

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO di MILANO
SETTIMA CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Serena Nicotra
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. 27934/2017 promossa da:

M.B. (C.F. (...)), con il patrocinio dell'avv. BIANCHI MARTINO , elettivamente domiciliato in VIA SCARLATTI, 7 20124 MILANO presso il difensore avv. BIANCHI MARTINO

OPPONENTE

contro

FOND. C.O. (C.F. (...)), con il patrocinio dell'avv. LOPEZ ANDREA e dell'avv. DEGANI LUCA ENRICO ((...)) VIA PETRARCA, 13 20123 MILANO; , elettivamente domiciliato in VIA F. PETRARCA, 13 MILANO presso il difensore avv. LOPEZ ANDREA

OPPOSTO

REGIONE LOMBARDIA (C.F. (...)), con il patrocinio dell'avv. GATTO CATIA CARLA , elettivamente domiciliato in PIAZZA CITTA' DI LOMBARDIA, 1 20124 MILANO presso il difensore avv. GATTO CATIA CARLA

AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE (ATS) DELLA CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO (C.F. (...)), con il patrocinio dell'avv. BOTTINI MARINO VITTORIO e dell'avv. FALCONIERI SIMONA ((...)) CORSO ITALIA, 19 20122 MILANO; , elettivamente domiciliato in VIA AL DONATORE DI SANGUE, 50 20013 MAGENTA presso il difensore avv. BOTTINI MARINO VITTORIO

TERZI CHIAMATI

Svolgimento del processo

SINTESI DELLE DOMANDE DELLE PARTI

Con atto di citazione ritualmente notificato B.M. ha proposto opposizione avverso il decreto ingiuntivo n. 10317/2017 emesso dal Tribunale di Milano in data 27.4.2017 in favore di Fondazione C.O. con il quale gli è stato ingiunto il pagamento della somma di Euro 12.107,00 a titolo di costo delle prestazioni socio sanitarie erogate da aprile 2015 a novembre 2015 in favore della madre R.F.A..

L'opponente ha esposto che la madre era stata ricoverata presso la RSA in data 2.12.2009 in quanto affetta da A. di forma severa e grave ed invalida al 100% ed era rimasta presso tale struttura fino al decesso avvenuto in data 17.11.2015.

Secondo la prospettazione di B., in base al quadro normativo vigente, costituito dalla L. n. 833 del 1978, dall'art. 30 della L. n. 730 del 1983 e dal D.L. n. 502 del 1992 integrato dai D.P.C.M. 14 febbraio 2002 e 29.11.2002, le prestazioni erogate in favore della madre rientravano nell'ambito di quelle socio sanitarie ad elevata

integrazione sanitaria e come tali non erano soggette ad alcuna compartecipazione dell'interessato.

In primo luogo l'opponente ha contestato il proprio difetto di legittimazione passiva in relazione al credito ingiunto, evidenziando di avere comunicato il recesso dal contratto nel mese di aprile 2015.

In secondo luogo il B. ha dedotto la nullità dell'impegno assunto, in solido con la madre, di pagamento delle rette richieste da Fondazione C. ai sensi dell'art. 1418 cod. civ. per contrarietà a norme imperative e per mancanza di causa, non essendo configurabile un obbligo ex art. 433 cod. civ. in capo al parente della ricoverata di contribuire al costo delle prestazioni assistenziali erogate verso quest'ultima e comunque l'annullabilità del negozio ai sensi dell'art. 1427 cod. civ. per errore di diritto sulla sussistenza di tale obbligo.

In subordine l'opponente ha chiesto pronunciarsi la risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1453 cod. civ. per inadempimento della Fondazione che non aveva comunicato il mutamento nelle prestazioni socio sanitarie erogate.

L'opponente ha quindi chiesto l'integrale revoca del decreto ingiuntivo ed in via riconvenzionale la condanna dell'opposta alla restituzione della somma di 21.515,00 pari a quanto corrisposto alla struttura dal ricovero fino alla morte della madre; in subordine al pagamento di Euro 12.578,00 corrisposte da gennaio 2012, epoca di applicazione del sondino nasogastrico sino a marzo 2015.

Si è costituita in giudizio la opposta che ha chiesto il rigetto dell'opposizione in quanto infondata.

Fondazione C. ha richiamato la normativa in tema di livelli essenziali di assistenza ed ha rilevato come in considerazione della tipologia della malattia di cui era affetta la A. e della natura prettamente assistenziale dei bisogni dei malati, la fattispecie doveva essere ricondotta alle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria di cui all'art. 3 comma 2 lett. d) del D.P.C.M. 14 febbraio 2001 di durata non limitata ed erogate nelle fasi estensive e di lungodegenza, per le quali era configurabile la compartecipazione del ricoverato nella misura del 50% dei costi.

In base a tali rilievi la opposta ha escluso la nullità o annullabilità del contratto di ingresso sottoscritto da B., evidenziando come l'assunzione dell'obbligazione di pagamento della retta in solido con la madre sia stata frutto di una scelta libera e consapevole dell'opponente.

Pertanto la opposta ha chiesto la conferma del decreto ingiuntivo ed il rigetto della domanda di ripetizione svolta da B.M.; in via subordinata ha chiesto l'autorizzazione alla chiamata in causa di ATS Milano e Regione Lombardia per sentire accertare, in caso di qualificazione delle prestazioni erogate come sanitarie, la titolarità in capo alle stesse dell'obbligo di pagare gli oneri delle prestazioni erogate in favore della A..

Si è costituita l'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Città Metropolitana di Milano che ha preliminarmente eccepito il difetto di giurisdizione del giudice ordinario sulla domanda di garanzia in favore del giudice amministrativo, vertendosi in tema di pubblici servizi.

Nel merito la terza chiamata, dopo il richiamo del quadro normativo vigente in materia, ha in primo luogo dedotto la infondatezza della opposizione svolta da B.M., evidenziando come la disciplina vigente preveda per malattie e trattamenti richiedenti una lunga degenza una quota sanitaria a carico del SSN per la copertura di costi di natura sanitaria ed una quota socio-assistenziale ed alberghiera che grava sull'utenza.

La terza chiamata ha quindi dedotto che la RSA Fondazione C., quale struttura accreditata, a seguito di ammissione dell'assistita, aveva erogato prestazioni conformi alla tipologia della struttura, ovvero di natura socio sanitaria con standard di assistenza previsti per i malati di A..

Con riferimento alla domanda di garanzia svolta dalla opposta, ATS ha dedotto che, qualora Fondazione C. avesse erogato prestazioni sanitarie, ciò avrebbe comportato

l'inadempimento del contratto di accreditamento stipulato, trattandosi di condotta finalizzata ad ottenere l'incremento del budget annuale assegnato.

Si è costituita la Regione Lombardia che ha dedotto il proprio difetto di legittimazione passiva, in quanto le prestazioni erogate alla degente A.R. rientravano tra quelle sociali a rilevanza sanitaria, soggette alla ripartizione dei costi nella misura del 50% a carico del SSN e del restante 50% a carico dell'utente o di coloro che sono civilmente obbligati per lo stesso, ed avendo il servizio sanitario Regionale corrisposto alla Fondazione C. la quota a suo carico del costo della degenza.

La causa è stata istruita mediante la produzione di documenti ed è stata trattenuta in decisione ai sensi dell'art. 190 c.p.c.

Motivi della decisione

Ai fini della decisione della odierna controversia occorre in primo luogo operare una breve ricognizione del quadro normativo di riferimento.

Si tratta in particolare:

a) la L. n. 833 del 1978 che ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale, al fine di garantire a tutti i cittadini di potere accedere in condizioni di uguaglianza alle prestazioni sanitarie. In base all'art. 5 di tale legge si prevede che la funzione di indirizzo e coordinamento delle attività amministrative delle Regioni in materia sanitaria sia esercitata dallo Stato oltre che con legge o atto avente forza di legge, mediante deliberazione del Consiglio dei Ministri;

b) l'art. 30 della L. n. 730 del 1983, che ha disciplinato le unità sanitarie nazionali, stabilisce che gli enti locali e le Regioni possono avvalersi di tali enti 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;

c) il D.P.C.M. del 8 agosto 1985 nel quale vi è una prima definizione di attività sanitaria connessa a quella di tipo assistenziale, ovvero "Le attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali di cui all'art. 30 della L. 27 dicembre 1983, n. 730, sono le attività che richiedono personale e tipologie di intervento propri dei servizi socio-assistenziali, purché siano dirette immediatamente e in via prevalente alla tutela della salute del cittadino e si estrinsechino in interventi a sostegno dell'attività sanitaria di prevenzione, cura e/o riabilitazione fisica e psichica del medesimo, in assenza dei quali l'attività sanitaria non può svolgersi o produrre effetti." Oltre a fornire una definizione in senso positivo, il decreto si preoccupa di definire anche in senso negativo cosa debba intendersi per attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio assistenziali escludendo che tra le prime possano annoverarsi "le attività direttamente ed esclusivamente socio-assistenziali, comunque estrinsecanti, anche se indirettamente finalizzate alla tutela della salute del cittadino. In particolare, non rientrano tra le attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali l'assistenza economica in denaro o in natura e l'assistenza domestica, le comunità alloggio, le strutture diurne socio-formative, i corsi di formazione professionale, gli interventi per l'inserimento e il reinserimento lavorativo, i centri di aggregazione e di incontro diurni, i soggiorni estivi, i ricoveri in strutture protette extra-ospedaliere meramente sostitutivi, sia pure temporaneamente, dell'assistenza familiare".

Il medesimo decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri statuisce 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;

d) il D.P.C.M. 14 febbraio 2001, che costituisce un atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio sanitarie che all'art. 2 stabilisce inoltre che le prestazioni socio sanitarie "sono definite tenendo conto dei seguenti criteri: la natura del bisogno, la complessità e l'intensità dell'intervento assistenziale, nonché la sua durata".

Particolarmente importante è la disposizione di cui all'art. 3 del decreto, che individua e definisce le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e le prestazioni socio - sanitarie ad elevata integrazione, a secondo della diversa combinazione della natura dei bisogni, della complessità, intensità e durata dell'intervento assistenziali, la norma.

In base all'art. 3 comma 1, sono 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".

In base all'art. 3 comma 2 sono 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: a) gli interventi di sostegno e promozione a favore dell'infanzia, dell'adolescenza e delle responsabilità familiari; b) gli interventi per contrastare la povertà nei riguardi dei cittadini impossibilitati a produrre reddito per limitazioni personali o sociali; c) gli interventi di sostegno e di aiuto domestico familiare finalizzati a favorire l'autonomia e la permanenza nel proprio domicilio di persone non autosufficienti; d) gli interventi di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semiresidenziali di adulti e anziani con limitazione dell'autonomia, non assistibili a domicilio; e) gli interventi, anche di natura economica, atti a favorire l'inserimento sociale di soggetti affetti da disabilità o patologia psicofisica e da dipendenza, fatto salvo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di diritto al lavoro dei disabili; f) ogni altro intervento qualificato quale prestazione sociale a rilevanza sanitaria ed inserito tra i livelli essenziali di assistenza secondo la legislazione vigente. Dette prestazioni, inserite in progetti personalizzati di durata non limitata, sono erogate nelle fasi estensive e di lungo assistenza".

Da ultimo l'art. 3 comma 3 definisce come prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria "tutte le prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, le quali attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da H.I.V. e patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative. Tali prestazioni sono quelle, in particolare, attribuite alla fase post-acuta caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza. Dette prestazioni a elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario. Esse possono essere erogate in regime

ambulatoriale domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali e sono in particolare riferite alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti le funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lungo assistenza".

Per quanto concerne l'intensità dell'intervento l'art. 2 comma 4 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".

Per quanto riguarda le modalità di finanziamento e le prestazioni da erogare il D.P.C.M. 14 febbraio 2001, nella tabella ad esso allegata, prevede che per gli anziani e persone non autosufficienti con patologie cronico-degenerative siano garantite la cura ed il recupero funzionale mediante cure svolte a domicilio ovvero tramite servizi residenziali a ciclo continuativo e diurno, compresi interventi e servizi di sollievo alla famiglia, (secondo le Linee Guida emanate dal Ministero della Sanità del 31 marzo 1994 L. 11 marzo 1988, n. 67 L. n. 451 del 1998 D.Lgs. n. 229 del 1999 D.P.R. 23 luglio 1998: , Piano Sanitario 1998/2000 Leggi e Piani regionali).

Il costo delle prestazioni viene posto per il 100% a carico del SSN con riferimento all'assistenza prestata nella fase intensiva ed alle prestazioni ad elevata integrazione fornite nella fase estensiva, mentre per le prestazioni nelle forme di lungo-assistenza semiresidenziali e residenziali solo il 50% del costo complessivo è posto a carico del SSN, (tenendo come riferimento i 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% dei costi per l'assistenza tutelare e alberghiera), mentre il restante 50% del costo complessivo è messo a carico del Comune, fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale;

e) il D.P.C.M. 29 novembre 2001, che individua i "livelli essenziali di assistenza sanitaria", che sono stati successivamente richiamati e confermati dall'articolo 54 della L. n. 289 del 2002

Tali livelli di assistenza hanno previsto a favore degli anziani non autosufficienti (o dei soggetti con handicap grave) le cure sanitarie, senza limiti di durata, pur stabilendo, l'onere dei pazienti di partecipare ai relativi costi, salvo particolari condizioni di reddito.

In particolare nell'allegato 1 si prevede per l'attività socio sanitaria di carattere riabilitativo nei confronti degli anziani la compartecipazione dell'utente o del Comune al 50% in relazione alle prestazioni terapeutiche volte al recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime residenziale;

f) il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 che ha confermato la regolamentazione contenuta nei precedenti decreti e che pone a carico del servizio sanitario nazionale "i trattamenti estensivi di cura e di recupero funzionale per persone richiedenti elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale" ed a carico del servizio sanitario nazionale nella misura del 50% della tariffa giornaliera "i trattamenti di lungo- assistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti" nonché " 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".

Orbene, in base a tale quadro normativo, la gratuità delle prestazioni va affermata per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale previste dall'art. 3 comma 1 del D.P.C.M. 14 febbraio 2001 e per 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 all'art. 4 comma 1 del D.P.C.M. 14 febbraio 2011 e di cui all'allegato 1 C del D.P.C.M. 29 novembre 2001, è prevista la ripartizione forfettaria del costo complessivo nella misura del 50% a carico del SSN e del 50% a carico del Comune con la compartecipazione dell'utente. Venendo quindi all'orientamento giurisprudenziale, si rileva che la sentenza della Corte di Cassazione n. 4558 del 2012 prende in esame la disciplina vigente fino al 1985 e non menziona le disposizioni di cui ai DPCM del 2001 sopra richiamati.

In particolare tale sentenza statuisce, uniformandosi ad un orientamento consolidato della Suprema Corte, che il DPCM del 1985 deve interpretarsi tenendo conto "del nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile delle dignità umana. In tale quadro, ed alla luce del principio affermato, in linea generale, dalla legge di riforma sanitaria, che prevede la erogazione gratuita delle prestazioni a tutti i cittadini, dal sistema sanitario nazionale, entro i livelli uniformi definiti con il piano sanitario nazionale, di per sé ostativa a qualsiasi azione di rivalsa, la lettura della norma contenuta nell'art. 30 della L. n. 730 del 1983 deve effettuarsi, peraltro in maniera conforme con il tenore letterale della disposizione, nel senso di ritenere che gli oneri delle attività di natura sanitaria connesse con quelle assistenziali sono a carico del fondo sanitario nazionale". Pertanto, conclude la sentenza citata che "nel caso in cui oltre alle prestazioni socio assistenziali siano erogate prestazioni sanitarie, l'attività va considerata comunque di rilievo sanitario e, pertanto, di competenza del Sistema Sanitario Nazionale".

In ogni caso da tale pronuncia si evince che la gratuità delle prestazioni non può essere affermata in astratto ma richiede una valutazione concreta sulla natura delle prestazioni erogate e sull'effettiva inscindibilità delle prestazioni di natura sanitaria inscindibili da quelle sanitarie.

Tale valutazione va quindi necessariamente condotta tenendo conto del quadro normativo e dei criteri di classificazione delle prestazioni di cui ai citati DPCM del 2001.

Ciò posto, occorre quindi individuare ed inquadrare le prestazioni erogate alla degente A.F. al fine di decidere sulla domanda riconvenzionale svolta dall'opponente diretta ad ottenere la declaratoria di nullità del contratto di ospitalità stipulato con la Fondazione convenuta.

Va premesso che, avendo l'opponente B. allegato la nullità del contratto stipulato con la RSA ed avendo fatto valere un credito restitutorio, a titolo di indebito, dei pagamenti eseguiti in forza di tale contratto, grava su tale parte l'onere della prova dei fatti costitutivi della pretesa azionata e quindi della natura sanitaria delle prestazioni erogate alla paziente.

Al riguardo l'opponente ha prodotto documentazione medica da cui emerge che nel giugno 2005 la A. era già affetta da malattia di A. in stato avanzato con disturbi del comportamento, presenza di disorientamento, compromissione della comprensione, aprassia ideativa e ideomotoria, tanto da essere ritenuta non arruolabile nell'ex progetto Cronos (doc. 1).

Nel dicembre 2009, la A. è stata accolta presso la Fondazione C. e nella relazione redatta all'atto del suo ingresso presso la struttura si precisa che la paziente proveniva da altro RSA e che la stessa presentava le seguenti patologie: demenza di A. di grado severo con malattia cerebrovascolare sottocorticale e wandering, afasia globale, anemia multifattoriale, incontinenza doppia, artrosi polidistrettuale. Inoltre si rappresenta che la totale dipendenza della paziente nell'igiene ed abbigliamento, la autonomia nella alimentazione e la necessità di aiuto da parte di operatori per l'allettamento e la deambulazione (doc. 5).

Le successive relazioni attestano il peggioramento delle condizioni della paziente: nel 2010 risulta avere perso la capacità di deambulare; nel 2012, data la insufficienza nella alimentazione le viene applicato il sondino naso gastrico; nel 2015, dopo due anni in cui le sue condizioni sono rimaste sostanzialmente invariate, si registra un ulteriore peggioramento in quanto la paziente è completamente apatica, non è in grado di collaborare ed è completamente allettata (cfr. doc. 6-11).

Alla luce della natura delle patologie di cui la A. era portatrice, delle sue condizioni al momento del ricovero - tali da richiedere una generica assistenza del personale della struttura per sopperire alla mancanza di autosufficienza nel compiere gli atti della vita quotidiana - e tenuto conto degli obiettivi posti nel piano individualizzato, si ritiene quindi che si verta nelle fattispecie delineate dai citati DPCM, relativi alla erogazione di trattamenti di lungo- assistenza, recupero e mantenimento funzionale a persone non autosufficienti e di 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 i quali è prevista la partecipazione a carico dell'assistito nella misura del 50%.

Invero in tutti i piani assistenziali prodotti, gli obiettivi dei trattamenti erogati alla A. sono il mantenimento della parziale autonomia nella deambulazione e nella alimentazione, oltre che la regolarizzazione dell'alvo, e, a seguito dei successivi peggioramenti, di evitare l'allettamento e l'insorgenza di nausea e rigurgito a causa dell'allettamento.

Non risulta invece che la A., per le sue condizioni, sia stata inserita nell'ambito di un programma di riabilitazione volto a rimuovere gli esiti degenerativi della patologia, ma già l'esito della visita neurologica del 2005 sembra avere escluso tale possibilità, tant'è che come risulta dal primo piano assistenziale, la A. era stata per due anni in altra RSA prima di essere inserita in quella gestita dalla Fondazione C..

Neppure il quadro sopra delineato porta a ritenere che siano state erogate prestazioni di particolare rilevanza terapeutica o caratterizzate dalla intensità della componente sanitaria.

Invero, ciò che connota la prestazione sanitaria integrata, inscindibile da quella socio assistenziale, non è dato dalla situazione di limitata autonomia del soggetto destinatario, non altrimenti assistibile che nella struttura residenziale, ma risiede nella individuazione di un trattamento terapeutico personalizzato che non può essere somministrato se non congiuntamente alla prestazione socio-assistenziale.

Nel caso in esame le condizioni di salute descritte nei documenti prodotti portano a ritenere che, al di fuori della somministrazione dei farmaci inerenti il trattamento della stipsi e dell'applicazione del sondino naso gastrico, le principali prestazioni rese dalla RSA siano quelle dell'accudimento quotidiano sotto forma di assistenza durante i pasti e per tutti gli spostamenti ed il posizionamento a letto.

Anche il fatto che sia stato applicato il sondino naso gastrico non consente di qualificare, quanto meno da tale data, le prestazioni erogate come rientranti in quelle ad elevata integrazione sanitaria.

Al riguardo, se si considera la definizione normativa di tale categoria, mancano i presupposti della inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza.

Pertanto le prestazioni erogate in favore della degente vanno ricondotte all'ambito delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, soggetti quindi alla contribuzione dell'utente.

Venendo quindi alle domande svolte da B., si osserva preliminarmente che il contratto prodotto in sede monitoria integra un contratto di ricovero a favore di terzo, stipulato per l'appunto dall'opponente in favore della madre affetta da A., con il quale l'opponente si è impegnato a corrispondere, in solido con la madre, la retta, così come determinata nell'allegato E.

Dall'esame di tale allegato (cfr. doc. 6 fascicolo opponente) si evince che la quota giornaliera posta a carico dell'ospite non comprende la quota sanitaria a carico della Regione Lombardia ma si riferisce solo alla quota per la quale è prevista la compartecipazione dell'assistito.

Pertanto, in base a tali elementi, la retta richiesta dalla Fondazione C. non è quindi afferente a prestazioni da erogarsi a titolo gratuito e non comprende quindi quella parte di prestazioni che sono a carico del fondo sanitario.

Ne deriva che va esclusa la dedotta nullità del contratto di ricovero e, per gli stessi motivi, va escluso il diritto dell'opponente a ripetere i precedenti pagamenti, che sono per l'appunto sorretti da un titolo negoziale valido, efficace e che non è in contrasto con norme imperative.

Parimenti non si ritiene che sussista la dedotta annullabilità del contratto.

Invero alla luce di quanto fin qui esposto, non è configurabile il presupposto della sussistenza dell'errore di diritto sull'esistenza dell'obbligo di pagare la retta in favore della struttura, quale ragione unica e principale della stipula del contratto, atteso che, come si è detto, non si verte in tema di prestazioni da erogarsi gratuitamente in favore dell'assistito e che, in base al contratto, la retta giornaliera riguarda il costo di quelle di assistenza socio sanitaria a carico dell'ospite.

Neppure vi sono elementi per ritenere che la stipula del contratto sia frutto di dolo posto in essere dalla opposta, non essendovi alcuna prova dell'attività decettiva attribuibile alla Fondazione.

Al riguardo non è sufficiente a tal fine la allegazione di B. secondo cui la Fondazione avrebbe richiesto la sottoscrizione di tale impegno a fronte della insufficienza della pensione della A. a coprire il costo della retta mensile, in quanto ciò non fa venire meno il fatto che l'impegno contrattuale sia stato assunto da B. nell'esercizio della propria libera scelta di ricoverare la madre in tale struttura privata in regime di convenzione, anziché optare per altre soluzioni.

Quanto alle deduzioni dell'opponente sul sistema di integrazione dei redditi da parte del Comune di residenza per l'anziano non autosufficiente, si osserva che in base alla disciplina di cui alla L. n. 328 del 2000, la erogazione di prestazioni assistenziali è subordinata alla richiesta del beneficiario ed ai suoi familiari, previa verifica in ordine alla sussistenza dei requisiti economici e reddituali del destinatario per la concessione dei contributi, così come della situazione economica di eventuali familiari tenuti al mantenimento ed agli alimenti ai sensi dell'art. 433 cod. civ.,

Nel caso in esame, da un lato era onere dell'opponente attivarsi per la richiesta di una compartecipazione alla retta da parte del Comune di residenza della madre; dall'altro lato non risulta allegato né dimostrato che vi fossero i presupposti per tale contribuzione.

In ogni caso il fatto che tali contributi non siano stati richiesti o erogati non si reputa imputabile alla opposta.

In base alle stesse considerazioni non si ravvisa neppure una condotta inadempiente dell'opposta, che per l'appunto si è limitata a richiedere il pagamento della quota delle prestazioni che, in base al citato quadro normativo, sono a carico dell'assistito.

Per quanto riguarda la deduzione in merito al recesso, si rileva che non vi è prova scritta dell'esercizio di tale facoltà, ma lo stesso opponente assume di avere comunicato tale circostanza oralmente alla Fondazione.

In base al contratto la richiesta di dimissioni definitive e volontarie va formalizzata per iscritto con preavviso di cinque giorni (art. 14), sicché tale manifestazione verbale di recesso, ove avvenuta, sarebbe comunque in efficace.

In ogni caso si rileva che il contratto stipulato dalle parti è un contratto a prestazioni corrispettive, costituite dalla permanenza della degente nella struttura a fronte del pagamento della retta giornaliera.

Ne deriva che ai fini dello scioglimento del vincolo è necessario che la degente venga portata via dalla struttura, come avvalorato anche dalla clausola 15 che

prevede che il contraente che non voglia continuare nel pagamento della retta debba provvedere a trasferire a sue spese l'ospite.

Tale trasferimento non risulta avvenuto ma la A. è rimasta nella struttura fino al suo decesso.

Alla luce dei rilievi fin qui formulati va quindi respinta l'opposizione proposta da B.M. e va confermato il decreto ingiuntivo opposto.

La soccombenza comporta la condanna della opponente al pagamento delle spese giudiziali nei confronti di parte opposta che si liquidano con riferimento al valore della domanda; le spese vengono liquidate in dispositivo secondo i parametri di cui al D.M. n. 55 del 2014 calcolati nei valori minimi per quanto riguarda la fase istruttoria e quella decisionale, tenuto conto del fatto che non si è proceduto ad istruzione e del fatto che le note difensive depositate hanno carattere principalmente illustrativo delle precedenti difese.

Il rigetto dell'opposizione e delle domande riconvenzionali svolte dall'opponente esonera dalla pronuncia sulle domande svolte dalla opposta nei confronti di ATS Milano e di Regione Lombardia.

Tuttavia, ai fini della regolamentazione delle spese, occorre valutare le eccezioni svolte dai terzi chiamati ai fini di valutare se vi siano degli autonomi profili di infondatezza della domanda di garanzia.

Al riguardo si ritiene che contrariamente all'assunto della difesa di ATS non vi sia carenza di giurisdizione del giudice ordinario.

La giurisprudenza ha in più occasioni precisato che "la controversia promossa da un istituto di cura nei confronti della ASL per il pagamento delle rette di degenza dei malati psichici appartiene alla giurisdizione del giudice ordinario, atteso che il rapporto dedotto in giudizio non si ricollega all'esercizio di poteri discrezionali della P.A., avendo ad oggetto il corrispettivo per un'obbligazione fondata su presupposti determinati dalla legge" (in tal senso, Cass. Sez. Un. n. 22033 del 17/10/2014; conf., fra le altre, Cass. Sez. Un. n. 20586 del 30/7/2008).

Il presente giudizio verte unicamente sulla pretesa patrimoniale della Fondazione opposta di ottenere dai terzi chiamati il pagamento del saldo delle rette di degenza relative alla sig.ra A. in caso di accoglimento dell'opposizione, sicchè non viene in rilievo la discrezionalità dell'attività amministrativa, per cui la giurisdizione spetta al giudice ordinario adito.

Si ritengono invece fondate le difese svolte da ATS e da Regione Lombardia in relazione al merito della domanda svolta da Fondazione C. nell'atto di citazione dei terzi.

Innanzitutto si rileva che, in base al tenore della comparsa e del verbale dell'udienza ex art. 183 c.p.c., la richiesta di chiamata di ATS e di Regione Lombardia è volta a sentire accertare il diritto alla remunerazione dei costi sostenuti dalla Fondazione anche in caso di erogazione di prestazioni sanitarie e la titolarità in capo a tali enti dell'obbligo di rimborsare alla Fondazione tali costi.

Orbene, in base al contratto di accreditamento in essere tra ATS e l'opposta, è stato determinato per ogni annualità il finanziamento regionale da erogare in favore della Fondazione mediante fissazione di un budget accettato dalla Fondazione, modificabile soltanto in base alla procedura concordata stabilita nel contratto (cfr. artt. 3 e 5 dei contratti di cui ai doc. 2 e ss del fascicolo ATS).

Poiché è pacifico che la Regione Lombardia e ATS abbiano provveduto all'erogazione del contributo regionale previsto per ogni annualità e poiché non vi è evidenza né della ricorrenza delle fattispecie relative alle prestazioni extra budget previste dalla clausola 6 dei citati contratti, né dell'attivazione della procedura di modifica del budget prevista dall'art. 5, va escluso che Fondazione C., in caso di erogazione di prestazioni di natura sanitaria, sia titolare del diritto ad ottenere il pagamento degli oneri di ricovero da parte di tali enti in caso di accertamento della natura sanitaria delle prestazioni erogate, in quanto ciò comporterebbe la percezione di contributi in violazione della disciplina contenuta nei contratti di accreditamento.

Pertanto in base a tali rilievi, le spese di tali terze chiamate vengono poste a carico della chiamante e si liquidano come da dispositivo secondo i parametri di cui al D.M. n. 55 del 2014 calcolati nei valori minimi, tenuto conto del fatto che non si è proceduto ad istruzione, del fatto che le note difensive depositate hanno carattere principalmente illustrativo delle precedenti difese ed avuto riguardo alle questioni trattate ed alla parziale coincidenza delle difese svolte dalle parti.

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando, ogni altra istanza o domanda assorbita, così decide:

- rigetta la opposizione svolta da B.M. avverso il decreto ingiuntivo n.10317/2017 emesso dal Tribunale di Milano in data 27.4.2017, dichiarando l'efficacia esecutiva del decreto a norma dell'art. 653 c.p.c.;
- rigetta la domanda riconvenzionale svolta dall'opponente;
- condanna l'opponente B.M. al pagamento delle spese processuali in favore dell'opposta Fondazione C.O. che liquida in Euro 5.010,50 per compensi oltre spese generali, IVA(se non detraibile) e Cpa come per legge;
- dichiara assorbite le domande svolte da Fondazione C.O. nei confronti di l'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Città Metropolitana di Milano e Regione Lombardia;
- condanna la opposta Fondazione C.O. alla rifusione in favore delle terze chiamate Agenzia di Tutela della Salute della Città Metropolitana di Milano e Regione Lombardia le spese processuali che liquida per ciascuna parte in Euro 3.627,00 per compensi oltre spese generali, IVA(se non detraibile) e Cpa come per legge.

Così deciso in Milano, il 18 giugno 2019.
Depositata in Cancelleria il 18 giugno 2019.