto, di includere nelle prestazioni socio-assistenziali di rilievo sanitario i trattamenti farmacologici somministrati con continuità a soggetti con grave psicopatologia cronica, ospitati presso strutture che siano dotate di strumentazione e personale specializzato idonei ad effettuare terapie riabilitative. Tali ipotesi sono differenti dai



casi in cui l'assistenza fornita a degenti sia meramente sostitutiva delle cure familiari, ipotesi escluse dai livelli essenziali di assistenza garantiti gratuitamente dal S.S.N. (Cass. n. 19642/2014), che ha escluso l'erogazione gratuita delle spese derivanti dall'attività di sorveglianza e assistenza resa in favore di un soggetto anziano ricoverato presso una casa di riposo. Appare, infatti, evidente che, ove sussista la concomitanza di prestazioni sanitarie e assistenziali, tale da determinare la totale competenza del Servizio Sanitario Nazionale, non vi sia luogo per una determinazione di quote, nel senso invocato dall'opposta (con riferimento all'art. 6 c. 4 della L. n. 328/2000), che presuppone una scindibilità delle prestazioni, non ricorrente in ipotesi, come nel caso in esame, di stretta correlazione con netta prevalenza degli aspetti di natura sanitaria (Cass. Prima Civile n. 4558/2012).

In altre parole, nella prospettiva di cui sopra, appare consolidato l'indirizzo interpretativo per cui, laddove oltre alle prestazioni socio assistenziali siano erogate prestazioni sanitarie, l'attività vada considerata comunque di rilievo sanitario, e, pertanto, di competenza del Servizio Sanitario Nazionale (Cass., Sez. Un., 27.01.1993 n. 1003; Cass. n. 19642/2014; Cass. n. 4558/2012; Cass. 8436/1998; vedi anche Cass. n. 22776/2016).

E' pertinente ulteriormente, ai fini che qui ci occupa, tra le decisioni di cui sopra, anche quella del Consiglio di Stato, sez. III, 26.01.2015, n. 339: "Nel caso in cui ad un soggetto malato cronico, oltre alle prestazioni socio-assistenziali, vengano erogate anche quelle sanitarie e sussista una stretta correlazione tra le stesse, l'attività va considerata comunque di rilievo sanitario e quindi di totale competenza del Servizio Sanitario Nazionale; lo stesso è a dire per le persone affette da malattia mentale cronica, ricoverate presso un'apposita struttura, se vengano ivi erogate prestazioni sia sanitarie che di natura assistenziale, tra loro strettamente correlate, senza che assuma rilievo, in contrario, la circostanza della impossibilità di guarigione o miglioramento della malattia psichica trattata".

Inoltre. Come già statuito dal Tribunale di Verona, Sent. n. 689 del 21.03.2016, "ove accanto alle prestazioni socio-assistenziali siano erogate prestazioni sanitarie, l'attività va considerata comunque di livello sanitario e, pertanto, di competenza del



Servizio Sanitario Nazionale”; non è determinante la circostanza che il caso trattato dal Tribunale Scaligero avesse per oggetto un malato con altro tipo di patologia, atteso che il fattore discriminante per imputare l'onere al Servizio Sanitario è rappresentato dalla presenza di una patologia, un'inabilità, una disabilità o dipendenza che comporti la necessità di erogazione di prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria o, quantomeno, di prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, entrambe a carico del sistema sanitario: nel nostro caso, come detto, il minore è affetto da ritardo disarmonico a prevalente espressione comportamentale (compatibile con Sindrome disintegrativa dell'infanzia di altro tipo - F84.3 dell'ICD10) in epilessia parziale criptogenetica.

La conclusione che può trarsene, dunque, è quella che l'accertamento del carattere prevalentemente sanitario delle prestazioni si sottrae, quindi, a qualsiasi censura sotto il profilo logico-giuridico.

In questo ambito e con valenza sotto lo specifico aspetto sanitario, vale la pena di rilevare, per gli spunti che offre nel declinare gli aspetti riconducibili alla fattispecie, la deliberazione del 2.9.1999 n.36 -27998 (in Bollettino Ufficiale n. 36 del 8.9.1999) della Giunta Regionale del Piemonte intitolata “Sviluppo della rete regionale di assistenza neuropsichiatrica dell'età evolutiva e dell'adolescenza, indicazioni alle aziende sanitarie”. La delibera prende precisa posizione in merito agli obiettivi di salute specifici, nei quali si esplicano le competenze professionali della Neuropsichiatria Infantile, cioè quello della salute neurologica psichica del soggetto in età evolutiva (0-18 anni). Di conseguenza, il processo riabilitativo riguarda, oltre che gli aspetti strettamente clinici, anche aspetti psicologici e sociale e le attività di riabilitazione sono inserite nel Piano Sanitario Nazionale. La delibera indica, inoltre, che vanno potenziate le attività relative alle aree in cui si esplicano le competenze professionale della N.P.I. (neurologig profesional infanzia), in particolare in merito alle patologie neurologiche, con specifico riferimento all'epilessia dell'età evolutiva e alla patologia neuromotoria, analizzando, inoltre, obiettivi strategici di intervento riabilitativo “... di conseguenza, il processo riabilitativo coinvolge anche la famiglia del soggetto e quanti a lui vicini. Di conseguenza, il processo riabilitativo



riguarda, oltre che aspetti strettamente clinici, anche aspetti psicologici e sociali....Le attività di riabilitazione sono inserite nel Piano Sanitario Nazionale...".

Infatti, stante il quadro normativo e giurisprudenziale sopra illustrato, al fine di accertare se nel caso di specie la retta fosse o meno a carico del Servizio Sanitario Nazionale, va valutato da un lato quale fosse lo stato di salute del minore nel periodo del ricovero, d'altro lato le esigenze terapeutiche (comprendenti non solo l'assistenza medica generica e specialistica, ma anche quella infermieristica, riabilitativa e di somministrazione di farmaci) connessa a tale stato. La circostanza di fatto che il minore [REDACTED] sia affetto da "ritardo disarmonico a prevalente espressione comportamentale (compatibile con Sindrome disintegrativa dell'Infanzia di altro tipo - F84.3 dell'ICD10) in epilessia parziale criptogenetica", come peraltro risulta dal verbale di UVMD del [REDACTED] (doc. 2 agli atti) è pacifica in causa, considerato che la patologia comporta l'assoggettamento anche a terapia farmacologica (circostanza di cui viene dato atto nel medesimo verbale e, pertanto, pacifica), e pertanto, a parere del Giudicante, la situazione rientra a tutti gli effetti nella prospettiva giuridica finora esposta.

Va ulteriormente precisato che in tale valutazione deve farsi riferimento non solo alle terapie in concreto prestate, ma anche a quelle che la struttura avrebbe dovuto prestare, con un giudizio condotto alla stregua del parametro di diligenza professionale, alla luce delle patologie accertate. Inoltre, alla luce dei documenti prodotti, può senz'altro escludersi che il minore necessitasse esclusivamente di una attività di mera assistenza e sorveglianza.

In un quadro e profilo medico, dalla documentazione in atti emerge che il minore soffriva di epilessia criptogenetica, la quale è classificata tra le patologie neurologiche, psichiatriche e turbe dello sviluppo, anche nei soggetti in età evolutiva (0-18 anni), con gravità degli esiti evolutivi invalidanti, rappresentanti casi di disagio psichico e sociale necessitanti di azione convergente sul piano sanitario e su quello sociale, da erogarsi in strutture socio-assistenziali e sanitarie.



Essa è l'epilessia che si presume sia dovuta a una causa specifica, ma la cui causa specifica è attualmente sconosciuta. Si tratta, pertanto, di patologia psichica che necessita di prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria.

In conclusione, il quadro normativo di riferimento appare essere il seguente: ai sensi dell'art. 3 septies, II comma, del D.Lgs. 30.12.1992, n. 502, "Le prestazioni sociosanitarie 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"; ai sensi del quarto e quinto comma del medesimo articolo, "Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno - infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico - degenerative. Le prestazioni sociosanitarie 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"; ai sensi dell'art. 3, terzo comma, del D.P.C.M. 14.02.2001, "Sono da considerarsi 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”.

La conclusione che può trarsene, dunque, è che il caso che ci occupa rientra nell'ambito delle prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria o, quantomeno, nell'ambito delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale: entrambe le tipologie di prestazioni sono, peraltro, poste a carico del Servizio Sanitario, giuste puntuali previsioni normative citate.

Da una valutazione congiunta di tutti gli elementi a disposizione, alla luce di quanto sopra esposto in riferimento ai principi e alle norme applicabili, il giudicante ritiene che l'onere delle spese ricada quindi sul Servizio Sanitario Nazionale, in linea con quanto sin qui esposto.

Ne discende che la richiesta *de qua* è a carico del Servizio Sanitario, con conseguente rigetto della domanda di pagamento avanzata dalla Cooperativa con il ricorso per decreto ingiuntivo. Conseguentemente, il Comune di [REDACTED] non può essere ritenuto debitore di alcuna somma, non essendo legittimato passivo in ordine alla richiesta di pagamento di controparte. Infine, la giurisprudenza e le risoluzioni del Ministero dell'Interno prodotte e citate dalla convenuta opposta non appaiono applicabili al caso di specie, che presenta delle peculiarità che rendono evidente la necessità di dover escludere l'applicazione letterale della norma (che porrebbe a carico del Comune di residenza al momento del ricovero gli oneri finanziari dello stesso).

E' noto che l'eccezione sollevata da parte attrice opponente Comune di [REDACTED] in merito alla propria carenza di legittimazione passiva non declina la tardività del mezzo, essendo la stessa comunque rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento, e quindi sottratta ad alcuna decadenza.

Ciò posto, il giudicante osserva inoltre come, sul punto, si sia instaurato il contraddittorio e la questione sia stata oggetto di discussione anche in sede di decisione definitiva, avendo le parti preso posizione anche con il deposito delle note conclusive. Ritiene il Tribunale pertanto, per i motivi sopra esposti, fondata l'eccezione sollevata dal Comune di [REDACTED] circa la propria carenza di legittimazione



passiva, rilevabile anche d'ufficio, per essere a totale competenza e carico del S.S.N.

gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio- assistenziali.

Alla luce delle superiori considerazioni, all'evidenza, l'eccezione sollevata da parte opponente, condivisa da questo giudicante, riveste, ai fini della decisione della causa, carattere invero assorbente rispetto alle altre questioni poste.

In ordine alle spese di lite, vi sono motivi per derogare ai principi generali codificati dall'art. 91 c.p.c. in tema di spese di lite, dal momento che la particolarità della questione affrontata e il contrasto giurisprudenziale esistente sul punto costituiscono giusti motivi per compensare integralmente tra le parti le spese di causa. La presente sentenza è immediatamente esecutiva per legge.

P.Q.M.

Il Tribunale Civile di Vicenza, nella persona del Giudice Unico dott. Luigi Giglio, definitivamente pronunciando, ogni contraria domanda ed eccezione disattese, così provvede:

- 1) **Accerta** la carenza di legittimazione passiva del Comune di ████████ in ordine al credito ingiunto;
- 2) **Revoca** il decreto ingiuntivo opposto;
- 3) **Compensa** le spese di lite.

E' esecutiva ope legis

Il Giudice

dott. Luigi Giglio

