



REPUBBLICA ITALIANA
LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE
TERZA SEZIONE CIVILE

Composta dagli Ill.mi Sigg.ri Magistrati

Oggetto

GIACOMO TRAVAGLINO	Presidente
ENRICO SCODITTI	Consigliere
PASQUALE GIANNITI	Consigliere - Rel.
GIUSEPPE CRICENTI	Consigliere
MARILENA GORGONI	Consigliere

PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE A
FAVORE DI SOGGETTI GRAVEMENTE
AFFETTI DA MORBO DI ALZHEIMER

Ud. 10/03/2023 CC

Cron.

R.G.N. 11529/2020

Ha pronunciato la seguente

ORDINANZA

sul ricorso 11529/2020 proposto da:

(omissis) (omissis) elettivamente domiciliato in

(omissis)

presso lo studio dell'avvocato (omissis)

che lo rappresenta e

difende unitamente all'avvocato P (omissis)

-ricorrente -

contro

(omissis) (omissis) . (omissis) in persona del Presidente del C.d.A.,

elettivamente domiciliata in (omissis)

presso lo studio

dell'avvocato (omissis)

che la rappresenta e difende

unitamente all'avvocato (omissis) ;

-controricorrente -

avverso la sentenza n. 3793/2019 della CORTE D'APPELLO di
VENEZIA, depositata il 25/09/2019;

udita la relazione della causa svolta nella camera di consiglio del
10/03/2023 dal Consigliere Pasquale Gianniti;



FATTI DI CAUSA

1. In data 3 dicembre 2007 (omissis) (omissis) presentava domanda di ricovero alla (omissis) di (omissis) (omissis) (omissis) di (omissis) per la propria moglie (omissis) (omissis) invalida al 100% ed affetta anche dal morbo di Alzheimer. Nella circostanza la (omissis) di (omissis) faceva sottoscrivere al marito ed al figlio (omissis) della (omissis) l'impegno "a provvedere personalmente al pagamento di quanto dovuto", e cioè al pagamento della retta pari a circa 1500 euro.

Nel mese di aprile 2013 (omissis) (omissis) per il tramite del figlio, inviava una missiva alla (omissis) di (omissis) nella quale dichiarava di revocare l'impegno assunto nel dicembre 2007.

2. Su ricorso della (omissis) di (omissis) on decreto n. 5979 del 27 dicembre 2013, il Tribunale di Padova ingiungeva ai due (omissis) (padre e figlio), quali soggetti coobbligati, il versamento della somma di euro 9.424,54 a titolo di pagamento delle rette del ricovero erogato a favore della (omissis)

Avverso detto decreto ingiuntivo proponevano opposizione gli intimati, eccependo l'insussistenza dell'obbligo a loro carico del pagamento delle rette di ricovero, gravando il relativo onere esclusivamente sul Servizio Sanitario Nazionale, eccependo la nullità dell'atto sottoscritto in data 3 dicembre 2007 e chiedendo in via riconvenzionale la restituzione delle somme versate a partire dal mese di dicembre 2007 o in via subordinata la rideterminazione della quota di retta a carico di (omissis) (omissis) in base all'ISEE a partire da quella data.

La (omissis) i (omissis) i costituiva contestando la domanda attorea.

La causa veniva istruita anche mediante consulenza medico legale sulla persona della (omissis)



Il Tribunale di Padova con sentenza n. 2552/2016, senza fare alcun riferimento all'espletata ctu, rigettava l'opposizione, compensando integralmente le spese di lite e ponendo a carico degli opposenti le spese relative alla ctu.

3. Avverso la sentenza del giudice di primo grado proponeva appello (omissis) (omissis) il proprio e quale erede del padre (omissis) (nelle more deceduto), articolando sei motivi di gravame.

Si costituiva la (omissis) d (omissis), contestando l'impugnazione avversaria della quale chiedeva il rigetto con conferma della sentenza di primo grado.

La Corte di appello di Venezia, con sentenza n.3793/2019, rigettava l'impugnazione, confermando integralmente la sentenza di primo grado. Precisamente, la corte territoriale - dopo aver proceduto (pp. 7-14) 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 - alle pp. 15-17, ha ritenuto infondati i primi cinque motivi di appello, che ha trattato unitariamente (omettendo qualsiasi riferimento alla ctu), mentre, alla p. 17, ha ritenuto inammissibile il sesto motivo di appello.

4. Avverso la sentenza della Corte territoriale ha proposto ricorso (omissis) (omissis)

Ha resistito con controricorso la (omissis) di (omissis) (omissis) che ha preliminarmente eccepito la improcedibilità del ricorso, essendo stato notificato a mezzo pec in assenza di firma digitale dei difensori sul ricorso e di attestazione di conformità dell'atto analogico originale.

Il Procuratore Generale non ha depositato conclusioni

I Difensori di entrambe le parti hanno depositato memorie.



MOTIVI DELLA DECISIONE

1. L'eccezione di improcedibilità, sollevata da parte resistente in controricorso e coltivata in sede di memoria, è infondata.

Invero, il ricorso notificato è stato firmato digitalmente, mentre il ricorso è stato depositato in modo cartaceo con attestazione di conformità, ritualmente sottoscritta in originale.

2. Passando al "merito cassatorio", il ricorso di (omissis) (omissis) è affidato a tre motivi.

2.1. Con il primo motivo parte ricorrente censura la sentenza impugnata per violazione e falsa applicazione delle norme e dei principi in materia di Servizio Sanitario Nazionale e prestazioni sanitarie (e, in particolare, degli artt. 1-3, 3-septies del d. lgs. n. 502/1992 e dell'art. 3 del DPCM 14 febbraio 2001), oltre che per violazione del c.d. diritto vivente, formatosi *in subiecta materia*, come elaborato da questa Corte nelle pronunce nn. 4558/2012, 22776/2016, 28321/2017; in particolare nella parte in cui la corte territoriale, pur avendo accertato che le prestazioni per cui è causa erano "prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria", non ha concluso per la gratuità delle prestazioni medesime, poste *ex lege* integralmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Osserva che, in presenza di plurime patologie invalidanti, le cure sociali ed alberghiere perdono la natura meramente assistenziale per diventare complementari ed indissolubili con la prestazione sanitaria.

2.2. Con il motivo secondo il ricorrente denuncia la violazione dell'art. 112 c.p.c. e la contraddittorietà manifesta della motivazione nella parte in cui la corte territoriale, pur non contraddicendo le risultanze della ctu (che aveva acclarato il trattamento terapeutico personalizzato), e, anzi, pur avvallandone indirettamente le



conclusioni, illogicamente e immotivatamente non ha tratto da dette risultanze e conclusioni la conseguenza che il contratto di ricovero era nullo e che il costo della prestazione gravava esclusivamente sul SSN.

2.3. Con il terzo ed ultimo motivo, che indica come corollario logico dei precedenti due motivi, il ricorrente censura la sentenza impugnata per violazione e falsa applicazione di legge in materia di nullità del contratto, nonché in materia di obbligo di restituzione dell'indebito nella parte in cui la Corte territoriale illegittimamente non ha ritenuto nullo per assenza di causa e/o oggetto il contratto intercorso tra le parti ed afferente alla prestazione alberghiera e non ha conseguentemente disposto la restituzione dell'importo quantificato dalla stessa (omissis) con attestazione 30 gennaio 2014.

3. I primi due motivi – che sono qui trattati unitariamente per ragioni di connessione - sono fondati e vanno accolti, per le considerazioni che seguono.

3.1. Questo giudice di legittimità ha già avuto modo di pronunciarsi sulle questioni poste dalla presente controversia.

A) Occorre premettere che il d. lgs. 19 giugno 1999 n. 229 (recante 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 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).

Detto decreto legislativo ha demandato a 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 DPCM del 14 febbraio 2001, al quale è subentrato il DPCM del 12 gennaio 2017.

B) Nel vigente quadro normativo, dunque, 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 alla interpretazione della nozione di "prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria", questa Sezione (così, in motivazione, ord. 28 novembre 2017, n. 28321, che richiama, sul punto, Cass. Sez. 1, sent. 22 marzo 2012, n. 4558 e Cass. Sez. Lav, sent. 19 novembre 2016 n. 22776):

-ha affermato che, 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 socioassistenziale, tal chè 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>>;

-ha al contempo precisato che <<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 socioassistenziali, e che 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" e 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>>.



In definitiva, 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.

C) Quanto ai soggetti gravemente affetti da morbo di Alzheimer, la Sezione Prima di questa Corte, con sentenza n. 4558/2012, 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 dell'art. 30 della legge n. 730 del 1983, 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 art. 1 D.P.C.M. 8 agosto 1985, 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» alla 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: in tal caso, infatti, l'intervento sanitario- socio assistenziale 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.

Successivamente, la Sezione Lavoro di questa Corte (sent. n. 22776/2016) ha ribadito che «in tema di prestazioni a carico del S.S.N., l'art. 30 della I. 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 I. 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.».

In applicazione di questi principi, la Sezione Prima di questa Corte ha recentemente respinto alcuni ricorsi (v. Cass. n. 16409, n. 16410, n. 19303 e n.19305 del 2021), proposti da RSA operanti nel territorio della Regione Lombardia, volti ad ottenere, dai parenti dei ricoverati malati di Alzheimer, una integrazione della retta, ritenendo che, nella specie, il Tribunale, con accertamento in fatto non sindacabile, a fronte di una motivazione logica e coerente, avesse accertato che la patologia di cui erano affetti i degenti (morbo di Alzheimer) comportava un'attività intrinsecamente di carattere sanitario, quindi di competenza del Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'art.30 della legge n. 730/1983, stante la netta prevalenza delle prestazioni di natura 12 sanitaria su quelle di natura alberghiera, in difetto di prova contraria, con conseguente irrecuperabilità della spesa mediante azione di rivalsa a carico dei parenti del paziente-degente presso la Struttura.



3.2. Nel caso di specie, dalla espletata ctu, le cui risultanze sono riportate in ricorso, risulta che: < (omissis) (omissis) nel momento in cui è stata accolta presso (omissis) (or nel (omissis) era affetta da demenza senile in morbo di Alzheimer, atrofia cerebrale, cardiopatia fibrillante, stenosi della valvola aortica, ipertensione arterioso, pan-vasculopatia, poli artrosi, osteoporosi, esiti di protesi di anca destra, incontinenza urinaria, diverticolosi. Tali patologie rendevano la signora non autosufficiente sin dal momento del suo accoglimento. Lo stato di non autosufficienza è continuato per tutti gli anni in cui la signora è stata ospite della struttura sino ad oggi. Gli accertamenti ed i trattamenti di cui la (omissis) viene sottoposta da parte del personale medico, infermieristico e di assistenza sono assolutamente adeguati alle sue necessità e risultano indispensabili per le gravità delle patologie di cui è affetta e possono essere forniti solo in una Struttura dove è prevista una assistenza sanitaria specifica come la (omissis) di (omissis) dove la signora attualmente è ospite>>.

Occorre aggiungere che da nessun atto processuale del presente giudizio (ricorso, sentenza, controricorso, memoria) risulta che la parte, oggi resistente, abbia mai contestato ed abbia mai richiesto la chiamata a chiarimenti del ctu o la sua rinnovazione; e, d'altra parte, nella sentenza impugnata, il giudice di appello non ha in alcun modo messo in discussione la completezza dell'accertamento medico legale compiuto dal tecnico incaricato.

La corte territoriale non ha messo in discussione che la prestazione assicurata alla (omissis) sia definibile come prestazione ad elevata integrazione sanitaria (. 15) <<essendo quest'ultima sin dal momento del suo accoglimento affetta da plurime patologia invalidanti, per effetto delle quali necessitava di cure sanitarie



continue anche da parte di personale specializzato (infermieristico e medico), senza le quali non avrebbe potuto sopravvivere>>, ma ha ritenuto che <<ove ricorra la ipotesi predetta (prestazioni congiunte ed indissociabili necessarie ad assicurare la cura e la tutela della salute della persona) è pienamente legittimo il frazionamento forfetario della spesa tra Fondo sanitario nazionale e regionale, da un lato, ed intervento economico integrativo dei Comuni o dei privati, dall'altro>>.

3.3. Orbene, dando continuità alla giurisprudenza di legittimità sopra ripercorsa, deve ritenersi che la corte d'appello abbia errato nell'individuare il criterio giuridico per individuare se le prestazioni erogate dalla struttura fossero o meno scindibili in una componente alberghiero-assistenziale, a carico del paziente ricoverato o dei suoi familiari ove se ne siano assunti l'onere, ed in una componente sanitaria, comunque gratuita perché a carico del SSN.

Nella sentenza impugnata, il discrimine è stato individuato nella "prevalenza" della componente sanitaria, per poi escluderne la ricorrenza in concreto, con giudizio in fatto, laddove, secondo questa giurisprudenza di legittimità, il criterio, anche alla luce della evoluzione normativa in materia, è quello della integrazione tra le prestazioni, ovvero della 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).

Invero, al fine dell'accertamento del suddetto discrimine, occorre far riferimento (non alle caratteristiche della struttura, nel quale il malato è ricoverato, ma) alle condizioni del malato.

Non rileva, quindi, che fosse stato concordato o comunque previsto, per quel singolo paziente, un piano terapeutico



personalizzato e neppure rileva la corretta attuazione di detto piano in conformità con gli impegni assunti verso il paziente o i familiari al momento del ricovero.

Rileva invece che quel piano terapeutico personalizzato fosse dovuto, e che quindi sussistesse la necessità, per il paziente, in relazione alla patologia della quale risultava affetto (morbo di Alzheimer), dello stato di evoluzione al momento del ricovero e della prevedibile evoluzione successiva della suddetta malattia, di un trattamento sanitario strettamente e inscindibilmente correlato con l'aspetto assistenziale perché volto, attraverso le cure, a rallentare l'evoluzione della malattia e a contenere la sua degenerazione, per gli stati più avanzati, in comportamenti autolesionistici o potenzialmente dannosi per i terzi.

Solo qualora si escluda in concreto la necessità che per il singolo paziente affetto da Alzheimer, per la 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.

La presente decisione non si pone pertanto in contrasto con quanto deciso da questa stessa Sezione con ordinanza n. 28321 del 2017 (secondo la quale qualora una struttura privata eroghi in favore di anziani prestazioni di natura esclusivamente socioassistenziale, il corrispettivo può essere liberamente concordato tra le parti, poiché una limitazione al generale potere di autonomia negoziale di cui all'art. 1322 cod. civ. non può essere individuata nella disciplina del Servizio sanitario nazionale laddove assicura ai cittadini livelli essenziali uniformi di assistenza sanitaria, con spesa interamente a carico della P.A.).



Invero, detta decisione concerne soltanto l'erogazione di prestazioni sanitarie "pure" o "inscindibili" con quelle socioassistenziali, che si configura quando l'assistito, sia o meno autosufficiente, debba essere sottoposto ad un programma terapeutico, in mancanza del quale non assume rilevanza che la struttura sia accreditata dal S.S.N., in quanto la prestazione rimane estranea all'ambito dell'assistenza sanitaria obbligatoria, ricadendo nella disciplina generale delle prestazioni sociali di cui alla l. n. 328 del 2000, con la precisazione che, ai fini della obbligazione di compartecipazione alla spesa in capo al paziente (nella specie, malato di Alzheimer) non rileva che il piano terapeutico di elevata integrazione coi profili assistenziali sia stato concordato, o attuato, ciò che rileva è che esso, per l'assistenza di quel singolo paziente, fosse necessario per assicurargli la tutela del suo diritto soggettivo alla salute e alle cure.

3. Per le ragioni che precedono, assorbito il terzo motivo di ricorso, la sentenza impugnata va cassata e la causa va rinviata alla Corte di Appello di Venezia, in diversa Sezione e comunque in diversa composizione, perché proceda a nuovo esame alla luce dei principi di diritto sopra ribaditi.

Al giudice di rinvio è demandato anche il compito di liquidare le spese del presente giudizio di cassazione.

Stante l'accoglimento del ricorso, non sussistono i presupposti processuali per il versamento, da parte del ricorrente, ai sensi dell'art. 13, comma *1-quater*, d.P.R. 30 maggio 2002 n. 115, nel testo introdotto dall'art. 1, comma 17, della legge 24 dicembre 2012, n. 228, di un ulteriore importo a titolo di contributo unificato, in misura pari a quello eventualmente dovuto per il ricorso, a norma del comma *1-bis* dello stesso art. 13.



P.Q.M.

La Corte:

- accoglie il primo ed il secondo motivo di ricorso, e, assorbito il terzo:

- cassa la sentenza impugnata in relazione alle censure accolte e

- rinvia la causa, anche per le spese del presente giudizio di legittimità, alla Corte di Appello di Venezia, in diversa Sezione e comunque in diversa composizione, perché proceda a nuovo esame alla luce dei principi di diritto sopra ribaditi.

Così deciso in Roma, il 10 marzo 2023, nella camera di consiglio della Terza Sezione Civile.

Il Presidente

Giacomo Travaglino

