

Cass. civ., Sez. III, Ord., (data ud. 17/09/2024) 19/12/2024, n. 33394*SANITA' E SANITARI > Medici e personale ospedaliero e delle A.S.L.***Intestazione**

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE
SEZIONE TERZA CIVILE

Composta dagli Ill.mi Magistrati:

Dott. SCARANO Luigi Alessandro - Presidente

Dott. GRAZIOSI Chiara - Consigliere

Dott. SIMONE Roberto - Consigliere rel.

Dott. AMBROSI Irene - Consigliere

Dott. GORGONI Marilena - Consigliere

ha pronunciato la seguente

ORDINANZA

sul ricorso iscritto al n. 28753/2022 R.G., proposto da:

A.A., in persona dell'amministratore di sostegno avv. Cristina Ciceri, in proprio, giusta decreto di autorizzazione del Giudice Tutelare del Tribunale di Milano del 22.11.2022, pec (omissis);

- ricorrente -

contro

CROCE DI MALTA Srl, in persona del legale rappresentante p.t. Federico Guidoni, rappresentata e difesa dall'avv. prof. Luca R. Perfetti e dall'avv. Alessandro Rosi, domiciliata in Roma, alla via Vittoria Colonna 39, in virtù di procura in calce al controricorso, pec (omissis);

- controricorrente -

per la cassazione della sentenza n. 1796/2022 della Corte d'Appello di Milano pubblicata il 25.5.2022;

udita la relazione svolta nella Camera di consiglio del 17.9.2024 dal Consigliere dott. Roberto Simone.

Svolgimento del processo

1. Con sentenza pubblicata il 20.1.2021 il Tribunale di Milano rigettò la domanda proposta dall'avv. Cristina Ciceri, quale amministratore di sostegno di A.A., per l'accertamento negativo del credito relativo alla quota c.d. alberghiera per il ricovero di quest'ultima presso il Nucleo Protettivo Alzheimer della R.S.A. convenzionata B.B. "C.C.", gestita da CROCE DI MALTA Srl Il Tribunale di Milano, inoltre, accolse la domanda riconvenzionale proposta dalla convenuta per il pagamento di Euro 54.910, disattendendo così la domanda dell'attrice per la dichiarazione di nullità degli impegni di pagamento in precedenza sottoscritti e/o la nullità parziale dell'accordo di ricovero/ospitalità presso la R.S.A. B.B.

C.C. per illiceità della causa e, comunque, per contrarietà a norme imperative ex [art. 1418](#) c.c.

Il giudice del primo grado osservò che la valenza sanitaria di alcune prestazioni non escludesse la possibilità di prevedere una compartecipazione alla spesa, dovendosi considerare, oltre alla tipologia delle prestazioni, finalità, durata ed il quadro clinico dell'assistito nel quale si inseriscono, al fine di individuare la maggiore o minore intensità della componente sanitaria delle stesse. Nella specie, notò il primo giudice che: "a fronte delle condizioni psicofisiche di A.A., dell'assenza di diverse patologie, del grado di evoluzione della malattia di Alzheimer nel periodo oggetto di causa, comportante necessità di generica assistenza del personale della struttura per sopperire alla mancanza di autosufficienza nel compiere gli atti della vita quotidiana, si ritiene 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 per i quali è prevista la partecipazione a carico dell'assistito nella misura del 50%".

Quanto alla domanda riconvenzionale svolta dalla convenuta, il Tribunale di Milano ritenne applicabile la nuova tariffa di Euro 95,00 al giorno con decorrenza dal 1 gennaio 2019 come da comunicazione del 30.11.2018 ricevuta dal figlio della beneficiaria l'11.12.2018.

2. La Corte d'Appello di Milano con sentenza pubblicata il 25.5.2022, in parziale accoglimento dell'appello proposto dall'amministratore di sostegno, riformò la pronuncia di primo grado limitatamente all'importo dovuto riducendolo ad Euro 53.754, oltre interessi e compensò le spese di entrambi i gradi del giudizio.

Il giudice di secondo grado in relazione al primo motivo, con il quale l'appellante lamentava che erroneamente la prestazione resa non fosse stata ritenuta come "prestazione socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria" o, in alternativa, come "prestazione sanitaria a rilevanza sociale", per non essere stati tenuti nel debito conto l'inserimento nel nucleo Alzheimer (connotato da crisi di aggressività, agitazione psico-motoria, wandering anche notturno e tendenza alla fuga), teso ad assicurare le necessarie condizioni di sicurezza, benessere e le terapie volte a contenere gli effetti degenerativi della malattia, e il complesso di comorbidità da cui era affetta la donna (ipertensione arteriosa, osteoporosi, insufficienza mitralica, incontinenza sfinterica doppia), notò che la A.A. non risultava essere stata ricoverata "in forza di un piano di cura personalizzato, ma emerge, piuttosto, che sono stati formulati solo dei piani assistenziali che non indicano la necessità di significativi interventi di carattere terapeutico. Ne consegue che le caratteristiche delle prestazioni erogate dalla struttura, unitamente alla durata non prevedibile e non definibile del trattamento assistenziale, inducono a ritenere che si sia in presenza di prestazioni esulanti dalla fase intensiva e da quella estensiva, rese piuttosto nella fase di lungo assistenza, per il recupero e il mantenimento funzionale a persone non autosufficienti, per le quali è prevista la partecipazione a carico dell'assistito nella misura del 50%, come correttamente ritenuto dal giudice di prime cure".

In ordine al secondo motivo d'appello, con il quale si censurava l'erronea interpretazione della disciplina settoriale e l'omessa dichiarazione di nullità del contratto di ospitalità per contrarietà a norme imperative e l'illiceità della causa, opinò la corte che, data la natura dell'Alzheimer quale malattia cronico-degenerativa insuscettibile di guarigione, il programma assistenziale non può considerarsi di medio o prolungato periodo definito, ma di durata non prevedibile e non definibile per l'irreversibile ingravescenza neurologica. In questo contesto, la definizione di "prestazioni sanitarie ad elevata integrazione sanitaria" contenuta nel [d.p.c.m. 14.2.2001](#) non sarebbe compatibile con l'Alzheimer, poiché secondo l'art. 3, comma terzo, esse sono "caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria" e sono "in particolare, attribuite alla fase post-acuta"; laddove la fase intensiva è, ai sensi dell'art. 2, comma 4, lettera a), "di elevata complessità e di durata breve e definita". Per contro, l'Alzheimer non ha una fase post-acuta o, comunque, di breve durata e definita, nella quale intervenire in modo intensivo, ma richiede "lungo assistenza". Ad ogni modo, la gratuità della prestazione non può essere affermata in astratto, ma richiede "una valutazione

concreta delle prestazioni erogate, dell'effettiva inscindibilità delle prestazioni di natura sanitaria da quelle di natura assistenziale, nonché della durata e della tipologia del trattamento erogato".

Relativamente alla dedotta nullità del contratto di ospitalità, nella parte in cui era prevista la partecipazione ad una parte delle spese, non ricorrendo un rapporto di strumentalità necessaria tra prestazioni socio-assistenziali e quelle sanitarie, ossia non essendo avvenuto il ricovero in forza di un piano di cura personalizzato, non poteva ritenersi integrato un regime di gratuità, così lasciando il campo al libero spiegarsi dell'autonomia contrattuale.

La Corte d'Appello accolse il terzo ed il quarto motivo sulla base dei seguenti rilievi:

- il rapporto era regolato in base al contratto del 21.12.2018 sottoscritto dall'amministratore di sostegno, prevedente un compenso giornaliero di Euro 93,00, pertanto non era dovuta la maggiorazione di Euro 95,00 contenuta nella comunicazione del 30.11.2018 e ricevuta l'11.12.2018 dal figlio della beneficiaria;

- l'incertezza del quadro giurisprudenziale e la delicatezza della materia giustificavano l'integrale compensazione delle spese di lite del primo grado.

3. Per la cassazione della sentenza della Corte ricorre l'amministratore di sostegno di A.A., sulla base di tre motivi.

Resiste con controricorso la società CROCE DI MALTA Srl La trattazione del ricorso è stata fissata in camera di consiglio, ai sensi dell'[art. 380-bis](#) 1 cod. proc. civ.

La controricorrente ha depositato memoria.

Motivi della decisione

1. Con il primo motivo viene denunciata la violazione e/o falsa applicazione degli [artt. 1, 2 e 26, L. 833/1978](#); [art. 30, L. 730/1983](#); [art. 1, D.P.C.M. 8.8.1985](#); [art. 3-septies](#) co. 2 lett. a), co. 4, co. 5, [D.Lgs. 502/1992](#); [art. 3](#) co. 1, co. 3, [D.P.C.M. 14.02.2001](#); [art. 4](#) co. 1, Allegato al [D.P.C.M. 14.02.2001](#); Allegati al [D.P.C.M. 29.11.2001 "1.A"](#), rif. 2H e "1.C" macro-livello n. 9; [art. 1](#) commi 1, 2, 4 del [D.M. 17.12.2008](#) in G.U. Serie generale n. 6 del 9.01.2009 che al comma 4 dell'[art. 1](#) riprende la classificazione approvata dalla Commissione per la definizione e l'aggiornamento dei LEA, sulla base del Documento del Ministero della Salute "Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali" pubblicato il 30.05.2007 nell'ambito del programma "Mattoni del S.S.N." in particolare delle attività del Mattone 12; [art. 30](#) co. 1 e co. 2, capo IV del [D.P.C.M. 12.01.2017](#), [art. 2697](#) c.c., [artt. 2727 - 2729](#) c.c. e [artt. 113 - 132](#) n. 4 c.p.c., oltre che dell'[art. 1](#) Preleggi, in relazione all'[art. 360](#), co. 1, n. 3, c.p.c.

1.1. Con il terzo motivo la ricorrente denuncia la violazione e/o falsa applicazione degli [artt. 1418, 1419, 1343, 2033, 2041](#) c.c., con riferimento all'impegno di pagamento assunto dalla ricorrente nei confronti di CROCE DI MALTA Srl (quale ente gestore della R.S.A. B.B. C.C.) di cui al contratto n. (omissis) comprensivo di allegati A, B, C, D e "Carta dei Servizi", datati 12.12.2018, in relazione all'[art. 360](#), co. 1, n. 3, c.p.c.

2. Il primo ed il terzo motivo, in quanto strettamente connessi, devono essere trattati congiuntamente.

2.1. Con il primo motivo la ricorrente sostiene che la Corte d'Appello avrebbe interpretato le norme indicate nell'epigrafe del motivo in modo dichiaratamente difforme dal c.d. diritto vivente formatosi in materia con le pronunce di questa Corte nn. 4558/2012, 22776/2016, 28321/2017 e 16410/2021.

Dopo aver ricostruito la normativa di settore ed aver premesso che il tratto unificante di essa è dato dalla "cura", posto che di guarigione dall'Alzheimer non si possa discorrere, trattandosi di malattia cronico-degenerativa, che si esplica mediante trattamenti terapeutici individualizzati, e che già prima del ricovero alla A.A. erano somministrati farmaci neurolettici per contenerne l'aggressività fisica e verbale ed in seguito all'ingresso nel Nucleo Alzheimer della R.S.A. altre terapie farmacologiche erano state somministrate, non senza tener conto di quelle connesse alle numerose comorbilità pregresse, secondo la ricorrente avrebbe errato la corte:

- nel ritenere non individuabile "un piano di cura personalizzato" e privi di significatività gli interventi di carattere terapeutico, pur riconoscendo che la A.A. avesse necessità di "prestazioni terapeutiche";
- nel ritenere non consentita la sussunzione della fattispecie nell'ambito delle prestazioni ad elevata integrazione sanitaria (e/o sanitarie a rilevanza sociale), individuando come criterio discrezionale il carattere cronico-degenerativo, non suscettibile di guarigione né di regressione "significativa", della malattia, sebbene di "inguaribilità" non si parli mai nel richiamato contesto normativo, men che meno quale circostanza ostativa al detto inquadramento; sebbene non guaribile, l'Alzheimer è "curabile" con trattamenti che possono contribuire in modo significativo a mitigarne i sintomi, che si manifestano soprattutto nei disturbi comportamentali; sicché il fatto che le prestazioni siano dirette a "contenere gli esiti degenerativi" che si verificherebbero in mancanza dei predetti interventi e non a procurare una guarigione, in realtà impossibile, non esclude che il loro onere debba far carico al SSN;
- nel non considerare il ricovero nel Nucleo Alzheimer (della R.S.A.) come progetto terapeutico in grado di offrire risposte differenziate necessarie e personalizzate dato il numero ristretto di pazienti trattati; il tipo e la gravità della patologia, le alterazioni della condotta caratterizzata da aggressività anche fisica, le multiple comorbilità;
- nel non considerare che il Documento della Commissione Nazionale LEA del 2007 ha definito quattro classi di prestazioni residenziali, riprese dal [D.M. 17.12.2008](#), riferendo a soggetti affetti da Alzheimer in stato avanzato con associati disturbi di comportamento il livello "R2D - prestazioni erogate in nuclei specializzati (Nuclei Alzheimer) a pazienti con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente protesico. Trattasi ... di prestazioni, in uno con quelle individuate con i codici R1, R2... riferibili alla erogazione di cure intensive o estensive ad elevata integrazione sanitaria".

2.2 Il motivo è fondato.

2.3. Le questioni poste dal ricorso sono state di recente esaminate da questa Sezione (v. [Cass. 29 luglio 2024, n. 21162](#); 11 dicembre 2023, n. 34590; 18 maggio 2023, n. 13174; 24 gennaio 2023, n. 2038 e, sebbene più risalenti nel tempo, v., nella stessa direzione, [Cass. 28 aprile 2004, n. 8102](#); 25 agosto 1998, n. 8436; 20 novembre 1996, n. 10150; 27 gennaio 1993, n. 1003).

2.4. Si è osservato che il [D.Lgs. 229/1999](#) (Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario nazionale, a norma dell'[art. 1](#) della [legge 30 novembre 1998, n. 419](#)), modificando il [D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502](#) (recante Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'[art. 1](#) della [legge 23 ottobre 1992, n. 421](#)):

- ha demandato alle regioni l'organizzazione distrettuale delle Unità Sanitarie Locali, in modo da garantire "l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate ai comuni" (art. 3-quinquies, comma 1, lett. C.);
- ha espressamente definito "prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione . 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" (art. 3-septies, comma 4);
- ha espressamente definito "prestazioni socio sanitarie ... tutte quelle attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni della 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" (art. 3-septies, comma 1);

L'art. 3-septies, comma 3, ha demandato ad un successivo atto di indirizzo e coordinamento la

dettagliata individuazione delle prestazioni da ricondurre alle diverse tipologie e la precisazione dei criteri di finanziamento delle stesse, per quanto compete, rispettivamente le Unità Sanitarie Locali ed i Comuni.

Tale atto di indirizzo e coordinamento è stato emanato con il [d.p.c.m. del 14 febbraio 2001](#) ("Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie"), al quale è subentrato il [d.p.c.m. del 12 gennaio 2017](#) ("Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'[articolo 1](#), comma 7, del [decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#)"). D'altronde, in base al [d.p.c.m. del 29 novembre 2001](#) ("Definizione dei livelli essenziali di assistenza"), le cui norme sono cogenti ai sensi dell'[articolo 54](#) della [legge 289/2002](#), il Servizio sanitario è obbligato a garantire le occorrenti prestazioni (domiciliari, semiresidenziali e residenziali) agli anziani cronici non autosufficienti, ai malati di Alzheimer e ai pazienti colpiti da altre forme di demenza senile, nonché ai soggetti con handicap intellettuale grave e con limitata o nulla autonomia. A loro volta gli Enti gestori delle attività socioassistenziali sono tenuti a fornire gli interventi di loro competenza a tutti i cittadini sopra indicati.

Poiché detti obblighi sono previsti dai Livelli essenziali di assistenza (c.d. l.e.a.), le Asl ed i Comuni singoli e associati non possono negare o ritardare le prestazioni adducendo la mancanza di risorse economiche. Invero, l'obbligo dell'attuazione dei Lea da parte del Servizio sanitario e dei Comuni è sancito dall'[articolo 117](#) della Costituzione e rientra fra "i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale". Ed il [Consiglio di Stato con sentenza n. 1607/2011](#) ha stabilito che l'evidenziazione della situazione economica del solo assistito (soggetto con handicap permanente grave o ultrasessantacinquenne non autosufficiente) contenuta nei decreti legislativi 109/1998 e 130/2000 "costituisce uno dei livelli essenziali delle prestazioni da garantire in modo uniforme nell'intero territorio nazionale" a cui "sia il legislatore regionale sia i regolamenti comunali devono attenersi". 2.5. Nell'indicato quadro normativo, le "prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria" vanno distinte sia dalle "prestazioni sanitarie a rilevanza sociale" che dalle "prestazioni sociali a rilevanza sanitaria".

Quanto all'interpretazione della nozione di "prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria", questa Sezione (così, in motivazione, Cass., Sez. III, 7 novembre 2017, n. 28321, che richiama, sul punto, [Cass., Sez. I, 22 marzo 2012, n. 4558](#) e [Cass., Sez. Lav., 9 novembre 2016, n. 22776](#)) ha affermato che:

a) ferma restando la tendenziale autonomia delle prestazioni socio-assistenziali, "nel caso in cui le prestazioni di natura sanitaria non possano, invece, essere eseguite "se non congiuntamente" alla attività di natura socio-assistenziale, talché non sia possibile discernere il rispettivo onere economico, prevale in ogni caso la natura sanitaria del servizio, in quanto le altre prestazioni - di natura diversa - debbono ritenersi avvinte alle prime da un nesso di strumentalità necessaria, essendo dirette a consentire la cura della salute dell'assistito, e dunque la "complessiva prestazione" deve essere erogata a titolo gratuito";

b) "la disciplina del Servizio sanitario pubblico che assicura a tutti i cittadini livelli essenziali uniformi di assistenza sanitaria, con spesa interamente a carico della Amministrazione pubblica", concerne, per l'appunto, "la erogazione di prestazioni sanitarie o di prestazioni sanitarie "inscindibili" con quelle socio-assistenziali, e presuppone, pertanto, che l'assistito debba essere sottoposto ad un programma di trattamento terapeutico riabilitativo o conservativo".

In sostanza, si è osservato, "l'elemento differenziale tra prestazione socio-assistenziale "inscindibile" dalla prestazione sanitaria e prestazione socio-assistenziale "pura", non sta, pertanto, nella situazione di limitata autonomia del soggetto, non altrimenti assistibile che nella struttura residenziale - ...- ma sta invece nella individuazione di un trattamento terapeutico personalizzato che non può essere somministrato se non congiuntamente alla prestazione assistenziale", e ciò perché in tal caso,

"l'intervento "sanitario-socio assistenziale" rimane interamente assorbito nelle prestazioni erogate dal Sistema sanitario pubblico, in quanto la struttura convenzionata/accreditata garantisce all'assistito dal SSR, attraverso il servizio integrato, il programma terapeutico, ed è quindi inserita a pieno titolo nell'ambito organizzativo e funzionale del Servizio sanitario pubblico".

Conclusivamente, questa Corte ha ravvisato nella "individuazione di un trattamento terapeutico personalizzato" (e, dunque, non connotato da occasionalità) il discrimen per ritenere la prestazione socioassistenziale "inscindibilmente connessa" a quella sanitaria e, quindi, soggetta al regime di gratuità propria di quest'ultima.

2.6. Relativamente ai pazienti affetti dal morbo di Alzheimer, questa Corte, già con la decisione n. 4558/2012, seguita da numerose altre pronunce che si sono orientate allo stesso modo (v. senza pretesa di completezza, tra le decisioni più recenti, [Cass. 29 luglio 2024, 21162](#); 22 febbraio 2024, n. 4752; 11 dicembre 2023, n. 34590; 4 settembre 2023, n. 25660; 18 maggio 2023, n. 13714; 24 gennaio 2023, n. 2038) ha chiarito che: "l'attività prestata in favore di soggetto gravemente affetto da morbo di Alzheimer ricoverato in istituto di cura è qualificabile come attività sanitaria, quindi di competenza del Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi della [L. n. 730 del 1983, art. 30](#), non essendo possibile determinare le quote di natura sanitaria e detrarre da quelle di natura assistenziale, stante la loro stretta correlazione, con netta prevalenza delle prime sulle seconde, in quanto comunque dirette, anche ex [D.P.C.M. 8 agosto 1985, art. 1](#), alla tutela della salute del cittadino; ne consegue la non recuperabilità, mediante azione di rivalsa a carico dei parenti del paziente, delle prestazioni di natura assistenziale erogate dal Comune".

Quindi, nel caso in cui le prestazioni di natura sanitaria non possano essere eseguite "se non congiuntamente" all'attività di natura socioassistenziale, cosicché non sia possibile discernere il rispettivo onere economico, prevale, in ogni caso, la natura sanitaria del servizio, in quanto le altre prestazioni (di natura diversa) debbono ritenersi avvinte alle prime da un nesso di strumentalità necessaria, essendo dirette alla "complessiva prestazione" che deve essere erogata a titolo gratuito. Dimostrata la natura inscindibile ed integrata della prestazione, l'intervento sanitario-socioassistenziale rimane interamente assorbito nelle prestazioni erogate dal Sistema sanitario pubblico, in quanto la struttura convenzionata/accreditata garantisce all'assistito, attraverso il servizio integrato, il programma terapeutico, secondo un piano di cura personalizzato.

2.7. Sulla base di tale complessiva ricostruzione del sistema normativo così come interpretato dal diritto vivente emerge che la Corte d'Appello è incorsa in un duplice errore.

In primo luogo, perché ha fatto riferimento ad un criterio distintivo basato sulla natura del morbo di Alzheimer come malattia neurologica a carattere cronico degenerativo, "il cui programma assistenziale non può considerarsi di medio o prolungato periodo definito, ma ha una durata non prevedibile e non definibile stante l'inesorabile e irreversibile progredire della patologia neurologica" (pag. 13 della motivazione), mentre il criterio da osservare è quello dell'integrazione tra le prestazioni, ovvero dell'unitaria ed inscindibile coesistenza dei due aspetti della prestazione, che ne produce l'integrale addossamento degli oneri economici sul Servizio Sanitario Nazionale (ai sensi del [d.p.c.m. 14 febbraio 2001, art. 3](#), comma 3).

Come già detto, data l'incontestata sussistenza del morbo di Alzheimer in capo alla A.A., "l'attività prestata in favore di soggetto gravemente affetto da morbo di Alzheimer ricoverato in istituto di cura è qualificabile come attività sanitaria, quindi di competenza del Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi della [L. n. 730 del 1983, art. 30](#), non essendo possibile determinare le quote di natura sanitaria e detrarre da quelle di natura assistenziale, stante la loro stretta correlazione, con netta prevalenza delle prime sulle seconde, in quanto comunque dirette, anche ex [D.P.C.M. 8 agosto 1985, art. 1](#), alla tutela della salute del cittadino" (v. giurisprudenza citata al paragrafo precedente).

In secondo luogo, il cennato criterio distintivo basato su una lettura restrittiva dell'[art. 3](#), comma 3,

[d.p.c.m. 14.2.2001](#) supportata dal richiamo all'art. 2, comma 4, lett. a), senza considerare la portata della lett. c) della stessa norma, che quanto all'intensità assistenziale considera anche "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", non considera che questa Corte ha ravvisato nella "individuazione di un trattamento terapeutico personalizzato" (e, dunque, non connotato da occasionalità) il discrimen per ritenere la prestazione socio-assistenziale "inscindibilmente connessa" a quella sanitaria e, quindi, soggetta al regime di gratuità propria di quest'ultima.

Piano terapeutico personalizzato imposto dalla necessità per la paziente, tenuto conto della patologia da cui era affetta (morbo di Alzheimer), dello stato di evoluzione al momento del ricovero e della prevedibile evoluzione successiva della suddetta malattia, di un trattamento sanitario strettamente e inscindibilmente correlato con l'aspetto assistenziale perché volto, attraverso le cure, a rallentare l'evoluzione della malattia e a contenere la sua degenerazione, per gli stati più avanzati, in comportamenti autolesionistici o potenzialmente dannosi per i terzi (v., le relazioni delle visite presso l'Istituto Neurologico D.D., la certificazione della dott.ssa E.E. del 20.10.2016, la relazione sanitaria del medico referente del Nucleo Alzheimer della R.S.A. B.B. del 4 ottobre 2018, dove si legge "...paziente affetta da Malattia di Alzheimer di grado severo con alterazioni del comportamento ed aggressività fisica e verbale", pag. 9 della sentenza impugnata, nonché le terapie farmacologiche prescritte prima e dopo il ricovero presso la R.S.A., v. docc. 8 e 9 del fascicolo ex [art. 369](#), comma secondo, n. 4, cod. proc. civ. della ricorrente).

Solo qualora si escluda in concreto la necessità che, per il singolo paziente affetto da Alzheimer, alla luce della sua storia sanitaria personale, la prestazione socioassistenziale sia inscindibilmente legata con la prestazione sanitaria, è legittimo che parte della retta di degenza sia posta a carico del paziente. Le prestazioni socioassistenziali di rilievo sanitario vanno ricondotte a quelle a carico del SSN quando risulti, in base ad una valutazione operata secondo gli indicati parametri, che tenga conto della patologia in atto, del suo stadio al momento del ricovero e della sua prevedibile evoluzione futura, che esse siano necessarie per assicurare all'interessato la doverosa tutela del diritto alla salute, in uno con la tutela della sua dignità personale. Si tratta in tali casi di prestazioni di natura sanitaria che non possono essere eseguite se non congiuntamente all'attività di natura socioassistenziale, la quale è pertanto avvinta alle prime da un nesso di strumentalità necessaria, che rende inconferente la prevalenza o meno delle prestazioni di natura sanitaria rispetto a quelle assistenziali, essendo anche queste a carico del SSN, poiché strumentali a quelle sanitarie.

3. Quanto appena osservato con riferimento a prestazioni di natura sanitaria, che non possano essere eseguite "se non congiuntamente" all'attività di natura socioassistenziale, porta a ritenere la fondatezza del terzo motivo.

Infatti, al cospetto di prestazioni di natura sanitaria che non possano essere eseguite "se non congiuntamente" all'attività di natura socioassistenziale, cosicché non sia possibile discernere il rispettivo onere economico, prevale, in ogni caso, la natura sanitaria del servizio, in quanto le altre prestazioni (di natura diversa) debbono ritenersi avvinte alle prime da un nesso di strumentalità necessaria, essendo dirette alla "complessiva prestazione" che deve essere erogata a titolo gratuito (v. [Cass. 4558/2012](#) cit.; [28321/2017](#) cit.; Sez. III, 11 dicembre 2018, n. 31949). Ancora, "l'[art. 30 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." (v. [Cass. 22776/2016](#), cit.).

Come statuito da [Cass. 28321/2017](#), nel caso di prestazione socioassistenziale "inscindibile" dalla prestazione sanitaria, l'intervento "sanitario-socioassistenziale" rimane interamente assorbito nelle prestazioni erogate dal Sistema sanitario pubblico, in quanto la struttura convenzionata/accreditata garantisce all'assistito dal SSR, attraverso il servizio integrato, il programma terapeutico, ed è quindi inserita a pieno titolo nell'ambito organizzativo e funzionale del Servizio sanitario pubblico.

Non sono, pertanto, ipotizzabili elementi di costo aggiuntivi, variabili a discrezione della struttura convenzionata/accreditata, non ricompresi nella determinazione tariffaria della prestazione sanitaria-socioassistenziale integrata, sì che risulta in palese contrasto con la previsione legale della "assistenza sanitaria obbligatoria" l'esercizio della facoltà, rimessa all'ente erogatore del servizio, di subordinare la "prestazione di cura integrata" ad un previo accordo di natura privatistica con l'utente avente ad oggetto la determinazione in tutto od in parte del corrispettivo.

Da ciò deriva che l'impegno di pagamento, assunto dalla A.A. tramite il proprio amministratore di sostegno nei confronti della controricorrente ed avente ad oggetto la quota c.d. alberghiera per il ricovero della paziente presso il Nucleo Protettivo Alzheimer della R.S.A. convenzionata B.B. "C.C.", gestita da CROCE DI MALTA Srl, sia privo di causa e, quindi, nullo ai sensi dell'[art. 1418](#) cod. civ.

Nullità parziale, quest'ultima, sulla cui base è stata svolta per l'appunto la domanda di accertamento negativo da parte della ricorrente.

4. L'accoglimento del primo e del terzo motivo determina l'assorbimento del secondo motivo (con cui la ricorrente denuncia ai sensi dell'[art. 360](#), comma primo, n. 5, cod. proc. civ. l'omesso esame di un fatto decisivo per il giudizio che è stato oggetto di discussione tra le parti afferente all'inserimento della ricorrente nel Nucleo Protettivo Alzheimer della RSA B.B. C.C.).

5. La sentenza va cassata in relazione ai motivi accolti con rinvio alla Corte d'Appello di Milano, che in diversa composizione procederà a nuovo esame facendo del suindicato disatteso principio applicazione, e provvederà anche in ordine alle spese del giudizio di cassazione.

P.Q.M.

La Corte accoglie il primo ed il terzo motivo di ricorso, dichiara assorbito il secondo. Cassa l'impugnata sentenza in relazione ai motivi accolti e rinvia, anche per le spese del giudizio di legittimità, alla Corte d'Appello di Milano, in diversa composizione.

Conclusione

Così deciso in Roma, nella camera di consiglio della Terza sezione civile della Corte Suprema di Cassazione in data 17 settembre 2024.

Depositata in Cancelleria il 19 dicembre 2024.