Numero registro generale 30398/2020
Numero sezionale 1217/2026
Numero di raccolta generale 16188/2026
Data pubblicazione 25/05/2026

LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE

SECONDA SEZIONE CIVILE

Composta da:

Francesco Maria Cirillo	- Presidente -
Linalisa Cavallino	- Consigliere -
Vincenzo Picaro	- Consigliere -
Valeria Pirari	- Consigliere -
Andrea Penta	- Consigliere Rel.-

Oggetto:
Pagamento rette degenza malato Alzheimer in RSA

CC
07/05/2026

ha pronunciato la seguente

ORDINANZA

sul ricorso iscritto al n. 30398/2020 proposto da:

[redacted] in persona del legale rappresentante p.t., rappresentata e difesa dall'Avv. Luca Enrico Degani, come da procura in calce al ricorso;

– ricorrente –

contro

[redacted], rappresentate e difese dagli Avv.ti Luigi Lia e Alessandra Mari, come da procura in calce al controricorso;

– controricorrenti –

avverso la sentenza della Corte d'appello di Milano n. 542/2020 depositata il 17/02/2020 e non notificata.

Udita la relazione svolta nella camera di consiglio del 07/05/2026 dal Consigliere Andrea Penta.

copia comunicata ai soli fini dell'art 133 cpc

Firmato Da: FRANCESCO MARIA CIRILLO Emesso Da: TRUSTPRO QUALIFIED CA 1 Serial#: 4ad13871d406a1e5

FATTI DI CAUSA

1. [redacted] e [redacted] proponevano opposizione avverso il decreto ingiuntivo n. 2702/2016 ad esse notificato dalla [redacted] per il pagamento delle rette di assistenza per la degenza della loro madre, [redacted] per il periodo dal 7 gennaio 2015 al settembre 2015, ammontanti a complessivi euro 17.423. Le opponenti chiedevano, previo accertamento che il costo delle prestazioni erogate dalla [redacted] alla madre erano a carico esclusivo del S.S.N., la revoca del decreto ingiuntivo sia nei confronti della [redacted], attesa la mancanza dei presupposti per la compartecipazione di quest'ultima alla spesa delle prestazioni di fatto ricevute, sia nei loro confronti, attesa la nullità per difetto di causa ex artt. 1418, comma 2, e 1325 c.c., la nullità per contrarietà norme imperative ex art. 1418, comma 1, c.c., la nullità per illiceità della causa ex artt. 1418, comma 2, 1343, 1344 c.c. dell'impegno economico da loro assunto; in via subordinata, chiedevano, previo accertamento che il costo delle prestazioni erogate dalla [redacted] a favore della [redacted] era parzialmente a carico di un ente pubblico, la revoca del decreto ingiuntivo per indeterminatezza del credito; in ulteriore subordine, l'accertamento della nullità dell'impegno economico da loro assunto per difetto di causa. In via riconvenzionale, le opponenti chiedevano la condanna della [redacted] a corrispondere loro la cauzione di euro 1.700,00 e il contributo versato di complessivi euro 2.538,69.

Il Tribunale di Milano, con sentenza n. 12386/17 del 6.12.2017, rigettava l'opposizione proposta dalle [redacted] e, per l'effetto, confermava il decreto ingiuntivo n. 2702/2016 emesso nei loro confronti dal Tribunale di Milano.

2. Sull'impugnazione di [redacted] e [redacted], la Corte d'appello di Milano accoglieva il gravame e, per l'effetto, revocava il decreto ingiuntivo, evidenziando che: in base all'art. 30 della legge 27 dicembre 1983, n. 730 (legge finanziaria 1984), "per l'esercizio delle proprie

Firmato Da: FRANCESCO MARIA CIRILLO Emesso Da: TRUSTPRO QUALIFIED CA 1 Serial#: 4ad13871d406a1e5

competenze nelle attività di tipo socio-assistenziale, gli Enti Locali e le Regioni possono avvalersi, in tutto o in parte, delle unità sanitarie locali, facendosi completamente carico del relativo finanziamento. Sono a carico del fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali"; la previsione di porre a carico del SSN le prestazioni socio-assistenziali connesse in modo inscindibile a quelle sanitarie era stata confermata dalla Linee Guida del 1994 e dai DPCM del 14 febbraio 2001 e del 29 novembre 2001 ed era stata fatta propria dall'art. 8 della legge Regione Lombardia n. 3/2008; le appellanti avevano prodotto sin dal primo grado documentazione, antecedente rispetto al ricovero presso la [redacted] di [redacted], idonea a comprovare la necessità per la propria madre di essere sottoposta ad un programma terapeutico, in quanto affetta da "demenza di Alzheimer con anomalie comportamentali ed epilessia"; l'attività prestata dalla fondazione in favore della [redacted] era da qualificarsi come attività sanitaria e, quindi, non potendo essere eseguita se non congiuntamente alle attività socio-assistenziali (sussistendo tra le due attività un nesso di strumentalità necessaria o di inscindibilità), a totale carico del SSN, con la conseguenza che il contratto con cui era stato convenuto un corrispettivo a carico del beneficiario e delle coobbligate in solido era affetto da nullità per difetto di causa.

3. Avverso tale sentenza ha proposto ricorso per cassazione la [redacted] sulla base di un unico articolato motivo.

[redacted] hanno resistito con controricorso.

Con istanza del 2.4.2026 la [redacted] ha chiesto, ai sensi e per gli effetti dell'art. 375, comma 1, c.p.c. e dell'art. 23, comma 8-bis, del d.l. 28 ottobre 2020, n. 137, disporsi la trattazione del presente ricorso in pubblica udienza.

Entrambe le parti hanno depositato memorie.

Firmato Da: FRANCESCO MARIA CIRILLO Emesso Da: TRUSTPRO QUALIFIED CA 1 Serial#: 4ad13871d406a1e5

RAGIONI DELLA DECISIONE

1. Preliminarmente, va disattesa l'istanza della ricorrente di trattazione della presente causa in pubblica udienza.

Il collegio giudicante ben può escludere la ricorrenza dei presupposti della trattazione in pubblica udienza in ragione del carattere consolidato dei principi di diritto da applicare al caso di specie ed allorquando non si verta di decisioni aventi rilevanza nomofilattica, idonee a rivestire efficacia di precedente (Cass. Sez. un. 23/04/2020, n. 8093); il che è appunto quanto accade, con la precisazione che la parte istante ha addotto non già il profilo nomofilattico della lite, quanto la sua particolare rilevanza, soprattutto sul piano delle ricadute sul bilancio pubblico di una eventuale conferma della sentenza impugnata.

2. Con l'unico motivo la ricorrente deduce la falsa applicazione, in relazione all'art. 360, comma 1, n. 3), c.p.c., dei DPCM del 14 febbraio 2001 e del 29 novembre 2001, dei d.lgs. nn. 502/1992 e 229/1999 e del dPR 14 gennaio 1997, per aver la Corte territoriale posto alla base della sua decisione un quadro normativo (ovvero la prima riforma sanitaria di cui alla l. n. 833/1978, all'art. 30 della l. n. 730/1983 e al DPCM 8.8.1985) ormai superato, in quanto profondamente mutato a seguito dell'emanazione del d.lgs. n. 502/1992 e dei DPCM del 14.2.2001 e del 29.11.2001, in virtù del quale i servizi socio-sanitari residenziali, mentre sono a totale carico del SSN per la fase intensiva delle cure (erogata presso le strutture ospedaliere) e per la fase estensiva delle sole prestazioni ad elevata integrazione sanitaria (erogate presso le strutture di riabilitazione per un periodo massino di 60 giorni), sono a carico del Fondo Sanitario per il 50% e dei Comuni per il restante 50%, con la partecipazione degli utenti, nella fase di lungo-assistenza, sia residenziale che semiresidenziale (erogata presso le RSA).

2.1. Il motivo è infondato.

Firmato Da: FRANCESCO MARIA CIRILLO Emesso Da: TRUSTPRO QUALIFIED CA 1 Serial#: 4ad13871d406a1e5

2.2. 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 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, alle Unità Sanitarie Locali e ai 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.

D'altronde, in base al DPCM del 29 novembre 2001, le cui norme sono cogenti ai sensi dell'art. 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 intellettivo grave e con limitata o nulla autonomia. A loro volta, gli

Firmato Da: FRANCESCO MARIA CIRILLO Emesso Da: TRUSTPRO QUALIFIED CA 1 Serial#: 4ad13871d406a1e5

enti gestori delle attività socio-assistenziali 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 (cc.dd. l.e.a.), le Asl e i Comuni singoli e associati non possono negare o ritardare le prestazioni adducendo la mancanza di sufficienti risorse economiche.

Invero, l'obbligo dell'attuazione dei LEA da parte del Servizio sanitario e dei Comuni è sancito dall'art. 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». Trattandosi di diritti ex art. 117, comma 2, lett. m), Cost., la mancanza di risorse non può giustificare traslazioni di costo sull'assistito.

2.3. Nel vigente 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", la Terza Sezione di questa Corte (così, in motivazione, Cass. n. 28321 del 2017, che richiama, sul punto, Cass. n. 4558 del 2012 e Cass. n. 22776 del 2016) 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 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

Firmato Da: FRANCESCO MARIA CIRILLO Emesso Da: TRUSTPRO QUALIFIED CA 1 Serial#: 4ad13871d406a1e5

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 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>>.

Alla luce del quadro che precede, 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.

Peraltro, al fine dell'accertamento del discrimine, va puntata l'attenzione sulla condizione del malato, e non sulle caratteristiche della struttura ove è

Firmato Da: FRANCESCO MARIA CIRILLO Emesso Da: TRUSTPRO QUALIFIED CA 1 Serial#: 4ad13871d406a1e5

ospitato. Ciò che rileva non è, quindi, che fosse stato concordato o comunque previsto, per quel singolo paziente, un piano terapeutico personalizzato o la sua corretta attuazione in conformità con gli impegni assunti verso il paziente o i familiari al momento del ricovero, quanto che quel piano 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. Ne consegue che 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.

Quanto ai soggetti gravemente affetti da morbo di Alzheimer, la Sezione Prima di questa Corte, con sentenza 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 dell'art. 30 della legge n. 730 del 1983, non essendo possibile determinare le quote di natura sanitaria e detrarle 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

Firmato Da: FRANCESCO MARIA CIRILLO Emesso Da: TRUSTPRO QUALIFIED CA 1 Serial#: 4ad13871d406a1e5

recuperabilità, mediante azione di rivalsa a carico dei parenti del paziente, delle prestazioni di natura assistenziale erogate dal Comune>>.

Sulla scia di questa impostazione, Cass., Sez. 3, Ordinanza n. 2038 del 24/01/2023 si è spinta anche oltre, affermando che le prestazioni socio-assistenziali di rilievo sanitario sono incluse in quelle a carico del S.S.N. laddove risulti, in base ad una valutazione in concreto, che per il singolo paziente - in relazione alla patologia dalla quale è affetto, allo stato di evoluzione al momento del ricovero e alla prevedibile evoluzione successiva della suddetta malattia - siano necessarie, per assicurargli la tutela del suo diritto soggettivo alla salute e alle cure, prestazioni di natura sanitaria che non possono essere eseguite se non congiuntamente alla attività di natura socio-assistenziale, la quale è pertanto avvinta alle prime da un nesso di strumentalità necessaria, a nulla rilevando la prevalenza o meno delle prestazioni di natura sanitaria rispetto a quelle assistenziali.

Quindi, almeno nel caso in cui le prestazioni di natura sanitaria non possano essere eseguite <<se non congiuntamente>> alla attività di natura socio-assistenziale, 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 (sentenza n. 22776/2016) ha ribadito che <<in tema di prestazioni a carico del S.S.N., l'art. 30 della l. n. 730 del 1983 - che per la prima volta ha menzionato le

Firmato Da: FRANCESCO MARIA CIRILLO Emesso Da: TRUSTPRO QUALIFIED CA 1 Serial#: 4ad13871d406a1e5

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.>>.

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 da 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 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.

Lo stesso DPCM 14 febbraio 2001, all'art. 3, depone in tal senso.

2.4. Nel caso di specie, la Corte di merito – con giudizio in fatto, non sindacabile in sede di legittimità – ha rilevato che, sulla base della documentazione in atti, risultava provato che: a) già dal 2006 la signora [redacted] era affetta da un "progressivo decadimento cognitivo", poi sfociato nella diagnosi di Alzheimer; b) già in epoca antecedente rispetto al ricovero (avvenuto il 7.1.2015) presso la [redacted] di [redacted] era comprovata la necessità per la [redacted] di essere sottoposta ad un

Firmato Da: FRANCESCO MARIA CIRILLO Emesso Da: TRUSTPRO QUALIFIED CA 1 Serial#: 4ad13871d406a1e5

programma terapeutico, in quanto affetta da "demenza di Alzheimer con anomalie comportamentali ed epilessia"; c) negli anni 2013 e 2014 la commissione medica le aveva riconosciuto l'invalidità civile al 100%; d) sin dalla data di ingresso nella struttura la [redacted] aveva predisposto un "piano assistenziale individualizzato RSA", dando atto, nei "problemi sociosanitari assistenziali presenti", di "demenza grave con disturbi del comportamento/rischio cadute/dolore cronico/rischio di malnutrizione".
Senza tralasciare che la [redacted] era altresì affetta da altre gravi patologie, quali epilessia, diabete mellito, carcinoma mammellare, osteoporosi e gastropatia.
La Corte territoriale ha, dunque, ritenuto provato che fosse stato elaborato un prestabilito programma terapeutico, personalizzato e modulato sulle esigenze della [redacted], a scopo terapeutico, e che le condizioni della [redacted] erano nel tempo peggiorate. Ha conseguentemente ritenuto che, nella specie, le prestazioni sanitarie fossero prevalenti sulle prestazioni meramente assistenziali, con l'ulteriore conseguenza che le attività socio-assistenziali, essendo dirette in via prevalente alla tutela del diritto inviolabile alla salute, dovevano restare a carico totale del Servizio sanitario.
L'attività prestata in favore di soggetto gravemente affetto di morbo di Alzheimer ricoverato in istituto di cura è qualificabile, come si è visto in precedenza, come attività sanitaria, quindi di competenza del Servizio Sanitario Nazionale, non essendo possibile determinare le quote di natura sanitaria e detrarle 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.
Il criterio distintivo basato, secondo la tesi formulata dalla odierna ricorrente, 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 stessa norma, non considera che questa Corte

Firmato Da: FRANCESCO MARIA CIRILLO Emesso Da: TRUSTPRO QUALIFIED CA 1 Serial#: 4ad13871d406a1e5

ha ravvisato, come si è visto, 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.

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.

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).

Firmato Da: FRANCESCO MARIA CIRILLO Emesso Da: TRUSTPRO QUALIFIED CA 1 Serial#: 4ad13871d406a1e5

Del resto, la frammentazione artificiosa della prestazione in quota "sanitaria" e "alberghiera" violerebbe il nucleo sostanziale del diritto alla salute nei casi di patologie neurodegenerative ingravescenti.

In definitiva la Corte di merito, ben lungi dall'incorrere nei vizi denunciati, ha dato applicazione alla giurisprudenza di legittimità sopra ripercorsa, secondo la quale, anche alla luce della evoluzione normativa in materia, è l'integrazione tra le prestazioni, ovvero l'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).

Va, pertanto, ribadito il principio secondo cui, qualora una struttura privata eroghi in favore di anziani prestazioni di natura esclusivamente socio-assistenziale, il corrispettivo può essere liberamente concordato tra le parti, poiché una limitazione al generale potere di autonomia negoziale di cui all'art. 1322 c.c. 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., in quanto la stessa concerne soltanto l'erogazione di prestazioni sanitarie "pure" o "inscindibili" con quelle socio-assistenziali, 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 (Cass., Sez. 3, Ordinanza n. 28321 del 28/11/2017; Cass., 18 maggio 2023, n. 13174; Cass. 29 luglio 2024, n. 21162).

Le prestazioni socio-assistenziali "inscindibilmente connesse" a quelle sanitarie sono incluse in quelle a carico del S.S.N. e sono soggette al regime di gratuità; ne consegue la nullità di un accordo di ricovero comportante l'impegno unilaterale, da parte del fruitore del servizio, al pagamento della

Firmato Da: FRANCESCO MARIA CIRILLO Emesso Da: TRUSTPRO QUALIFIED CA 1 Serial#: 4ad13871d406a1e5

retta, non essendo la prestazione dovuta (Cass., Sez. 3, Sentenza n. 34590 del 11/12/2023; conf. Cass., Sez. 3, Ordinanza n. 33394 del 19/12/2024). Non sono, pertanto, ipotizzabili elementi di costo aggiuntivi, variabili a discrezione della struttura convenzionata/accreditata, non ricompresi nella determinazione tariffaria della prestazione sanitaria-socio assistenziale 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.

3. Alla stregua delle considerazioni che precedono, il ricorso deve essere rigettato.

Le spese del presente giudizio seguono la soccombenza e si liquidano come da dispositivo.

P.Q.M.

rigetta il ricorso e condanna la ricorrente al rimborso delle spese del presente giudizio, che si liquidano in euro 2.600 per compensi ed euro 200 per spese, oltre rimborso forfettario nella misura del 15%, Iva e Cap.

Ai sensi dell'art. 13, comma 1-quater, del d.P.R. n. 115 del 2002, dà atto della sussistenza dei presupposti per il versamento, da parte della ricorrente, dell'ulteriore importo pari a quello previsto per il ricorso, a norma del comma 1-bis dello stesso articolo 13, se dovuto.

Così deciso in Roma, nella camera di consiglio tenutasi in data 7.5.2026.

Il Presidente

Dott. Francesco Maria Cirillo

Firmato Da: FRANCESCO MARIA CIRILLO Emesso Da: TRUSTPRO QUALIFIED CA 1 Serial#: 4ad13871d406a1e5